



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ



Союз медицинских работников  
Санкт-Петербурга  
и Северо-западного региона



Санкт-Петербургский государственный университет



КОМИТЕТ  
ПО ЗАЩИТЕ И ОХРАНЕ  
ПРАВ ПРАВИТЕЛЬСТВА  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



КОМИТЕТ  
ПО ЗАЩИТЕ И ОХРАНЕ  
ПРАВ ПРАВИТЕЛЬСТВА  
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

XVII ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
**«ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ .  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2024»**

ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА  
ИГОРЯ МИХАЙЛОВИЧА ВОРОНЦОВА

# МАТЕРИАЛЫ



**15-16**  
марта  
**2024**

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ XVII ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ «ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2024»**

Санкт-Петербург, 15-16 марта 2024 г. – СПб., 2024. - с. 122

**ОРГАНИЗАТОР КОНФЕРЕНЦИИ**

- Союз медицинских работников Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона

**НАУЧНЫЙ СООРГАНИЗАТОР**

- Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации  
«Союз педиатров России»

**ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:**

- Правительства Санкт-Петербурга
- Законодательного собрания Санкт-Петербурга
- Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
- Комитета по здравоохранению Правительства Ленинградской области

**ПРИ УЧАСТИИ:**

- ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ
- ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
- ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им.  
И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА  
России»
- ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский  
университет им. акад. И. П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ

**НАУЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ:**

д.м.н. проф. Булатова Е.М., д.м.н. проф. Кельмансон И.А.

Материалы, опубликованные в данном сборнике, представлены в авторской редакции. Оргкомитет не несет ответственности за содержание тезисов.

Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России», [www.pediatricsp.ru](http://www.pediatricsp.ru)

Типография ООО «ИТЦ «Символ», Санкт-Петербург,  
пр. Обуховской Обороны, д. 199

# СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

XVII ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ  
КОНФЕРЕНЦИИ

**«ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ.  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ– 2024»**

**15-16 марта 2024 г.  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ**

ISBN 978-5-6047543-8-2



9 785604 754382

## СОДЕРЖАНИЕ

### СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ НОВОРОЖДЕННЫМИ

Адельмурзина А. И., Викторов В. В.  
Юнионклиник, отдел телемедицины, г. Уфа, Башкортостан  
aigulia89@yandex.ru .....12

### СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ ЮВЕНИЛЬНОГО НЕФРОНОФТИЗА (ОМ1М:256100) И ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ВСЛЕДСТВИЕ ДЕЛЕЦИИ ~115КВ УЧАСТКА ДЛИННОГО ПЛЕЧА 2 ХРОМОСОМЫ, ЗАХВАТЫВАЮЩЕЙ NRNP1 ГЕН: ПОЧЕЧНЫЙ ПРОГНОЗ И ФЕНОТИП У ДВУХ СИБСОВ

Андреева Э. Ф., Савенкова Н. Д.  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург  
A-Elvira@yandex.ru .....15

### СОСУДИСТАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ И ПАРЕНХИМАТОЗНЫЕ КИСТЫ ПОЧЕК: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИМЕРЕ 3 КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Андреева Э. Ф., Савенкова Н. Д., Любимова О. В., Барсукова В. Н., Дюг И. В.  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург  
A-Elvira@yandex.ru .....21

### РОЛЬ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА И ПРИЧИН ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Валиева Н. Р., Лоскутова Е. В., Вахитов Х. М.  
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Казань, Россия  
vlvnn00@yandex.ru .....25

### АКНЕФОРМНЫЙ Фолликулит у спортсмен-юниоров игровых видов спорта

Волкова<sup>1</sup>,<sup>2</sup> О. С., Павлов<sup>3</sup> В. И., Орджоникидзе<sup>3</sup> Э. Г.  
1 - ООО «Медпрофкомплекс»  
2 - ООО «АВС Медицина»  
3 - ГАУЗ МНПЦМРВиСМ ДЗМ .....27

### О ПРАВОМОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕРМИНА «ПОСТ-ДИДАКТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО» В ПЕДИАТРИИ

Ганузин В. М.  
Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия  
vganuzin@rambler.ru .....29

### АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПРАКТИК ДОБРОТЫ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Гармаева С. Б., Григорьев Д. А., Григорьева М. А.  
Кафедра детских болезней и детских инфекций Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия  
garmaeva-irc@list.ru .....31

### ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Георгиева О. В., Сафронова А. И.  
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», г. Москва  
georgieva@ion.ru .....35

### ДОМИНАНТА МАТЕРИНСТВА И ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Гмошинская М. В., Алешина И. В.  
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», г. Москва  
mgmosh@yandex.ru .....37

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА И ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дорошенко Т. В., Иноземцева Д. А.  
Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Краснодар, Россия  
Golubenko.1995@mail.ru .....39

### БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ефременкова А. С., Крутикова Н. Ю.  
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет», г. Смоленск  
davydenkova94@yandex.ru .....41

### РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ СНИЖЕНИЯ ПРОЧНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Ефременкова А. С., Крутикова Н. Ю.  
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Смоленск  
davydenkova94@yandex.ru .....43

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА 1 МЕСЯЦА

Зворыгина П. Д., Гайшун А. Ю., Матвеева М. А.  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России г. Саратов, Россия  
zvorygina.paulina@yandex.ru .....45

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМО-БАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Изнатенко Г. А., Дубовая А. В., Науменко Ю. В., Каменева Ю. В.  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Донецк.  
gai-1959@mail.ru ..... 47

## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: БОЛЕЗНЬ КИКУ-ЧИ-ФУДЖИМОТО

Иноземцева Д. А.  
Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Краснодар, Россия  
Golubenko.1995@mail.ru ..... 49

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ

Кдирбаева Ф. Р.  
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников  
г. Ташкент, Узбекистан  
fruz\_71@mail.ru ..... 51

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Конопелькина<sup>1</sup> Е. А., Багомедова<sup>1</sup> К. К., Мельник<sup>1,2</sup> С. И.  
1-ФГБУ «СПБ НИИФ» Минздрава России, Санкт-Петербург  
2-СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Konopelkinaliza@yandex.ru ..... 54

## ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ У НОВОРОЖДЁННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ И ТОПИКИ ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗ

Краснова Л. И., Мусатова Л. А., Буянова А. А., Никифоров А. М.  
ФГОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза.  
lik72@list.ru ..... 55

## ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ И КАЧЕСТВА СНА НА ФОНЕ ПРИЁМА ФЕНИБУТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ТЕМПОВ МОТОРНОГО И ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ

Кудлач А. И., Шалькевич Л. В., Кузнецова К. В., Филипович Е. К., Редута В. А.  
Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь  
kudlatch.alisa@gmail.com ..... 57

## ОЦЕНКА ИСХОДОВ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Кузиев Д. М.  
Ташкентский педиатрический медицинский институт Андижанский Государственный медицинский институт  
barsa\_med@mail.ru ..... 59

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТОНИЕЙ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Кузнецов В. К., Иноземцева Д. А.  
Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Краснодар, Россия  
Golubenko.1995@mail.ru ..... 60

## АНАЛИЗ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ

Ларина Н. Г.  
ФГБОУ ВО Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Россия, Великий Новгород  
Natalya.Larina@novsu.ru ..... 64

## МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД СЕДМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК И МЕТОДОВ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Ляксо Е. Е., Фролова О. В.  
Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург  
lyakso@gmail.com ..... 67

## СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Малюкова А. В., Иноземцева Д. А.  
Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Краснодар, Россия  
Golubenko.1995@mail.ru ..... 69

## ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНА В КОНЬКОБЕЖНОМ СПОРТЕ

Маринич В. В., Маринич Т. В., Шепелевич Н. В.  
Полесский государственный университет, Пинск, Беларусь  
vital4714@yandex.ru ..... 73

## СТРУКТУРА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Морозова А. А., Шестакова В. Н., Глуценко В. А., Сосин Д. В., Удовенко А. А., Антипова Е. Д.  
ФГБОУ ВО «Смоленский медицинский университет» Минздрава РФ, Смоленск  
vebogormistrova@gmail.com ..... 75

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ КАТАМНЕЗА

Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург  
nischeva@rambler.ru ..... 77

## РАЗЛИЧИЯ В СПОСОБНОСТИ НАТИВНЫХ И РЕКОМБИНАНТНЫХ АЛЛЕРГЕНОВ ПЫЛЬЦЫ БЕРЕЗЫ ИНДУЦИРОВАТЬ ТОЛЕРАНТНОСТЬ К АЛЛЕРГЕНУ

Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург  
nischeva@rambler.ru .....78

## СИНДРОМ АНАФИЛАКСИИ НА ПИЩЕВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ У ДЕТЕЙ

Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург  
nischeva@rambler.ru .....80

## СПЕЦИФИЧНОСТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ IGE И IGG4 К РАЗЛИЧНЫМ АЛЛЕРГЕНАМ КЛЕЩЕЙ ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ ДО И ПОСЛЕ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ

Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург  
nischeva@rambler.ru .....81

## СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ И АЛЛЕРГЕНОВ ДЛЯ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург  
nischeva@rambler.ru .....83

## ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СОН

Островский И. М.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк  
lmo54@mail.ru .....85

## НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Отто Н. Ю., Джумагазиев А. А., Безрукова Д. А., Сосиновская Е. В., Филипчук А. В.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань  
natalia.otto@yandex.ru, anver\_d@mail.ru .....87

## ОЖИРЕНИЕ И АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ: ВОЗМОЖНАЯ СВЯЗЬ

Отто Н. Ю., Джумагазиев А. А., Безрукова Д. А., Сосиновская Е. В., Филипчук А. В.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань.  
natalia.otto@yandex.ru, anver\_d@mail.ru .....89

## ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ «ЗНАКОВ» У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Отто Н. Ю., Джумагазиев А. А., Безрукова Д. А., Сосиновская Е. В., Филипчук А. В. ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань, Россия

natalia.otto@yandex.ru, anver\_d@mail.ru .....91

## ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У СПОРТСМЕНОВ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Павлов<sup>1</sup> В. И., Орджоникидзе<sup>1</sup> З. Г., Бадтиева<sup>1</sup> В. А., Синекоков<sup>1</sup> Д. И., Шарыкин<sup>1</sup>

Иванова<sup>1</sup> Ю. М., Гвинианидзе<sup>1</sup> М. В., Волкова<sup>2,3</sup> О. С  
1 - ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ  
2 - ООО «Медпрофкомплекс»  
3 - ООО «ABC Медицина» .....93

## ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНДА КАК БИОМАРКЕРА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ С ГЕМОРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ

Пшеничная Е. В., Астафьева Е. В. ФГБОУ ВО «Астраханский государственный ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

mila.lepikhova@mail.ru .....94

## УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ДАННЫЕ ЛИМФАДЕНОПАТИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ У ДЕТЕЙ

Пшеничная Е. В., Лепихова Л. П.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М.Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк  
mila.lepikhova@mail.ru .....95

## ОСТРЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ Г. МИНСКА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ДЕТСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Рубан<sup>1,2</sup> А. П., Давидович<sup>3</sup> С. А., Завада<sup>2,3</sup> А. Н., Волчек<sup>3</sup> А. В.

1 - ГНУ «Институт биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси», Минск, Республика Беларусь  
2 - УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь  
3 - УЗ «4 Городская детская клиническая поликлиника (4 ГДКП)», Минск, Республика Беларусь  
annaruban7@yandex.ru .....96

## ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ

Рябых О. В., Лучанинова В. Н., Гранкина И. О.

Северо-Западный государственный медицинский университет им.

И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Детская городская больница №2 св. Марии Магдалины, Санкт-Петербург

*olga-ryabykh@mail.ru* ..... 98

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИЕМА ВИТАМИНОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Ряхина А. Д., Леднёва В. С., Коломацкая В. В., Копытина А. И.

Воронежский государственный медицинский университет имени

Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

*annavas.98@mail.ru* ..... 101

## ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Сердинская<sup>1</sup> И. Н., Вахитов<sup>2</sup> Х. М., Агафонова<sup>2,3</sup> Е. В.

1 - ГАУЗ Детская городская поликлиника № 9, г. Казань

2 - ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань

3 - ФБУН КНИИЭМ Роспотребнадзора, г. Казань

*in.ser@list.ru* ..... 103

## ХРОНИЧЕСКИЙ АДЕНОИДИТ: ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ДОШКОЛЬНИКОВ РАЗНЫХ ТИПОВ КОНСТИТУЦИИ

Султанов И. С., Бобошко И. Е.

Ивановская государственная медицинская академия МЗ РФ, Иваново

*isa\_sultanov\_96@mail.ru* ..... 104

## ОСОБЕННОСТИ АМПЛИТУДЫ АЛЬФА, БЕТА, ДЕЛЬТА И ТЕТА-РИТМОВ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ У ВОСПИТАННИКОВ 7-11 ЛЕТ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ГИПОКСИЮ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Удовенко А. А., Шестакова В. Н., Глущенко В. А., Сосин Д. В.

ФГБОУ ВО «Смоленский медицинский университет» Минздрава РФ, Смоленск

*vebogormistrova@gmail.com* ..... 106

## КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ МУЛЬТИСИСТЕМНОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, СВЯЗАННОМ С SARS-COV-2, У ДЕТЕЙ

Хасанова Г. А., Ибрагимова Х. Н.

Кафедра детских инфекционных болезней, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент

Специализированная больница Зангиота № 1 для лечения пациентов с коронавирус-

ной инфекцией, г. Ташкент

*hasanova289@gmail.com* ..... 107

## РОЛЬ ПРОГРАММЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ

Хасянова Т. А., Белова Н. А., Пасечник И. В., Иванченко Д. В.,

Вартомянец-Чупрякова А. А.

GMS clinic Центр Врожденной патологии, г. Москва

*t.khasianova@gmsclinic.ru* ..... 109

## О ПСИХОГЕННОЙ ПРИРОДЕ ЗАПОРОВ И РЕТЕНТИВНОГО НЕДЕРЖАНИЯ КАЛА У ДЕТЕЙ

Шишков<sup>1</sup> В. В., Сушко<sup>2</sup> И. А., Безрукова<sup>3</sup> А. В.

1 – Профессорская клиника ОДА, Санкт-Петербург

2 – ООО «Системно-векторная психология», г. Москва

3 – РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

*vvshishkov@yandex.ru* ..... 111

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шашинская Н.Б., Шабалина Е.С., Никонова О.П.

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск

Смоленская областная детская клиническая больница

*pnb17@bk.ru* ..... 120



## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ НОВОРОЖДЕННЫМИ

*Адельмурзина А. И., Викторов В. В.*

Юнионклиник, отдел телемедицины, г. Уфа, Башкортостан  
aigulia89@yandex.ru

Актуальность. В эпоху быстрого развития искусственного интеллекта, масштабных возможностей ЭВМ, персонализированной медицины, телемедицина набирает обороты.

В Республике Башкортостан насчитывается 54 административных района, 21 город, 40 поселков городского типа. Республика Башкортостан по размерам превышает Голландию в 3,4 раза. Отдаленность районов в Республике Башкортостан от административного центра Уфы требует быстрой и качественной медицинской помощи на местах, что может быть решено путем телемедицинских консультаций.

Телемедицина – это использование информационных и телекоммуникационных технологий для оказания медицинских услуг на расстоянии.

В особую категорию пациентов выделены недоношенные новорожденные, особенно дети с экстремально низкой массой тела и очень низкой массой тела, которые имеют повышенный риск развития ретинопатии, бронхолегочной дисплазии, отставания в физическом, нервно-психическом, моторном развитии. Телемедицинское наблюдение за недоношенными позволяет проводить мониторинг состояния здоровья недоношенных детей, находящихся на лечении или реабилитации в отдаленных медицинских учреждениях или на дому, под присмотром амбулаторного звена – участковых педиатров.

На базе перинатальных центров, детских больниц третьего уровня организованы кабинеты катамнеза, для наблюдения за недоношенными новорожденными. Обычно, новоиспеченные мамы не посещают своевременно кабинеты катамнеза, обусловлено это отдаленностью районов, повышенным риском транспортировки недоношенного ребенка, биологических рисков в сезон эпидемии гриппа, новой коронавирусной инфекции и других ОРВИ недоношенным детям следует избегать большого скопления людей. В таких случаях оправдано дистанционное наблюдение и консультирование пациентов, врачи неонатологи, имея большой опыт работы с недоношенными могут проводить телемедицинские консультации в кабинетах катамнеза, оценивая физическое, моторное, психическое развитие недоношенных.

Преимуществом телемедицинских консультаций является улучшение качества оказания медицинской помощи недоношенным новорожденным. Так, телемедицина позволяет врачам из перинатальных центров консультировать врачей в отдаленных районах Республики Башкортостан, что способствует повышению качества медицинской помощи.

Также, телемедицина позволяет снижать затраты на здравоохранение. Телемедицинские консультации снижают затраты на транспортировку недоношенных новорожденных в медицинские учреждения третьего уровня, и на их лечение. Телемедицина помогает в улучшении доступа к медицинской помощи недоношенным детям, проживающих в отдаленных районах.

Недоношенные новорожденные на этапе реабилитации требуют наблюдения не только у врача педиатра, но и у узких специалистов, таких как невролог, офтальмолог, хирург-ортопед, эндокринолог. В этом могут помочь специалисты из медицинских центров третьего уровня путем проведения онлайн-консультаций в режиме реального времени, используя видеосвязь.

Телемедицинские консультации позволяют вести дистанционное наблюдение за недоношенными новорожденными, помогают родителям в вопросах ухода за новорожденными, врачи-педиатры дистанционно могут проводить составление графика вакцинации, проводить оценку динамики веса и роста, своевременно решать вопросы питания недоношенных новорожденных, оказывать поддержку грудного вскармливания, решать вопросы реабилитации недоношенных. Современные технологии позволяют проводить онлайн-консультации удаленно, путем видео, аудио связи или посредством чат-общения.

Кабинеты катамнеза также могут получать медицинские данные о состоянии здоровья недоношенных, используя электронную почту, облачные сервисы и другие технологии. Использование электронных медицинских карт позволяет врачам получать доступ к информации о состоянии детей в режиме реального времени.

Телемедицина позволяет проводить дистанционное обучение медицинского персонала в отдаленных районах Республики Башкортостан.

Современные информационные возможности, стремительное развитие технологий позволяет расширить возможности телемедицинского наблюдения за недоношенными новорожденными. Развитие технологий позволяет дистанционно измерять физиологические параметры новорожденных, такие как частота сердечных сокращений, частота дыхания, артериальное давление, сатурация, температура тела новорожденного. Что дает возможность

мониторить состояние недоношенных детей в динамике, и своевременно выявлять и купировать возможные осложнения.

Развитие телемедицинских технологий, таких как искусственный интеллект, машинное обучение, в скором времени повысит точность в диагностике заболеваний у новорожденных и эффективности медицинской помощи. Также, телемедицина позволяет оказывать не только медицинскую помощь удаленно, но и оказывать психологическую помощь родителям, помощь в реабилитации недоношенных новорожденных. Остаются открытыми вопросы нормативно-правового характера, необходима разработать на законодательном уровне акты, регулирующие телемедицинские консультации за недоношенными новорожденными.

На базе отделения телемедицины «ЮНИОН» клиники было проведено более тысячи консультаций по педиатрии, из них чаще всего обращаются с вопросами расшифровки результатов анализов, вопросами ухода за новорожденным, составления графика вакцинации, вопросов о сроках профилактических осмотров. Также, не менее часто, родители обращались с вопросами лечения, в качестве «второго мнения» о лечении таких состояний, как острые респираторные вирусные инфекции, функциональные нарушения работы желудочно-кишечного тракта- колики, дисchezия, запоры или диарея, конъюнктивиты, заболевания кожи у детей, вопросы прорезывания зубов, боли различного генеза и многие другие вопросы.

Телемедицинские консультации носят характер информационной услуги, врач на такой консультации, не имеет право выставлять диагноз, назначать лечение, выписывать рецепты. Информационная консультация несет в себе информирование пациентов о возможных причинах данного состояния, и возможных способах лечения при данном состоянии.

**Заключение:** Телемедицина является перспективным направлением в области оказания медицинской помощи недоношенным новорожденным. Развитие телемедицины позволит улучшить качество медицинской помощи, снизить затраты на здравоохранение и улучшить доступ к медицинской помощи недоношенным детям, проживающих в отдаленных районах Республики Башкортостан.

## **СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ ЮВЕНИЛЬНОГО НЕФРОНОФТИЗА (OMIM:256100) И ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ВСЛЕДСТВИЕ ДЕЛЕЦИИ ~115КВ УЧАСТКА ДЛИННОГО ПЛЕЧА 2 ХРОМОСОМЫ, ЗАХВАТЫВАЮЩЕЙ NR1Р1 ГЕН: ПОЧЕЧНЫЙ ПРОГНОЗ И ФЕНОТИП У ДВУХ СИБСОВ**

Андреева Э. Ф., Савенкова Н. Д.  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург  
A-Elvira@yandex.ru

Актуальность

Нефронофтиз (греч «Νεφρονοφθίαση» – распад, исчезновение нефронов, почечная дегенерация) – наследственная кистозная болезнь почек, которая является причиной 15% терминальной почечной недостаточности (тПН) в детском возрасте. Для большинства случаев нефронофтиза характерен аутосомно-рецессивный тип наследования. В настоящее время известно более 20 генов, являющихся моногенной причиной нефронофтиза и более 90 генов, ответственных за развитие нефронофтиза- связанных синдромов [1– 3].

Клинической триадой нефронофтиза (шифр МКБ X – Q61.5) являются: нарушение концентрационной функции почек, клиника тубулоинтерстициального нефрита и прогрессирование хронической болезни почек (ХБП) до тПН у всех пациентов в возрасте до 30 летнего возраста. В зависимости от возраста пациента к моменту исхода почечной функции в тПН, выделяют ювенильный, инфантильный, юношеский/взрослый нефронофтиз.

Коварство нефронофтиза, которое встречается с частотой 1:50000–1000000 новорожденных (ORPHA655) в том, что не существует патогномичных начальных клинических симптомов и изменений при ультразвуковом исследовании (УЗИ), манифестация нефронофтиза у детей чаще остается незамеченной. Ранними проявлениями нефронофтиза при УЗИ являются гиперэхогенность паренхимы почек, снижение или утрата ее кортико-медуллярной дифференцировки. Первое обнаружение при УЗИ кист в уменьшенных или нормальных по размеру почках совпадает с исходом почечной функции в тПН, что является отличительной особенностью нефронофтиза от других наследственных кистозов почек [4, 5]. Медуллярные и кортико-медуллярные почечные кисты диффузные и мелкие (чаще менее 1 см в диаметре) имеют вторичный (деструктивный) характер формирования,



являются следствием тубулоинтерстициального фиброза и атрофии канальцев, лежащих в основе прогрессирования ХБП до тПН.

Среди первых проявлений нефронофтиза выделяют гипостенурию, энурез на фоне полиурии и полидипсии (особенно в ночное время), никтурию, отставание в росте, анемию. Протеинурия и артериальная гипертензия не характерны на ранних стадиях заболевания, их появление связывают с прогрессированием ХБП.

При ювенильном нефронофтизе первые неспецифические клинические симптомы появляются не ранее 2 лет (чаще в 5–10 лет), уменьшение объема почек устанавливаются к 10–13 годам, исход в тПН к 13 годам, почечные кисты преимущественно локализируются в медуллярной зоне паренхимы, характерно наличие экстраренальных проявлений, среди них описаны ретинопатия, фиброз печени, пороки ствола мозга, ментальные расстройства, прогноз почечной выживаемости по методу Kaplan–Meier составляет менее 5% к 18 годам [6].

В 10–20% случаев нефронофтиза отмечают разнообразные экстраренальные проявления, что объясняется экспрессией во многих органах и тканях белков–нефроцистинов, изменение структуры и функции которых лежит в основе данной цилиопатии [1, 2, 7]. Среди врожденных пороков сердца при нефронофтизе и нефронофтиз–связанных синдромах наиболее описаны дефект перегородок (ДМЖП и ДМПП).

В длинном плече 2 хромосомы расположен ген NRHP1 (2q12.3–13), впервые в 1997 году описанный как причина нефронофтиза. До 93% случаев нефронофтиза связывают с моногенными мутациями гена NRHP1 (OMIM 607100), из них в 80% диагностируют крупную делецию.

С учетом генетической гетерогенности нефронофтиза и разнообразия внепочечных клинических проявлений, «золотым стандартом» диагностики нефронофтиза и нефронофтиз–связанных синдромов является молекулярно-генетический метод.

**Цель:** Описать семейный случай ювенильного нефронофтиза и открытого артериального протока вследствие крупной делеции участка длинного плеча 2 хромосомы, захватывающей ген NRHP1, оценить почечный прогноз и фенотип у двух сибсов (сестёр).

**Материалы и методы:** По совокупности катamnестического, клинико–лабораторного, инструментального, молекулярно-генетического методов представлено клиническое наблюдение двух сестер.

**Результаты:** Девочки (на момент описания, 18 лет и 10 лет) родились от здоровых родителей, не являющихся кровными родственниками. С рождения росли и развивались по возрасту, без признаков отставания в психомоторном и физическом развитии.

В возрасте 12 лет у старшей сестры с гармоничным физическим развитием диагностированы анемия средней степени тяжести, значительное повышение креатинина и мочевины, снижение СКФ (по формуле Schwartz 14–15мл/мин/1.73м<sup>2</sup>; по пробе Реберга 8мл/мин), гипокальциемия (1.99ммоль/л), гиперфосфатемия (2.03ммоль/л), гиперпаратиреоз (819.3пг/мл), дефицит витамина Д (содержание 25(ОН)Д 19нг/мл), снижение эритропоэтина (2.4МЕ/мл). Суточная протеинурия составила 0.4г, подтверждена гипостенурия (1000–1005) по пробе Зимницкого. Артериальной гипертензии нет. По результатам УЗИ и магнитно-резонансной томографии почек, почки уменьшены в объеме, снижена кортико-медуллярная дифференцировка паренхимы, множественные кисты (менее 1 см) в паренхиме обеих почек, чашечно-лоханочная система без особенностей. При эхокардиографии на аппарате экспертного уровня «случайной находкой» явилось обнаружение открытого артериального протока с незначительным лево-правым сбросом. По результатам молекулярно-генетического исследования выявлена гомозиготная мутация: делеция участка длинного плеча 2 хромосомы, размером ~115Kb с захватом NRHP1 гена. Пациентке установлен диагноз: Нефронофтиз 1 (ювенильный тип) вследствие мутации (делеции) NRHP1 гена с аутосомно-рецессивным типом наследования. Врожденный порок сердца: открытый артериальный проток (1.2мм). По результатам консультации кардиохирурга от оперативного вмешательства решено воздержаться. Состояние функции почек расценено как исход в терминальную почечную недостаточность, начата заместительная почечная терапия методом гемодиализа, через 2.5 месяца проведена аллотрансплантация трупной почки на правые подвздошные сосуды, на 11 сутки трансплантатэктомия в связи с тромбозом почечной вены и острым повреждением трансплантата, через 1 месяц повторная аллотрансплантация трупной почки на левые подвздошные сосуды, по результатам биопсии почечного трансплантата диагностирован острый канальцевый некроз. В 13 лет по результатам биопсии диагностирован артериологипертензия, артериосклероз, нефрокальциноз трансплантата. В возрасте 16 лет у пациентки с функционирующим (4 года) трансплантатом почки сохраняется снижение СКФ (59мл/мин/1.73м<sup>2</sup>), железодефицитная анемия легкой степени, гипокальциемия, гиперпаратиреоз, протеинурия (0.3г/сут), гипостенурия, АД в норме, по УЗИ структура паренхимы не изменена, в почечном трансплантате (V=136см<sup>3</sup>) кровоток равномерный по всей паренхиме. Осмотрена офтальмологом, патологии не выявлено. Проводится контроль эхокардиографии, сохраняется открытый артериальный проток

(1мм) кардиохирургической коррекции не требуется. К 18 годам у реципиента повторной аллотрансплантации трупной почки с хронической трансплантационной нефропатией выявлена артериальная гипертензия, состояние почечной функции соответствует ХБПС3.

По результатам медико-генетического консультирования семьи рекомендован и проводился регулярный контроль (не реже 1 раза в 12 месяцев) почечной функции и УЗИ почек сибса (младшей сестры).

При первом обследовании младшей сестры в возрасте 4 лет, физическое развитие соответствует возрасту, анемии и артериальной гипертензии нет, СКФ соответствует норме (по формуле Schwartz 123мл/мин/1.73м<sup>2</sup>, креатинин и мочевина крови, электролиты в пределах нормы, относительная плотность мочи 1010–1020, рН мочи 5.5–6.5, уровень кальциурии, фосфатурии в пределах нормы, глюкозурии нет, диурез адекватный, диагностирована бактериурия, по результатам УЗИ контур почек не изменен, структурных изменений паренхимы не выявлено, общий объем почек (63см<sup>3</sup>) ниже нормы за счет уменьшения левой почки.

Снижение скорости клубочковой фильтрации впервые выявлено у младшей сестры в возрасте 10 лет. Девочка отстает в физическом развитии (соответствует 8.5–9 годам), по УЗИ общий объем почек увеличен (157,5см<sup>3</sup>), паренхима и кровотоки не изменены; кист других паренхиматозных органов (печени, поджелудочной железе, щитовидной железе, селезенке) не выявлено. Артериальной гипертензии нет. При эхокардиографии диагностирован врожденный порок сердца – открытый артериальный проток с незначительным лево-правым сбросом, проведена кардиохирургическая эндоваскулярная коррекция (эмболизация). Снижена СКФ (по формуле Schwartz 53мл/мин/1.73м<sup>2</sup>), анемия легкой степени нормохромная нормоцитарная норморегенераторная, компенсированный метаболический ацидоз, гиперпаратиреоз (652пг/мл), снижен уровень 1,25(ОН)2Д3 (12пг/мл), полидипсия, гипостенурия, полиурия (1667–3906 мл/м<sup>2</sup>/сут), никтурии нет, разовая микроальбуминурия в пределах нормы, суточная протеинурия отрицательная, мочевого осадок в норме, посев мочи стерильный. Уровень натрия, магния, кальция, фосфора, калия в крови в пределах нормы, в ходе проведенного исследования данных за синдром Фанкони не получено. Осмотрена офтальмологом, диагностирован простой миопический астигматизм прямого типа обоих глаз. Данных за пигментный ретинит, колобому диска зрительного нерва, глазодвигательные нарушения не получено.

С учетом отягощенного семейного анамнеза по кистозным болезням почек с аутосомно-рецессивным типом наследования, клинико-лабораторных и инструментальных данных, состояния почечной функции,

соответствующей ХБП 3 стадии, предварительным (рабочим) клиническим диагнозом у девочки 10 лет следует считать клинико-лабораторный дебют ювенильного нефронофтиза. На момент описания не получены результаты молекулярно-генетического исследования младшей сестры, проводится поиск мутации NPHP1 гена.

**Заключение:** Делеции участка хромосомы могут быть причиной кистозов почек. Ранее нами описано клиническое наблюдение мальчика с кистозом почек, развитием неонатального острого повреждения почек, с исходом в хроническую болезнь почек, отставанием в психомоторном и физическом развитии, косоглазием, ДМПП, микрогнатией, ларингомалацией при интерстициальной делеции короткого плеча 12-й хромосомы [8]. Особенностью данного клинического наблюдения является внутрисемейное сходство фенотипа поражения почек и сердца у сибсов (у двух сестер) при молекулярно-генетическом подтверждении делеции участка длинного плеча 2 хромосомы, захватывающей ген NPHP1 у старшей сестры, которой диагностирован ювенильный нефронофтиз-1 (OMIM:256100). Исход в терминальную почечную недостаточность констатирован у старшей сестры в возрасте 12 лет, что характерно для ювенильной формы нефронофтиза. У младшей сестры к 10 годам почечная функция соответствует ХБПС3, начата консервативная коррекция нарушенных гомеостатических функций почек. Учитывая фенотипическое сходство по характеру начальных проявлений, результатам УЗИ, почечной функции, экстраренальным проявлениям (врожденный порок сердца – открытый артериальный проток), высока вероятность однотипной мутации NPHP1 гена у сибсов данной семьи. Мутации гена NPHP1 (OMIM607100) также могут являться причиной наследственных синдромов Joubert –4 и Senior–Loken–1 [7]. В данных клинических случаях отсутствуют дегенеративные изменения сетчатки (врожденный амавроз Лебера, пигментный ретинит, дегенеративная ретинопатия, гипоплазия сетчатки, слепота), глазодвигательные нарушения, врожденный фиброз печени, тугоухость, полидактилия, умственная отсталость, когнитивные нарушения, мышечная гипотония, атаксия, когнитивные нарушения, что исключает вероятность синдромов Joubert–4 (MIM609583) и Senior–Loken–1 (MIM266900) у сибсов этой семьи как проявление мутации NPHP1 гена.

### Список литературы:

1. <http://omim.org/entry/266900?search=senior-oken&highlight=senioroken%20senior%20oken> ссылка актуальна на 15.02.2024
2. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Нефронофтиз у детей. В книге: Наследственные болезни почек у детей. Савенкова Н.Д., Левиашвили Ж.Г., Андреева Э.Ф., Семенова О.А., Папаян К.А. Руководство для врачей. Санкт-Петербург, 2020. С. 299-309.
3. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Нефронофтиз вследствие мутации гена TMEM67. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2022. Т. 67. № 2. С. 121-126.
4. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Эпидемиология, терминология и классификация, диагностика и лечение наследственных кистозных болезней почек у детей. Учебно-методическое пособие для врачей педиатров, нефрологов, клинических ординаторов / Сер. Библиотека педиатрического университета. Санкт-Петербург, 2021.
5. Андреева Э.Ф. Клинико-генетическое исследование детей и подростков с поликистозом почек. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Санкт-Петербург, 2008; с.18.
6. König J, Kranz B, König S. et al. Phenotypic spectrum of children with nephronophthisis and related ciliopathies. Clin J Am Soc Nephrol 2017; 12 (12): 1974-1983. doi: 10.2215/CJN.01280217
7. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д., Ефимова Е.Л. Senior-Loken – нефронофтиз-ассоциированный синдром у девочки раннего возраста (описание клинического случая). В сборнике: Воронцовские чтения. Санкт-Петербург – 2019. Сборник материалов XII Российской научно-практической конференции с международным участием 2019. С. 10– 14.
8. Андреева Э.Ф. Делеция короткого плеча 12-й хромосомы с фенотипическими проявлениями кистоза почек: клиническое наблюдение. Нефрология 2018. Т. 22. № 3. С. 95–

## СОСУДИСТАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ И ПАРЕНХИМАТОЗНЫЕ КИСТЫ ПОЧЕК: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ НА ПРИМЕРЕ 3 КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Андреева Э. Ф., Савенкова Н. Д., Любимова О. В., Барсукова В. Н., Дюг И. В..  
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург  
*A-Elvira@yandex.ru*

Актуальность

Артерио-венозная мальформация почек – редкая аномалия сосудов с наличием внутрпочечного артерио – венозного шунта, проявляется артериальной гипертензией и гематурией, имеет риск развития артерио – венозной аневризмы, разрыва почечной капсулы. Лимфангиэктазия почек – патологическое расширение перипельвикальных, внутрпочечных, околопочечных лимфатических сосудов без признаков клеточной пролиферации, приводящее к нарушению системы почечного лимфодренажа с расширением интра-ренальных лимфатических протоков [1 – 7].

**Цель:** на примере 3 клинических наблюдений продемонстрировать особенности дифференциальной диагностики сосудистых мальформаций почек с кистозным поражением паренхимы.

**Методы:** клинико – лабораторный, инструментальный, генеалогический, молекулярно – генетический, функциональный.

**Результаты:** У девочки (от здоровых родителей) в возрасте 5 лет с жалобой на увеличение объема живота при ультразвуковом исследовании (УЗИ) диагностировано значительное увеличение объема почек (174см<sup>3</sup>), гиперэхогенность паренхимы 3 степени, отсутствует ее корково-мозговая дифференцировка. Контур почек деформирован расположенными по наружному краю аваскулярными образованиями 4–20 мм, в паренхиме единичные мелкие образования 2 – 5мм. Кровоток в паренхиме почек резко ослаблен, корковый слой аваскулярный. Особенностью случая явилось наличие асцита, анализ перитонеальной жидкости выявил состав идентичный лимфе. Установлены гиперренинемия, гиперальдостеронемия при нормальном уровне артериального давления (АД) 95/60 – 107/63 мм.рт.ст, гиперпаратиреоз, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 96мл/мин\*1.73м<sup>2</sup>, компенсированный метаболический ацидоз, гипостенурия. По нефросцинтиграфии резко снижено количество функционирующей паренхимы, изостенурический тип кривой правой почки. По результатам магнитно – резонансной томографии

(МРТ) органов грудной и брюшной полостей, забрюшинного пространства, МРТ – лимфографии (с интерстициальным контрастированием) выявлены расширение грудного лимфатического протока, его цистерны с рассыпным типом строения и лимфоколлекторов, впадающих в цистерну, асимметрия размеров почек, признаки лимфатической мальформации почек с наличием кортикальных/капсулярных кист (почечная лимфангиоэктазия), отек параренальной клетчатки. По результатам диагностической лапароскопии с оценкой морфологии большого сальника подтверждена венозно – лимфатическая мальформация с лимфангиэктазией. При секвенировании ДНК не обнаружено патогенных и вероятно – патогенных вариантов, связанных с поликистозом почек и схожими фенотипическими признаками; выявлен вариант rs776645157 в экзоне 4 гена SPT2 (в гетерозиготном состоянии), имеющий связь с дефицитом карнитин – пальмитоилтрансферазы – 2, участвующий в энергообмене митохондрий. Установлен диагноз: Лимфатическая мальформация сальника и почек с кистозной лимфангиоэктазией, функция почек снижена. В связи с большим объемом лимфорей (до 3л/сутки по дренажу из брюшной полости), нарастающей потерей массы тела, проводилась терапия ингибиторами mTOR.

У девочки (из семьи с кистозным изменением почек, исходом в хроническую болезнь почек (ХБП) по линии отца в 2 поколениях) в 3 месяца по УЗИ выявлена гипоплазия правой и тазовая дистопия левой почки. В возрасте 9 лет по месту жительства диагностированы снижение СКФ (71мл/мин), протеинурия, гематурия, по УЗИ гиперэхогенность паренхимы, уменьшение объема почек и обеднение кровотока коркового слоя, по результатам биопсии фокальный гломерулосклероз и признаки дисплазии, проводилась нефропротективная терапия. При обследовании в возрасте 14 лет в связи со слабостью, снижением аппетита, установлено прогрессирование в ХБПС3 (СКФ 34мл/мин\*1.73м<sup>2</sup>, ацидоз, анемия, артериальная гипертензия, гиперпаратиреоз, белково – энергетическая недостаточность 2 степени, протеинурия), при УЗИ почек выявлены округлые образования подкапсульно и в корковом слое паренхимы, уменьшение объема почек (резко уменьшена левая). По результатам МРТ картина соответствует артерио – венозной мальформации почек, данные за иные патологические образования в паренхиме почек не получены. Проводилась консервативная коррекция нарушенных гомеостатических функций почек в соответствии со стадией ХБП.

Мальчик 14 лет (от здоровых родителей); из анамнеза известно, что с рождения по настоящее время проводится глюкокортикостероидная терапия в связи с надпочечниковой недостаточностью, развившейся после кровоизлияния в надпочечники. В 11 и в 13 лет по результатам контроля УЗИ, КТ отсутствие визуализации нижней полой вены на участке между

местом впадения почечных вен и печеночных вен, не выявлено достоверно связи правой почечной и нижней полой вен. В 13 лет впервые по УЗИ выявлены единичные округлые образования (кисты?) в паренхиме почек (по КТ не видны). По результатам настоящего обследования в возрасте 14 лет жалоб нет, АД 130/70 – 135/67 мм.рт.ст, анемии, дисэлектролитемии нет, СКФ 133мл/мин\*1.73м<sup>2</sup>, гиперстенурия, протеинурии и проявлений канальцевой дисфункции нет, мочевого осадок без особенностей, УЗИ размер почек не увеличен, контур ровный, дифференцировка паренхимы удовлетворительная, экзогенность средняя, чашечно-лоханочная система не расширена, стенки ее не уплотнены, в воротах правой почки v.renalis dextra диспластична, визуализируется аневризма (4\*5см) в месте впадения v.renalis dextra в нижнюю полую вену. По результатам КТ признаки тромбоза нижней полой вены и v.renalis dextra, аневризма коллатеральной вены в области ворот правой почки (по нижнему контуру v.renalis dextra), дифференцировка паренхимы не нарушена, в верхнем полюсе левой почки (диаметром 6мм) и в обоих полюсах правой почки (14\*12мм и 7мм) выявлены кисты, кальцинаты в паренхиме надпочечников. По результатам аортографии с ангиографией почек и флебографии нижней полой вены подтверждено локальное нарушение проходимости нижней полой вены на уровне впадения левой почечной вены с формированием аневризматически расширенной (до 43мм в диаметре) коллатерали. Кист в других паренхиматозных органах (печень, селезенка, поджелудочная железа) по УЗИ и КТ не выявлено. Единичные округлые образования локализованы в полюсах почек и не имеют тенденции увеличения диаметра за 1 год, объем почек не изменен, отсутствуют артериальная гипертензия и экстраренальные проявления наследственных кистозов почек, почечная функция сохранна, что встречается при атипичном выявлении поликистозной болезни почек с аутосомно – доминантным типом наследования и медленном прогрессировании, например, вследствие мутаций гена PKD2. Выявленные по УЗИ и КТ изменения в почках подростка, вероятно связаны с основным заболеванием (приобретенные кисты) и/или являются проявлением сосудистой мальформации почек. В настоящее время убедительных данных за диффузное кистозное поражение паренхимы почек (как следствие канальцевых или гломерулярных кист), у подростка 14 лет из семьи с отрицательным анамнезом по кистозам почек, не получено, однако не исключает верификацию диагноза в ходе дальнейшего наблюдения в динамике. Учитывая отсутствие жалоб, выписан с диагнозом: Синдром нижней полой вены (локальная окклюзия нижней полой вены на уровне впадения левой почечной вены) с аневризматическим расширением коллатерали и дренированием v.renalis dextra под дальнейшее наблюдение по месту жительства сосудистого хирурга и нефролога.



**Заключение:** Мальформация сосудистой системы почек – редкая (менее 1% популяции) патология. В наблюдаемых нами клинических случаях аномалии артерио – венозной и лимфатической системы почек сопровождаются варибельным почечным фенотипом и прогнозом. Наличие в почках сосудистых мальформаций, особенно у детей с отягощенным семейным анамнезом по кистозам почек, способствуют прогрессированию хронической болезни почек. Современные методы исследования (магнитно-резонансная томография, лимфография, флебография и ангиография) нередко имеют решающее значение в диагностике у пациентов с сосудистыми мальформациями и/или кистозным расширением сосудов почек, которые при ультразвуковом исследовании могут иметь сходство с кистозным поражением паренхимы почек (канальцевыми или гломерулярными кистами) [8 – 11].

#### Список литературы:

1. Desai SB, Sun RC, Johnson BL et al. Renal lymphangiectasia in a pediatric patient. *Lymphat Res Biol* 2020 Dec;18(6):572-578. doi: 10.1089/lrb.2020.0004.
2. Umaphathy S, Alavandar E, Renganathan R. et al. Renal lymphangiectasia: an unusual mimicker of cystic renal disease - a case series and literature review. *Cureus* 2020; 12(10): e10849. doi: 10.7759/cureus.10849
3. Ağbaş A, Aksu B, Doğan G, İkizceli T, Selçuk HND, Eleveli M. A child with bilateral multiple renal cysts presenting with ascites and pleural effusion: Questions. *Pediatr Nephrol* 2019; 34(9): 1541–1542. doi:10.1007/s00467-019-4196-3
4. Ağbaş A, Aksu B, Doğan G, İkizceli T, Selçuk HND, Eleveli M. A child with bilateral multiple renal cysts presenting with ascites and pleural effusion: Answers. *Pediatr Nephrol* 2019; 34(9):1543-1544. doi:10.1007/s00467-019-4198-1
5. Kulungowski AM, Patel M. Lymphatic malformations. *Semin Pediatr Surg* 2020; 150971. doi:10.1016/j.sempedsurg.2020.150971
6. Wassef M, Blei F, Adams D, Alomari A, Baselga E et al. Vascular anomalies classification: recommendations from the international society for the study of vascular anomalies. *Pediatrics* 2015; 136(1): e203–e214. doi:10.1542/peds.2014-3673
7. I SVA classification of vascular anomalies 2018. International society for the study of vascular anomalies available. [issva.org/classification](http://issva.org/classification)
8. Андреева Э.Ф. Клинико-генетическое исследование детей и подростков с поликистозом почек. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/Санкт-Петербургский

государственный педиатрический медицинский университет. Санкт-Петербург, 2008; с.18.

9. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Течение аутосомно-доминантного и аутосомно-рецессивного поликистоза почек (АДПП и АРПП), выявленных в пренатальном, неонатальном и грудном периодах у детей. *Нефрология*. 2019. Т. 23. № 5. С. 77-87.

10. Андреева Э.Ф., Савенкова Н.Д. Поликистозная болезнь почек у детей. В книге: *Наследственные болезни почек у детей*. Савенкова Н.Д., Левиашвили Ж.Г., Андреева Э.Ф., Семенова О.А., Папаян К.А. Руководство для врачей. Санкт-Петербург, 2020. С. 256-281.

11. Kashgari AA, Ozair N, Al Zahrani A, Al Otibi MO, Al Fakeeh K. Renal lymphangiomas, a rare differential diagnosis for autosomal recessive polycystic kidney disease in pediatric patients.

## РОЛЬ АКУШЕРСКОГО АНАМНЕЗА И ПРИЧИН ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ХАРАКТЕРЕ ТЕЧЕНИЯ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

*Валиева Н. Р., Лоскутова Е. В., Вахитов Х. М.*  
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
г. Казань, Россия  
[vlvnn00@yandex.ru](mailto:vlvnn00@yandex.ru)

#### Актуальность

Выхаживание недоношенных новорожденных - один из актуальных вопросов в современной неонатологии. По данным ведущих литературных источников ежегодно в мире преждевременно рождается около 15 миллионов детей. В это число в подавляющем большинстве входят недоношенные дети, чей срок гестации составляет 32-36 недели. Дети, рожденные на таком сроке согласно классификации Всемирной организации здравоохранения, являются умеренно и поздним недоношенными.

Рядом авторов рекомендовано выделять значимые факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на плод, приводящие к хронической гипоксии и стрессу, особенно в период ранней неонатальной адаптации.



Цель исследования: изучить причины преждевременных родов и особенности акушерско – гинекологического анамнеза матерей недоношенных новорожденных детей 32-36 недель гестации.

**Материалы и методы:** Обследовано 64 недоношенных новорожденных ребенка с гестационным возрастом 32 (0/7) – 36 (6/7) недель. Контрольную группу составили 44 условно здоровых доношенных ребенка, рожденных на сроке 37 (0/7) – 41 (6/7) неделя беременности. Клиническая характеристика групп включала сбор анамнестических данных, объективный осмотр, результаты рутинных лабораторных и инструментальных методов исследования.

Исследование было проведено на базе отделения новорожденных детей «Клиники медицинского университета» г. Казани (ГАУЗ КМУ). Работа одобрена Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

**Результаты:** Средний возраст матерей в группе недоношенных детей составил  $29,45 \pm 6,24$  лет, в группе доношенных новорожденных –  $29,11 \pm 4,78$  лет ( $p > 0,05$ ). Наличие несостоятельного рубца на матке фиксировалось у 7 человек (10,94%) матерей недоношенных и у 7 человек (15,9%) доношенных детей ( $p > 0,05$ ). Преждевременное излитие околоплодных вод среди матерей недоношенных новорожденных встречалось у 24 человек (37,5%) и у 16 матерей доношенных детей (36,36%) ( $p > 0,05$ ).

Соотношение естественных и оперативных родов среди полученной выборки имело статистическую значимость, у доношенных детей частота встречаемости составила соответственно 2,4:1, и у недоношенных – 0,7:1 ( $p < 0,05$ ). Этим, возможно, объясняется более высокая частота встречаемости у женщин состояний, которые являются показанием к оперативному родоразрешению. Обращает на себя внимание случаи отслойки плаценты и тяжелой преэклампсии среди полученных анамнестических данных у матерей. Данные состояния привели к преждевременному рождению новорожденных в 10,9% и 21,9% наблюдений соответственно.

Случаи истмико-цервикальной недостаточности, многоплодной беременности, угрозы прерывания беременности, острой внутриутробной гипоксии плода, многоводия, хронической фетоплацентарной недостаточности, хронической никотиновой интоксикации и наличия признаков урогенитальных инфекций наблюдались исключительно у матерей недоношенных детей, что так же соотносится с данными отечественных и зарубежных литературных источников.

**Заключение:** Причиной раннего родоразрешения и тяжелого состояния ребенка после рождения чаще всего является преэклампсия тяжелой

степени и преждевременный разрыв оболочек с излитием околоплодных вод. Учитывая, что эти состояния, обычно влекут за собой системные изменения не только в организме матери, но также плода и новорожденного, невозможно исключить их негативное влияние на качество постнатальной адаптации ребенка. Также не исключено влияние инфекционного компонента в виде хронических рецидивирующих заболеваний матери и явлений кольпита во время беременности.

## АКНЕФОРМНЫЙ Фолликулит у СПОРТСМЕНОВ-ЮНИОРОВ ИГРОВЫХ ВИДОВ СПОРТА

Волкова<sup>1,2</sup> О. С., Павлов<sup>3</sup> В. И., Орджоникидзе<sup>3</sup> З. Г.

1 - ООО «Медпрофкомплекс»

2 - ООО «ABC Медицина»

3 - ГАУЗ МНПЦМРВиСМ ДЗМ

Патология, известная как «спорт - индуцированные акне», «аспе mechanica», является типом акнеформного фолликулита, вызванного жарой, давлением, окклюзией и повторяющимся трением волосяного покрова кожи.

**Целью** исследования было оценить распространенность «аспе mechanica» в юношеских командах в игровых видах спорта.

**Материалы и методы:** Под наблюдением находилась мужская футбольная команда юниоров с общим количеством игроков основного состава и резервистов 30 человек. Средний возраст игроков составил  $15 \pm 1,5$  лет. Проводилась оценка состояния кожных покровов в рамках текущего медицинского контроля.

**Результаты и обсуждение:** Проявления, свойственные «аспе mechanica» в разной степени выраженные, регистрировались в соревновательный период у 8 человек (26,7%). Из них у 3 человек наблюдались признаки вторичного бактериального инфицирования, все из которых (100 %) страдали, в том числе, аспе vulgaris. Действительно, по данным литературы, такие спортсмены имеют предрасположенность к бактериальному заражению и высокую вероятность инфекции. У всех спортсменов аспе mechanica проявлялись как красные папулы, пустулы, и узелки, обычно находящиеся в локации защитных приспособлений. Одним из предрасполагающих факторов являлось использование спортсменами хлопкового нижнего белья. У всех

наблюдаемых спортсменов высыпания располагались под щитками, одеваемыми на ноги с целью профилактики травм. Это соответствует данным литературы, согласно которым у спортсменов игровых видов спорта (футболисты, хоккеисты, регбисты и др.) характерные высыпания располагаются под спортивной экипировкой – под шлемами, щитками, под традиционно используемыми ремешками у гольфистов, под ремешками на подбородке и др.

Следует обратить внимание на то, что при углубленном медицинском обследовании, ни в одном случае поставленного диагноза этой патологии зарегистрировано не было. Возможно, это связано с тем, что спортсмены проходили углубленное медицинское обследование во внеигровой период, являющийся провоцирующим фактором для аспе *mechanica*, а возможно и с отсутствием сведений у врачей по данной патологии. Действительно, аспе *mechanica* следует дифференцировать рядом других патологических процессов, а также с контактным дерматитом, вызванным химическими соединениями, используемыми для чистки спортивного инвентаря и игровых поверхностей.

Для лечения проявлений аспе *mechanica* системные средства нами не применялись, хотя, согласно рекомендациям, возможно использование таких средств, как бензоилпероксид, системные антибиотики, ретиноиды. Для тяжело поддающихся терапии, резистентных аспе *mechanica* разрешается использовать системно изотретиноин, с учетом риска миопатии и тендинита. В качестве метода профилактики рекомендуется использовать одежду из особого гидрофильного, хорошо впитывающего чистого хлопка, располагающуюся под защитными приспособлениями. Также, важную роль играет уход за кожей после состязаний, ее тщательное очищение и контроль за высыпаниями.

#### **Выводы:**

1. Примерно, 25 % юношей-спортсменов игровых видов спорта страдают первично неинфекционными патологическими процессами, вызванных регулярными механическими воздействиями на кожу спортивного инвентаря, среди которых, т.н. «аспе *mechanica*».

2. Очень часто проявления «аспе *mechanica*» остаются вне поля зрения врачей из-за недостаточных сведений об этом состоянии, а также из-за проведения углубленных медицинских обследований во внесоревновательный период, когда проявления вышеописанной патологии наиболее выражены.

## **О ПРАВОМОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕРМИНА «ПОСТДИДАКТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО» В ПЕДИАТРИИ**

*Ганузин В. М.*

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия  
*vganuzin@rambler.ru*

**Цель исследования:** Обсудить обоснованность применения термина «постдидактическое стрессовое расстройство» у детей и подростков.

**Материал и методы:** Проведен опрос 220 учащихся с помощью авторской анкеты и анализом последствий для школьников конфликта «учитель-ученик».

**Результаты:** Анализ результатов опроса выявил у учащихся следующие отклонения в состоянии здоровья после их конфликта с учителями в процессе обучения в школе: 52,7% жаловались на угнетение настроения; 67,1% имели психовегетативные расстройства; 22,5 % - депрессивное состояние; 14,4% - боли в животе; 47,5% - головные боли. Обострение хронических заболеваний имело место у 14,9% (Ганузин В.М. Синдром педагогического насилия как форма дидактогении // Медицинская психология в России. – 2013. – Т. 5, № 5. – С. 15. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15150).

Данные отклонения в состоянии здоровья мы расценили как постдидактическое стрессовое расстройство (ПДСР). Диагностировали постдидактическое стрессовое расстройство в том случае, когда пациент является жертвой или свидетелем травмирующего события в условиях образовательной среды.

Характерной особенностью постдидактического стрессового расстройства является стадийность его течения. Симптомы развивается сразу или через некоторое время после психологической травмы.

Нами выделены виды постдидактического стрессового расстройства: психосоматические нарушения в результате педагогической деятельности; социальная дезадаптация в результате педагогической деятельности; расстройство личности в результате педагогической деятельности. Симптомы ПДСР у детей школьного возраста могут быть малозаметны или сильно выражены, что связано с длительностью, силой и восприимчивостью ребенком к психотравмирующим факторам.

На обсуждение педиатрического сообщества предлагается классификация постдидактического стрессового расстройства.

Классификация включает следующие виды ПДСР:

**По течению:**

– Острое - ПДСР с периода воздействия до 3 месяцев. Характерно яркое проявление симптомов: страх, тревога, избегание контактов с буллером (наильником).

– Подострое - ПДСР до 3-6 месяцев, в зависимости от тяжести травмирующих факторов: страх, тревога, избегание контактов с буллером (наильником) и т.д. выражены менее ярко, по сравнению с острым течением.

– Хроническое - ПДСР более 6 месяцев. Симптомы менее заметны. Выявляются признаки истощения нервной системы, со стороны ребенка появляется эгоизм, грубость к членам семьи, равнодушие к окружающим людям, событиям. Усиливаются психовегетативные симптомы, появляется депрессия, тревожные расстройства, панические атаки, агрессия, суицидальные попытки, аддикция.

– Отсроченное - ПДСР симптомы проявляются через полгода и более после воздействия психотравмирующей ситуации.

– Деформации эмоционально-волевой сферы. Возникают при длительном хроническом течении ПДСР. Развиваются приступы тревоги, страха, паники. Заостряются негативные черты характера.

**По тяжести:**

– Легкое - симптомы со стороны отклонения в психике незначительные.

– Среднетяжелое - симптомы со стороны отклонения в психике умеренные, появляются вегетативные нарушения со стороны органов и систем.

– Тяжелое - все симптомы и синдромы резко выражены, в том числе и психовегетативные (бледность и усиленное потоотделение, тремор кистей рук, скачки АД, головные боли и боли в области сердца, тахикардия, аритмия и др.).

**По периоду:**

– Фаза острого кризиса возникает непосредственно после воздействия психотравмирующего фактора.

– Фаза ПДСР возникает непосредственно после воздействия психотравмирующего фактора или через определенный временной период и зависит от остроты и тяжести психотравмирующих факторов.

– Ранний восстановительный период возникает после прекращения психотравмирующих факторов самостоятельно или под воздействием проводимых противобуллинговых мероприятий и начале психотерапевтической и/или медикаментозной терапии.

– Поздний восстановительный период возникает после прекращения психотравмирующих факторов под воздействием проводимых противобуллинговых мероприятий, с учетом продолжительной реабилитации.

– Диагностируют постдидактическое стрессовое расстройство, когда пациент является жертвой или свидетелем травмирующего события в условиях школьной среды. У него обнаруживаются следующие симптомы:

– Непроизвольные навязчивые и тревожащие воспоминания травмирующих событий, мучительные переживания, физическая реакция в стрессовых ситуациях сходных с пережитой ранее, кошмарные сны, флешбэки, неадекватная реакция на конфликты с друзьями, родителями, учителями;

– Сниженная стрессоустойчивость ЦНС;

– Присутствие симптомов в течение 1 месяца и более.

**Заключение:** С учетом вышесказанного, мы предлагаем обсудить на данной конференции вопросы возникновения постдидактического стрессового расстройства у школьников, клиническую классификацию и возможность внесения его в МКБ-11, как одного из вариантов посттравматического стрессового расстройства - F43.1 или расстройства приспособительных реакций (адаптации) - F43.2, в зависимости от тяжести состояния.

## **АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПРАКТИК ДОБРОТЫ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

*Гармаева С. Б., Григорьев Д. А., Григорьева М. А.*  
Кафедра детских болезней и детских инфекций Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия  
[garmaeva-irc@list.ru](mailto:garmaeva-irc@list.ru)

Актуальность. Эгоцентризм у детей дошкольного возраста – достаточно распространенное явление, связано оно с невозможностью осознания ребенком существования чужих точек зрения. Известно, что в возрасте 4-6 лет дети вступают в очередную фазу развития, когда они становятся более эгоцентричными, эгоистичными и сосредоточенными на себе [1], мыслят и

действуют более эгоцентрично, чем взрослые [2]. Разработанная и протестированная Центром исследований здорового сознания программа показала, что при правильном обучении можно преодолеть эту естественную склонность ребенка к эгоизму [3]. Кроме того, проведен ряд исследований, которые доказывают, что осуществление добрых дел положительно влияет на здоровье. Так, в одном исследовании, проведенном в Калифорнии, участники, которым было поручено совершать простые добрые дела (например, покупать кофе для незнакомца), имели более низкую активность генов лейкоцитов, связанных с воспалением [4]. Есть бесчисленное множество других примеров положительного воздействия на здоровье как доброты, так и пожертвований или волонтерства. Например, у бабушек и дедушек, которые регулярно присматривают за своими внуками, риск смертности до 37% ниже, чем у тех, кто не обеспечивает такого ухода за детьми [5]. Согласно метаанализу исследований, это больший эффект, чем можно достичь от регулярных физических упражнений. Кроме того, было обнаружено, что подростки, которые проводят время за волонтерством, имеют более низкие уровни двух маркеров воспаления – интерлейкина 6 и С-реактивного белка [6].

**Цель работы:** При помощи упражнений развить сострадание и эмпатию у детей в младшем дошкольном возрасте и проанализировать заболеваемость в основной и контрольной группах.

**Материалы и методы:** В работе приняли участие 2 группы воспитанников детского сада средней возрастной группы (4 года), в каждой группе было по 20 человек. Использовался метод с использованием стикеров из программы воспитания доброты [3]: первой группе детей выдавался комплект из 10 стикеров, которые затем дети должны были распределить по конвертам со следующими категориями: конверт с фотографией самого ребенка, конверт с фотографией лучшего друга ребенка, конверт с фотографией чужого (незнакомо) ребенка и конверт с фотографией больного ребенка. Далее два месяца с детьми проводились занятия в игровой форме, направленные на развитие доброты и сострадания, (основным инструментом была требующая спокойствия и усидчивости игра с перекачиванием мяча между детьми с параллельным обращением по имени в уменьшительно-ласкательной форме). Ежедневно заполнялась таблица, куда заносились хорошие поступки детей, по результатам которой детям выдавались наборы стикеров в качестве положительного подкрепления. Также с детьми проводились беседы на тему доброты и важности сострадания. По прошествии двух месяцев проводилось повторное тестирование, которое также проводилось во второй, контрольной группе детей, где не велись занятия. Параллельно проводился анализ заболеваемости различными заболеваниями в основной группе со сравнением с заболеваемостью в контрольной группе.

Статистическая обработка данных в программах Microsoft Excel, Statistica 12.6. Для упрощения расчетов абсолютные значения стикеров, отложенных детьми «для себя» были переведены в относительные «очки эгоизма».

**Результаты и их обсуждение:** В первом исследовании 70% (14 человек) детей основной группы разложили все стикеры или большую их часть себе, остальные 30% (6 человек) - старались разложить стикеры поровну, но при этом отдавая предпочтение другу. Среднее значение «очков эгоизма» составило  $4,45 \pm 0,49$ .

Во втором исследовании уже 75% (15 человек) детей основной группы оставляли большее количество стикеров другим ребятам (причем 40% (6 человек) из них отдали больше всего стикеров больному ребенку); и только 25% (5 человек) оставляли стикеры себе. Среднее значение «очков эгоизма» составило  $2,58 \pm 0,59$ . В общем и целом, после трех месяцев занятий дети разложили стикеры менее эгоистичным образом, отдавая большее предпочтение друзьям и больному ребенку и в меньшей степени оставляли стикеры себе ( $\chi^2=8.120$ ,  $p < 0,05$ )

Контрольная группа: по результатам первого исследования 65% (13 человек) детей оставляли стикеры преимущественно себе (очков эгоизма  $5,35 \pm 0,87$ ), 20% (4 человека) пытались делить поровну и 15% (3 человека) распределили стикеры другу и незнакомым детям. Повторное тестирование по прошествии периода исследования не выявило существенных изменений (70% детей (14 человек) оставили стикеры себе –  $5,2 \pm 0,68$  очков эгоизма, 15% раскладывали поровну и 15% оставили стикеры другим ребятам,  $\chi^2=0.114$ ,  $p > 0,05$ ). Обнаруживается значительная разница с результатами второго этапа в основной группе -  $\chi^2=8.120$ ,  $p < 0,05$ , что однозначно говорит об эффективности испытанной программы.

Анализ заболеваемости в основной группе показал, что в среднем на одного ребенка приходился  $1.07 \pm 0.18$  случай заболевания за период с ноября по февраль, всего 33 случая заболевания (преимущественно ОРВИ). В контрольной группе этот показатель равен  $1.37 \pm 0.11$ , при общем количестве случаев 41 ( $p > 0,05$ ,  $\chi^2= 0,392$ ). Отсюда, влияние занятий для развития доброты на состояние здоровья оказалось несущественным (на полученный результат, вероятно, повлиял относительно малый период времени, в который было проведено исследование). Анализ заболеваемости в отдаленном периоде (+март) показал, что в основной группе было всего 6 случаев заболеваний с  $0,21 \pm 0,08$  случая на одного ребенка, а в контрольной группе - 7 случаев с примерно тем же показателем на одного ребенка ( $0,22 \pm 0,08$ ,  $p > 0,05$ ,  $\chi^2= 0,002$ ).



## Выводы:

1. Таким образом, отмечено позитивное влияние занятий детей на развитие доброты и преодоление эгоцентризма.

2. Отмечена эффективность проведенных с детьми занятий: достоверно менее эгоистичное распределение стикеров (меньшее количество «очков эгоизма») после двухмесячного курса занятий.

3. Статистически значимых различий по заболеваемости между детьми основной и контрольной групп не обнаружено. Результат мог быть не получен из-за непродолжительного исследования. Для окончательного вывода необходимо продолжить исследование.

## Список литературы:

1. Сила добра: Далай-лама о том, как сделать свою жизнь и мир лучше / Дэниел Гоулман: Альпина Паблицер; Москва; 2017 ISBN 978-5-9614-4476-6

2. Пиаже, Жан. Речь и мышление ребенка. – Римис, 2008. – 448 с. – 2500 экз. – ISBN 978-5-9650-0045-6.

3. Flook Lisa et al., «Promoting Prosocial Behavior and Self-Regulatory Skills in Preschool Children Through a Mindfulness-Based Kindness Curriculum», *Developmental Psychology*, предварительная публикация в Интернете : 10 ноября 2014 г. <http://dx.doi.org/10.1037/a0038256>.

4. Nelson-Coffey, S., Fritz, M., Lyubomirsky, S., & Cole, S. (2017). Kindness in the blood: A randomized controlled trial of the gene regulatory impact of prosocial behavior. *UC Riverside*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.03.025>

5. Sonja Hilbrand, David A. Coall, Denis Gerstorf, Ralph Hertwig, Caregiving within and beyond the family is associated with lower mortality for the caregiver: A prospective study, *Evolution and Human Behavior*, Volume 38, Issue 3, 2017, Pages 397-403, ISSN 1090-5138, <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2016.11.010>.

6. Schreier HMC, Schonert-Reichl KA, Chen E. Effect of Volunteering on Risk Factors for Cardiovascular Disease in Adolescents A Randomized Controlled Trial *JAMA Pediatrics* .2013;167(4):327–332.[doi:10.1001/jamapediatrics.2013.1100](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.1100)

## ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Георгиева О. В., Сафронова А. И.

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», г. Москва

[georgieva@ion.ru](mailto:georgieva@ion.ru)

Актуальность. Исследования пищевого статуса детей в РФ выявили более чем у 60% недостаток витаминов (прежде всего, группы В, витамина Д, бета-каротина) и ряда микроэлементов. Кроме того, необходимо учитывать, что на пике учебных нагрузок организм ребенка испытывает повышенную потребность в основных нейротропных микронутриентах: витаминах, минеральных веществах, витаминopodobных соединениях (витаминах группы В, магнии, железе, цинке, кальции, омега-3 ПНЖК, холине, карнитине и др.) и общей энергетической поддержке.

**Цель исследований:** В этой связи оптимизация микронутриентного статуса школьников относится к технологиям снижения потерь от алиментарно-зависимых, социально значимых заболеваний, а также является фактором повышения качества жизни.

**Материалы и методы:** Коррекция витаминно-минерального состава рациона путем подбора и дополнительного введения в него традиционно используемых продуктов-витаминоносителей неизбежно приводит к увеличению потребления пищевых веществ и энергии, что нежелательно, так как влечет за собой избыточное увеличение массы тела. Именно поэтому для обогащения рациона младших школьников и подростков «дефицитными» микронутриентами следует использовать наиболее часто потребляемые продукты, среди которых хлеб и хлебобулочные изделия. Хлеб - универсальный продукт, который почти наполовину удовлетворяет потребность растущего организма ребенка в углеводах, витаминах группы В и минеральных веществах (магнии, фосфоре, железе), на 30% обеспечивает физиологическую потребность в белке. Целесообразно отдавать предпочтение цельнозерновым хлебобулочным изделиям из пшеничной муки или хлебу, в рецептуру которого входит пшеничная мука первого и второго сорта, мука из цельномолотого зерна гречки, овса, льна, ячменя. Необходимо отметить, что цельнозерновые продукты по сравнению с рафинированными имеют почти пятикратное преимущество по уровню ряда витаминов и минеральных веществ, содержат сложные углеводы, в т.ч. значительные количества клетчатки, дефицит которой также имеет место в рационе питания школьников. Так содержание пищевых волокон в различных видах цельнозернового



хлеба достигает 11%, в ржаном хлебе – 8%. Учитывая природный пищевой состав хлебобулочных изделий, особенно цельнозернового хлеба, и рекомендуемое его суточное потребление детьми школьного возраста (от 80 до 200г), хлеб может являться оптимальным продуктом для модификации состава, включая обогащение витаминно-минеральными премиксами, с целью восполнения рациона эссенциальными микронутриентами с пищей.

**Результаты:** ФГАНУ НИИХП совместно с ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» разработаны специализированные хлебобулочные изделия, обогащенные витаминно-минеральными комплексами, в рецептуры которых входит мука грубого помола различных злаковых культур или зерновые компоненты. Кроме того, включение в их состав натуральных молочных ингредиентов, сухофруктов, растительных масел, цельнозерновых компонентов в т.ч. зародышей зерна и отрубей, повышает интегральную пищевую ценность хлебопродуктов. За счет использования в рационе питания обогащенных хлебобулочных изделий (около 100г/сутки) дети старше 6 лет получают дополнительно 16 г белка, в среднем, 5г жира, около 20г углеводов, почти 5г пищевых волокон, а также ряд витаминов (В1, В2, РР и др.) и минеральных веществ (железо, кальций, цинк и др.) в количествах, способствующих удовлетворению физиологической потребности в них детей на 15-25%. Вместе с тем, указанные виды хлебобулочных изделий отличает от хлебопродуктов общего назначения ограниченное содержание соли, сахара и повышенные требования к их показателям безопасности.

**Заключение:** Использование в ежедневном рационе школьников специализированных хлебобулочных изделий, обогащенных витаминно-минеральными комплексами, биоактивными соединениями цельнозерновых компонентов, особенно при употреблении с молочными или кисломолочными продуктами, является наиболее физиологичным способом коррекции выявленных дефицитов микронутриентов, будет способствовать укреплению иммунитета и поддержанию здоровья детского населения.

## ДОМИНАНТА МАТЕРИНСТВА И ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

*Гмошинская М. В., Алешина И. В.*

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», г. Москва  
*mgmsh@yandex.ru*

В становлении, а также в поддержании длительной лактации важную роль играет психологическая установка на грудное вскармливание, как у женщины, так и членов ее семьи. «Доминанта лактации» является составной частью доминанты материнства и изучение ее роли в становлении длительной лактации на данный момент актуально.

Понятие доминанты беременности впервые ввел известный физиолог И.А.Аршавский в 1952 году, он указал, что в период беременности у женщины формируется особая психологическая установка на рождение здорового новорожденного, когда все помыслы женщины устремлены к этой проблеме. Общеизвестным в настоящее время является термин «доминанта лактации», но более точным, раскрывающим не только физиологическую, но и психологическую роль грудного вскармливания, является термин «доминанта грудного вскармливания».

«Доминанта грудного вскармливания» - стойкая убежденность женщины в преимуществах грудного вскармливания перед искусственным вскармливанием. Формирование доминанты материнства является длительным процессом, включающим все периоды жизни женщины, начиная с рождения: стадии дошкольного воспитания и школьного образования, курсы подготовки к беременности и родам. Особую роль играет период беременности, когда женщина должна получить знания о значении грудного вскармливания для развития ребенка, составе женского молока, преимуществах свободного вскармливания, способах прикладывания ребенка к груди, признаках гипогалактии, методах стимуляции лактации, а также получить информацию об особенностях питания в период беременности и лактации, что помогает в формировании доминанты грудного вскармливания.

Необходимо отметить, что формирование убежденности в необходимости грудного вскармливания важно не только у матерей, но и у будущих отцов.

Факторы, влияющие на выработку доминанты грудного вскармливания в период беременности: эмоциональный настрой матери, отношение к грудному вскармливанию окружающих ее людей, желание кормить ребенка,

знание техники грудного вскармливания, способов стимуляции лактации, основных критериев достаточного количества молока.

Была разработана специальная программа занятий в школе молодых матерей, так как образовательные программы являются ведущим фактором формирования доминанты грудного вскармливания. Занятия включали следующие разделы: I - рациональное питание беременных женщин (роль питания; ассортимент продуктов; продукты, которые следует ограничить, полностью исключить из рациона; продукты, которые следует ограничить; специализированные продукты, витаминно-минеральные комплексы для беременных женщин; вода и напитки в рационе беременных женщин, праздничное меню кормящей женщины); II - рациональное питание кормящих женщин (роль питания; ассортимент продуктов; продукты, которые следует ограничить, полностью исключить из рациона, продукты, которые следует ограничить; специализированные продукты, витаминно-минеральные комплексы для кормящих женщин; вода и напитки в рационе кормящей матери; продукты, усиливающие лактацию); III - подготовка к рождению ребенка (организация комнаты ребенка, безопасность дома, выбор коляски, кровати, одежды, предметов ухода, игрушек, порошки и моющие средства и т.д.); IV- подготовка к грудному вскармливанию (необходимость раннего прикладывания к груди; совместное пребывание с ребенком; роль свободного вскармливания в становлении лактации; техника прикладывания к груди; трудности при становлении лактации); V- уход за новорожденным ребенком (предметы ухода, моющие средства, техника ежедневного купания, уход за пупком, глазами и др., закаливание, значение прогулок и их продолжительность); VI – физиологические состояния новорожденных (периоды новорожденности, особенности периодов, занятия с детьми по периодам); VII - безопасность ребенка дома, на улице (правила поведения с ребенком дома, на улице, в лифте, правила перехода улицы и т.д.). Целесообразно проводить комплексные занятия, на которых формируется сообщество молодых матерей. Это имеет большое значение в формировании групп поддержки грудного вскармливания.

Наш опыт проведения занятий с беременными женщинами свидетельствует о достоверном различии в продолжительности грудного вскармливания среди матерей с выработанной доминантой грудного вскармливания (1 группа) и контрольной группой (2 группа). Отношение матери к занятиям может рассматриваться как маркер сознательного родительства, направленного на выработку доминанты грудного вскармливания. Женщины 1-й группы (121), настроенные на рождение здорового ребенка и грудное вскармливание на первом году жизни, максимально серьезно относились к занятиям. Эти женщины прошли полный курс занятий и посещали их

регулярно, принимали активное участие в обсуждении тем занятий, в 80% случаев занятия посещали семейные пары. Все это свидетельствует о наличии у них выработанной доминанты материнства. Женщины контрольной группы (30) занятия не посещали. Так, среди женщин 1 группы сохранили грудное вскармливание к 4мес 92% женщин; к 6 мес -73%, к 9 мес-49% и к 12 мес-30%. Во 2-ой группе сохранили лактацию к 4мес 33% женщин; к 6 мес -3%.

Таким образом, необходимым условием становления доминанты грудного вскармливания является формирование убежденности в необходимости грудного вскармливания не только у женщин, но и у мужчин как будущих отцов, период беременности, когда женщина получает разносторонние знания о грудном вскармливании, информацию об особенностях питания в период беременности и грудного вскармливания.

Большое внимание следует уделять матерям с выработанной доминантой грудного вскармливания, но которые по какой-то причине не смогли кормить ребенка грудью. Этим матерям бывает, нужна психологическая помощь.

#### **Список использованной литературы**

1. Аршавский И.А. Очерки по возрастной физиологии. - М.: Медицина, 1967- 247 С.
2. Винникот Д.В. Маленькие дети и их матери. Пер. с англ. - М., 1998. - 80с.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА И ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА**

*Дорошенко Т. В., Иноземцева Д. А.*

Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Краснодар, Россия  
*Golubenko.1995@mail.ru*

Актуальность: Проблема воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), к основным формам которых относят язвенный колит (ЯК) и болезнь Крона (БК), у детей становится все более актуальной. За последние 10 лет заболеваемость ВЗК с началом в детском возрасте возросла в 3,5 раза.

**Цель исследования:** Провести анализ течения воспалительных заболеваний кишечника у детей Краснодарского края.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ 68 историй болезни детей с ВЗК, находившихся на обследовании и лечении в гастроэнтерологическом отделении ДККБ г. Краснодара в период с 2017 по 2022 годы. Проанализированы такие данные, как пол, возраст пациентов к моменту появления первых жалоб и их характер. Оценены показатели иммуноферментных исследований (анализ на фекальный кальпротектин, серологические маркеры ANCA и ASCA), данные ЭФГДС, УЗИ органов брюшной полости, колоноскопии, мультиспиральной КТ, особенности прижизненного гистологического исследования.

**Результаты:** ЯК диагностирован у 56 (82,35%) обследованных детей, БК – у 12 (17,6%). Установлено следующее распределение по полу: для детей, страдающих БК – 7 (58,3%) мальчиков и 5 (41,6%) девочек; для детей, страдающих ЯК – 34 (60,7%) мальчиков и 22 (39,2%) девочек. Возрастной диапазон обследованных детей составил от 1 года 5 мес. до 17 лет. Средний возраст пациентов –  $12,71 \pm 4,25$  лет: для девочек –  $10,47 \pm 4,93$  лет, для мальчиков –  $14,7 \pm 3,89$  лет. Возраст детей, страдающих БК, в среднем, на момент госпитализации составил  $13,72 \pm 4,4$  лет, ЯК –  $13,31 \pm 3,79$  лет. Возраст больных к моменту появления первых жалоб, характерных для БК, составил  $9,5 \pm 5,21$  лет у девочек и  $10,9 \pm 4,21$  у мальчиков; для ЯК –  $11,4 \pm 7,5$  у девочек и  $11,4 \pm 3,61$  у мальчиков. Боли в животе в дебюте ВЗК отмечались у 35 из 56 (62,5%) больных ЯК и у 8 из 12 (66,6%) пациентов с БК. Напротив, диарея как первый симптом манифестации ВЗК у больных ЯК встречалась значительно чаще, чем при болезни Крона (в 49 из 56 случаев (87,5%) и 7 из 12 (58,3%) случаев соответственно). Гематоксезия наблюдалась 32 у из 56 больных ЯК (57%) и у 4 из 12 пациентов (33,3 %) с БК. В дебюте ВЗК правильный диагноз после дообследования был поставлен 43 пациентам (76,8%). В остальных случаях ВЗК дебютировали под маской инфекционной, хирургической и гематологической патологии, что привело к увеличению времени диагностики. Анализ на фекальный кальпротектин был назначен 10 (83,3%) пациентам с БК и 29 (51,7%) – с ЯК. Серологические маркеры ANCA и ASCA – 7 (58,3%) и 22 (39,2%) пациентам при БК и ЯК соответственно. Колоноскопия выполнена всем пациентам. Она позволила заподозрить, а потом и подтвердить наличие ВЗК после гистологического исследования биоптатов. УЗИ органов брюшной полости проводилось всем пациентам с БК и ЯК. ЭФГДС была проведена в ходе обследования 11 (91,6%) пациентам с БК и 35 (62,5%) с ЯК. МРТ органов брюшной полости было выполнено 2 (3,5%) пациентам с ЯК. Мультиспиральная КТ – 1 (8,3%) пациенту с БК. Подтипы ВЗК в анализируемой группе по распространенности процесса у детей с БК:

илеocolит – 8 случаев (67%); илеит – 3 случая (25%); с поражением тела желудка и илеocolит – 1 случай (8%); у детей с ЯК: проктосигмоидит – 13 случаев (23%); левосторонний колит – 11 случаев (19,6%); тотальный колит – 32 случая (57%). Осложнения ВЗК развились у 9 (13,2%) детей, из них 5 (55,5%) составили дети с БК.

**Заключение:** мальчики болеют чаще ВЗК. Согласно полученным данным, большинство детей с ВЗК – это подростки. Наиболее частым подтипом заболевания при БК является илеocolит (67%), при ЯК – тотальный колит (57%). В клинической картине болезни Крона на первый план выходят боли в животе, тогда как язвенному колиту более характерны такие симптомы, как диарея и гематоксезия.

#### Литература:

1. В. А. Катько, О. А. Паталета, В. М. Черевко. Болезнь Крона у детей. Медицинский журнал 2020
2. Авдеева, Т. Г. Детская гастроэнтерология. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с

## БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Ефременкова А. С., Крутикова Н. Ю.*

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»,

г. Смоленск

*davydenkova94@yandex.ru*

Актуальность. Бронхиальная астма (БА), являющаяся гетерогенным неинфекционным хроническим заболеванием, характеризуется преимущественным поражением дыхательных путей и повышенной реактивностью бронхов, представляет актуальную проблему для современного здравоохранения. На сегодняшний день в мире насчитывается более 350 млн больных БА, из них на долю детского населения приходится около 5–10%. Помимо нарушений со стороны дыхательной системы при бронхиальной астме отмечаются нарушения и патологические состояния со стороны других органов систем за счет влияния на общий метаболизм, в том числе и на метаболизм костной ткани. Изменения метаболизма костной ткани на клеточном, тканевом и системном уровнях при бронхиальной астме нарушают процесс ремоделирования кости, что в свою очередь может привести к снижению

прочности костной ткани, ухудшению качества жизни и нарушению социализации, увеличению процента инвалидизации таких пациентов, ограничению выбора профессии. Ранее обнаружение и коррекция нарушений состояния прочности костной ткани могут снизить тяжесть осложнений со стороны опорно-двигательного аппарата.

**Цель исследования:** Изучить состояние костной прочности и провести оценку статуса витамина D у детей с бронхиальной астмой Смоленской области.

**Материалы и методы:** Обследовано 80 детей Смоленской области в возрасте от 4 до 15 лет, основная группа – 40 детей, имеющих бронхиальную астму различной степени тяжести, контрольная группа – 40 детей, имеющих II группу здоровья. Всем детям проведены анализ жалоб и клинико-anamnestических данных, количественная ультразвуковая остеоденситометрия (КУЗД) на ультразвуковом денситометре «Omnisense omni» (Sunlight Medical Ltd, Израиль), оснащенном специализированной программой и детским датчиком. В соответствии с рекомендациями при значениях Z-score выше 0 результат трактовали как норму. При Z-score от -1 стандартное отклонение (SD) до 0 полученный результат отнесли к тенденции снижения прочности. При Z-score ниже -1 SD результат расценивали как умеренное снижение прочности. Значения Z-score ниже -2 SD диагностировали выраженное снижение прочности. Всем детям в амбулаторно-поликлинических условиях определена концентрация транспортной формы витамина D (25(OH)D, кальцидиола) методом хемолюминесцентного иммуноанализа с использованием реактивов Liaison® 25OH Vitamin D Total Assay (Германия) на аппарате Liaison DiaSorin Pleutschland GmbH (Германия). Оценка результатов осуществлялась в соответствии с критериями, принятыми Национальной программой «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции», 2018г.: адекватный уровень витамина D (25(OH)D) определяется как концентрация более 30 нг/мл, недостаточность – как 21-29 нг/мл, дефицит менее 20 нг/мл.

**Результаты:** Установлено, что 87,5% детей с бронхиальной астмой Смоленской области имели снижение костной прочности различной степени выраженности, выраженное снижение прочности кости составило 20% (n=8), умеренное снижение прочности кости у выявили в 40% (n=16), тенденция к снижению костной прочности – в 27,5% (n=11) случаев, нормальные показатели костной прочности установлены в 12,5% (n=5). Снижение костной прочности у детей с астмой встречалось значительно чаще (87,5%; n=35), чем в группе контроля (7,5%; n=3) (p=0,003). Изучив состояние костной прочности у детей с астмой в зависимости от факторов, влияющих на нее, не было получено значимых различий между детьми, имеющих факторы риска и

детьми, у которых данные факторы риска отсутствовали (p>0,05). Не получено значимых различий по состоянию прочности кости между детьми с БА, имеющих ортопедическую патологию, кариес и переломы в анамнезе и детьми с БА, не имеющих данной патологии (p>0,05). Значимых различий по состоянию костной прочности в зависимости от степени тяжести БА, от продолжительности БА не получено (p>0,05), однако, продолжительность БА повышает частоту встречаемости низких показателей костной прочности. При оценке воздействия ИГКС на показатели костной прочности не было получено значимых отличий между показателями костной прочности детей, получающих и не получающих базисную терапию. Исходная обеспеченность витамином D детей с БА находилась в диапазоне недостаточности – медиана (Me [25Q–75Q]) составила 5,9 [4,92–6,05] нг/мл, средний уровень 25(OH)D сыворотки – 6,8±3,37 нг/мл. Снижение уровня витамина D в сыворотке крови детей с ожирением встречалось в 100% (n=40), что значительно чаще, чем в группе контроля (p=0,000). Выявлена прямая умеренная корреляция между уровнем витамина D и костной прочностью (r=0,68, p< ).

**Выводы:** Дети с бронхиальной астмой Смоленской области имели высокую частоту снижения костной прочности (87,5%) по результатам ультразвуковой остеоденситометрии. Высокая частота снижения костной прочности у детей с БА диктует необходимость проведения своевременной диагностики остеопенического синдрома и внедрения ультразвуковой денситометрии в стандарты исследования на педиатрическом участке. Повышение сывороточного уровня кальцидиола будет способствовать предотвращению нарушения минерализации костной ткани и снижению риска развития остеопоротических переломов в будущем.

## РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕНСТИТОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ СНИЖЕНИЯ ПРОЧНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

*Ефременкова А. С., Крутикова Н. Ю.*

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ,  
г. Смоленск

*davydenkova94@yandex.ru*

Проблема нарушения прочности костной ткани остается актуальной поскольку во всем мире наблюдается «немая» эпидемия остеопороза. Снижение прочности костной ткани и нарушения процессов костного ремоделирования обусловлены происходящими изменениями костного метаболизма



на различных уровнях на фоне ожирения у детей. Своевременно проводимая диагностика нарушений состояния прочности костной ткани - перспективное направление в сохранении и укреплении здоровья детей. Поиск новых методов доклинической диагностики нарушения костной прочности является перспективным в профилактическом направлении в амбулаторно-поликлинических условиях.

**Цель** настоящего исследования научно обосновать необходимость ранней диагностики состояния прочности костной ткани у детей с ожирением с помощью ультразвуковой денситометрии.

**Материалы и методы:** В ходе исследования обследовано 100 детей Смоленской области в возрасте 4-15 лет: в основную группу вошли 60 детей с первично-экзогенно-конституциональным ожирением, в контрольную группу - 40 детей, имеющих 2 группу здоровья. Всем детям проведено клинико-anamnestическое обследование, изучено состояния костной прочности методом ультразвуковой денситометрии на аппарате ... с использованием специальной программы и детского датчика, определена транспортная форма витамина D, оценены показатели кальций-фосфорного обмена и маркеры костного метаболизма. Все дети на момент включения в исследование не имели признаков острого заболевания или обострения хронического заболевания, не принимали витаминно-минеральные комплексы, имели письменное согласие родителей/законных представителей на проведения исследования.

**Результаты:** Большинство детей с ожирением Смоленской области 95% (n=57) имели снижение костной прочности различной степени выраженности, из них выраженное снижение - 55% (n=33), умеренное снижение - 35% (n=21), тенденция к снижению - 5% (n=3), нормальные показатели костной прочности установлены в 5% (n=3). Снижение костной прочности у детей с ожирением встречалось значительно чаще (95%, n=57), чем в группе контроля (7,5%, n=3) (p=0,000). Показатели прочности кости у детей с ожирением были значительно ниже по сравнению с детьми из группы контроля (p=7,20084×10<sup>-08</sup>). При изучении состояния прочности кости у детей с ожирением в зависимости от факторов, влияющих на прочность кости, значимых различий между детьми, имеющих факторы риска и детьми, у которых данные факторы риска отсутствовали, выявлено не было (p>0,05). Наиболее низкие показатели скорости звука кости отмечались у детей, имеющих высокий индекс массы тела. Доказана значимая умеренная отрицательная корреляция (r=-0,398; p=0,029), чем больше ИМТ, тем ниже показатели костной прочности. Увеличение продолжительности заболевания повышало частоту встречаемости низких показателей прочности кости (p=0,001). В сыворотке крови детей с ожирением в 100% (n=40) отмечалось снижение уровня витамина D, что

значимо чаще, чем в группе контроля (22,5%, n=9) (p=0,000). Обеспеченность витамином D детей с ожирением была значительно ниже, чем в группе контроля (p=0,000). Выявлена прямая умеренная корреляция между уровнем витамина D и костной прочностью (r=0,063), чем ниже уровень витамина D, тем ниже показатели прочности кости. Сравнительный анализ показателей кальций-фосфорного обмена не выявил значимых различий между детьми с изучаемой патологией и детьми группы контроля. Между состоянием костной прочности и стандартными показателями кальций-фосфорного обмена у детей с ожирением значимых различий не установлено, что показывает их низкую диагностическую значимость для оценки состояния прочности кости. В сыворотке крови детей с ожирением снижение активности остеокальцина и повышение содержания b-Crosslaps по сравнению с детьми группы контроля встречалось значительно чаще (p=0,000). Между показателями биохимических маркеров и показателями прочности кости установлена значимая корреляционная зависимость, что позволяет использовать ультразвуковую денситометрию с целью диагностики состояния костной прочности.

**Выводы:** По результатам ультразвуковой денситометрии установлена высокая частота снижения прочности кости у детей с ожирением. Определение стандартных показателей кальций-фосфорного метаболизма является малоинформативным для диагностики ранних нарушений состояния прочности кости. Определение состояния прочности костной ткани методом ультразвуковой денситометрии является доступным, малоинвазивным, дешевым методом ранней диагностики нарушений прочности кости в поликлинических условиях.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЁНКА 1 МЕСЯЦА

*Зворыгина П. Д., Гайшун А. Ю., Матвеева М. А.  
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России  
г. Саратов, Россия  
zvorygina.paulina@yandex.ru*

Актуальность. Коклюш, являясь убиквитарным заболеванием, занимает четвертое место по причине смертности детей в возрасте до 5 лет среди управляемых инфекционных заболеваний. По данным Роспотребнадзора за последние 10 лет в РФ регистрировались циклические подъемы и спады заболеваемости коклюшем. Так, в Саратовской области, в 2022 году



зарегистрирован подъём заболеваемости коклюшем в 5,9 раз по сравнению с 2021 годом, что связано со снижением уровня охвата вакцинацией среди детского населения.

**Цель исследования:** Описать клинический случай ребенка 1 месяца жизни с тяжёлым течением коклюшной инфекции.

**Материалы и методы:** Пациент В., 1 месяц, находился на лечении в ГУЗ Саратовской областной инфекционной клинической больнице им. Н.Р. Иванова 30.08.2023 г. с диагнозом: Коклюш, вызванный *Bordetella pertussis*, типичная форма, тяжелой степени тяжести, негладкое течение. Осложнение основного заболевания: Двусторонняя полисегментарная пневмония, средне – тяжелое течение. Дыхательная недостаточность 1 степени. Нарушение ритма дыхания (апноэ). Из анамнеза жизни известно, вакцинация против коклюшной инфекции не проводилась, в связи с тем, что ребёнок не достиг 3-х месячного возраста. Находится на искусственном вскармливании. При поступлении в детское инфекционное отделение: состояние средне – тяжелое за счет симптомов интоксикации, бронхолегочной патологии, приступообразного кашля. Вне приступа – одутловатость, пастозность лица и век. Аускультативно дыхание жесткое, проводится по всем легочным полям. В базальных отделах легких влажные хрипы. Бактериологический анализ слизи из задней стенки глотки – обнаружена ДНК *Bordetella pertussis*. На рентгенограмме легких - участки инфильтрации слабой интенсивности с обеих сторон. Легочный рисунок диффузно усилен. Признаки двусторонней полисегментарной пневмонии. Проводилась антибактериальная, противогрибковая, седативная терапия; кислородотерапия. Ночью, 11.09.23 г, отмечался эпизод спазматического апноэ во время приступа кашля, продолжающегося 90 секунд. Кашель слабый, мало звучный, без репризов, с цианозом лица. Приступов кашля 4-6 за ночь. После приступа ребенок гипотоничный. В связи с ухудшением состояния, переведён в отделение реанимации и интенсивной терапии. За время пребывания в ОРИТ, на фоне проводимого лечения, отмечалось улучшения динамики состояния, в связи с чем, 3.10.23 г ребёнок переведён в детское инфекционное отделение.

**Результаты и обсуждение:** Ребёнок выписан в удовлетворительном состоянии на 37-й день с клиническим выздоровлением. Даны рекомендации по режиму дня, консультациям узких специалистов. Данный клинический случай отражает тяжёлую форму коклюша у ребёнка без специфической профилактики, с развитием тяжёлых осложнений. Иммунизация против коклюша является важным звеном в снижении риска тяжелого заболевания среди детей младенческого и раннего возраста. Таким образом, необходимо

своевременно проводить вакцинацию в сроки, декретированные «Национальным календарем профилактических прививок».

## ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРВАЛЬНОЙ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Игнатенко Г. А., Дубовая А. В., Науменко Ю. В., Каменева Ю. В.*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Донецк.  
*gai-1959@mail.ru*

**Цель:** Изучить особенности применения интервальной нормобарической гипокситерапии у детей и подростков.

**Материалы и методы:** Под нашим наблюдением находились 16 пациентов (4 мальчика и 12 девочек) в возрасте от 8 до 17 лет с различными соматическими заболеваниями. Для проведения сеанса интервальной нормобарической гипокситерапии (ИНГТ) использовали аппарат гипокситерапии «Био-Нова-204», который обеспечивает пациента гипоксической азотно-кислородной газовой смесью с содержанием кислорода от 10 до 16%. Устройство, состоящее из маски и клапана вдоха - выдох, и обеспечение пациенту индивидуальной программы его дыхания, выбранной из 8 возможных программ. Для подбора оптимального режима дыхания с учетом индивидуальных компенсаторных и адаптационных возможностей пациентов используется проба Штанге. До начала курса ИНГТ проводили гипоксический тест в течение 10 минут. Ребенок вдыхает генерируемую смесь, содержащую 12% O<sub>2</sub>. Каждую минуту фиксировались показатели SpO<sub>2</sub> и частоты сердечных сокращений (ЧСС) с помощью пульсоксиметра и в процессе восстановления после окончания пробы на 3 минуте. При снижении SpO<sub>2</sub> ниже 85%, учащении ЧСС более чем на 15-20%, появлении неприятных ощущений, головной боли, головокружения, затруднения дыхания – содержание кислорода во вдыхаемой смеси увеличивалось до 14%. В случае выраженных проявлений проба прекращалась. Сеансы ИНГТ проводили в циклически-фракционном режиме с использованием масочного типа дыхания: дыхание гипоксической газовой смесью по установленной стандартной программе длится 2-5 мин., затем следует интервал в 5 минут, в течение которого пациент дышит атмосферным воздухом (1 цикл). Общая продолжительность сеанса включает в

себя 6 циклов общей продолжительностью 60 минут. Курс лечения 10 ежедневных процедур.

**Результаты:** Курс ИНГТ проведен детям со следующими соматическими заболеваниями: 4 (12,5%) пациента с нарушением ритма сердца (2 чел. – синусовая брадикардия, 2 чел. – синусовая тахикардия), 1 (6,25%) девочка с соматоформной вегетативной дисфункцией, 1 (6,25%) подросток с артериальной гипотензией, 1 (6,25%) мальчик с нарушением проводимости сердца (полная блокада правой ножки пучка Гиса), 1 (6,25%) ребенок – острый простой бронхит, 1 (6,25%) девочка – вазовагальный синдром, вазодепрессорный тип, 2 (12,5%) подростка с пролапсом митрального клапана, фиброз створок митрального клапана, митральная недостаточность I степени, 1 (6,25%) пациент с субтотальной алопецией, 1 (6,25%) ребенок с аденоидными вегетациями II-III степени, 1 (6,25%) подросток с вторичной артериальной гипертензией на фоне эндокринных изменений, 1 (6,25%) пациент с эссенциальной лабильной артериальной гипертензией, 1 (6,25%) девочка со склеродермией, стационарная форма.

Во время проведения сеанса ИНГТ 2 (18,75%) пациентам с артериальной гипертензией проводилось суточное мониторирование артериального давления и холтеровское мониторирование электрокардиограммы (СМАД+ХМ ЭКГ). Так, СМАД+ХМ ЭКГ проведено пациенту с эссенциальной лабильной артериальной гипертензией во время 3 сеанса ИНГТ, зафиксированы следующие данные: на начало исследования (12:00) цифры систолического АД (САД) составили 137 мм.рт.ст., диастолического АД (ДАД) – 80 мм.рт.ст., ЧСС – 69 уд/мин. После завершения сеанса (13:00) цифры АД нормализовались: САД – 113 мм.рт.ст., ДАД – 84 мм.рт.ст. У пациента с эссенциальной лабильной артериальной гипертензией на момент проведения СМАД+ХМ ЭКГ отпущался 5 сеанс ИНГТ, где зафиксированы следующие изменения: на начало исследования (11:00) цифры САД составили 136 мм.рт.ст., ДАД – 60 мм.рт.ст., ЧСС – 89 уд/мин. После завершения сеанса (12:00) цифры АД нормализовались: САД – 125 мм.рт.ст., ДАД – 65 мм.рт.ст., ЧСС – 77 уд/мин.

Все дети (100%) после проведения 10 сеансов ИНГТ отмечали улучшение сна, настроения, увеличение двигательной активности. У 2 детей (12,5%) с синусовой тахикардией отмечена нормализация ритма сердца (ЧСС ср. – 80–85 уд/мин.). У ребенка с явлениями острого простого бронхита регрессировал затяжной кашель. У пациента с аденоидными вегетациями на 3 сеансе исчез ночной храп, а после 10 сеансов и консультации оториноларинголога принято решение о пролонгации аденотомии.

Всем пациентам рекомендовано пройти повторный курс ИНГТ через 3-6 месяцев.

**Выводы:** применение интервальной нормобарической гипокситерапии позволяет включить и использовать генетически запрограммированные механизмы, направленные на повышение неспецифической резистентности организма, что дает основания рекомендовать метод в комплексах, применяемых в лечении, профилактике и реабилитации при различных заболеваниях у детей и подростков.

## ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ: БОЛЕЗНЬ КИКУЧИ-ФУДЖИМОТО

*Иноземцева Д. А.*

Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Краснодар, Россия

*Golubenko.1995@mail.ru*

**Введение:** Болезнь Кикучи-Фуджимото (БКФ), также известная как гистиоцитарный некротизирующий лимфаденит, является редкой причиной доброкачественной лимфаденопатии. Обычно поражает детей и взрослых до 30 лет, преимущественно женского пола.

Из-за низкой распространенности, неспецифической клинической картины, в 40% случаев БКФ принимают за другие заболевания, сопровождающиеся лимфаденопатией (лимфома, туберкулезный лимфаденит, аутоиммунные заболевания, неспецифическое воспаление). По данным литературы, БКФ разрешается без лечения в течение нескольких месяцев, рецидивы редки.

**Цель исследования:** Проанализировать клинический случай БКФ у девочки 11 лет.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ истории болезни пациентки 11 лет, находившейся на лечении в ГБУЗ «ДККБ».

**Результаты и обсуждение:** Девочка 11 лет обратилась с жалобами на периодические боли в животе в течение 7-10 дней. Во время объективного осмотра: состояние средней степени тяжести за счет болевого абдоминального синдрома, температура тела 36,8°C. Выявлена болезненность при пальпации живота, увеличение размеров печени +2 см от края реберной дуги. В общем анализе крови без патологии. В биохимическом анализе крови выявлено повышение лактатдегидрогеназы до 490 ЕД/л. На УЗИ органов брюшной полости в мезогастрии справа визуализируются разнокалиберные, множественные увеличенные лимфатические узлы овальной формы, с четкими

контурами однородной структуры, максимальным размером единичного узла 16\*8 мм и умеренно инфильтрированной прядью сальника.

В процессе динамического наблюдения боли в животе сохранялись, из-за чего проведена диагностическая лапароскопия для исключения хирургической патологии. При осмотре в зоне илеоцикального перехода определяется инфильтрат, представленный конгломератом увеличенных лимфоузлов с подпаянной прядью большого сальника. Взята биопсия трех мезентериальных лимфоузлов. На разрезе: капсула плотная темно-багрового цвета, в центре серо-белого цвета пульпа с очагами деструкции. Биопсия направлена на проведение гистологического и гистохимического исследования, по результатам которых сделано заключение о наличии признаков лимфомы Ходжкина, нодулярный склероз.

В связи с нетипичной для лимфомы клинической картиной, гематологом рекомендован пересмотр биопсийного материала на базе «ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева». Гистологическое заключение: гистоархитектоника лимфоузлов частично стерта за счет очагов клеточных скоплений в состоянии некробиотического кариорексиса, в паренхиме наблюдается немногочисленные первичные и вторичные лимфоидные фолликулы, межфолликулярное пространство выполнено многочисленными лимфоцитами, гистиоцитами и крупными активированными лимфоидными клетками. По результатам иммуногистологического исследования выявлена экспрессия CD 20/Pax5, CD 3 на В и Т- лимфоцитах. Отсутствует экспрессия CD30, EBV. Выставлен диагноз: БКФ, кариоректическая стадия.

Ребенок выписан из хирургического отделения на 10 сутки без осложнений, в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано дальнейшее наблюдение педиатра и гематолога.

**Заключение:** Клинический случай, представленный в данном тезисе, демонстрирует трудности в диагностике болезни Кикучи-Фуджимото. Это заболевание обычно имеет самоограничивающийся характер, поэтому специфическая терапия не требуется.

#### Список литературы:

1. Поталенко В.Г., Байков В.В., Маркова А.Ю., Михайлова Н.Б., Тер-Григорян А.С., Криволапов Ю.А. Болезнь Кикучи-Фуджимото: обзор литературы и четыре клинических наблюдения// Онкогематология. №4.2022;17(4):48-59
2. Perry AM, Choi SM. Kikuchi-Fujimoto Disease: A Review. Arch Pathol Lab Med. 2018 Nov;142(11):1341-1346.

3. Лукманова Л.З. , Тюрин А.В. Лимфаденит Кикучи-Фуджимото в дебюте системной красной волчанки// Клиницист 1 2018 том 12; 81-82

4. Селиванов М.И. , Тургунова Л.Г. , Зинченко А.В. , Брунер О.В. Болезнь Кикучи-Фуджимото: первое клиническое наблюдение редкого случая в Республика Казахстан// Онкология и радиология Казахстана. №1 (67)2023; 50-52

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ

*Кдирбаева Ф. Р.*

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников  
г. Ташкент, Узбекистан

*firus\_71@mail.ru*

Актуальность. Аллергические заболевания являются актуальной проблемой практического здравоохранения и в последнее десятилетие привлекают все более пристальное внимание врачей разных специальностей. В мире неуклонно растет число больных бронхиальной астмой, поллинозом, аллергическим риноконъюнктивитом, крапивницей и отеками Квинке, атопическим дерматитом, пищевой аллергией и другими аллергическими заболеваниями [1]. Аллергический ринит относится к наиболее распространенным заболеваниям, оно затрагивает 10-20 % всего населения [2]. Диагноз Бронхиальная астма имеет более 300 млн человек в мире [3]. Аллергия стала «болезнью цивилизации», так как в экономически развитых странах и крупных городах распространенность аллергических заболеваний, особенно среди молодого населения, значительно выше. Проблема роста распространенности аллергических заболеваний остается крайне актуальной на протяжении последних десятилетий, вследствие того, что данные официальной статистики не отражают истинного положения дел в отношении частоты встречаемости разных аллергических заболеваний. Аллергические заболевания приводят к ухудшению самочувствия человека, снижению работоспособности и успеваемости у детей, увеличению числа пропусков рабочих дней, росту личных затрат и расходов государства на лечение и профилактику [4].

**Цель работы:** Цель исследования – провести анализ закономерностей аллергических заболеваний у пациентов различных возрастных групп.

Материалы и методы. Проведены изучение аллергических заболеваний данным статистических отчёта, основанных на регистрации случаев заболеваний, диагностированных у обратившихся к врачу пациентов различных возрастных групп. Анализ показателей проводился в трёх возрастных группах, в которых в настоящее время осуществляется сбор статистической информации: дети от 0 до 14 лет, подростки от 15 до 17 лет, взрослые трудоспособного возраста от 18 и старше. По следующим аллергическим заболеваниям (Бронхиальная астма, поллиноз, аллергический ринит, atopический дерматит, лекарственная аллергия, пищевая аллергия и инсектная аллергия) были проанализированы параметры общей заболеваемости и заболеваемости по возрастам. Уровень распространенности и структура основных аллергических заболеваний оценивалась за 12 месяцев 2022 г.

**Результаты и их обсуждение:** По данным отчёта по аллергологическим заболеваниям пациентов, состоящих на диспансерном учёте семейной поликлиники г.Ташкента в 2023 г. На отчётный год взрослое население поликлиники составляет 30154, подростки 1876, дети 10434. Анализ отдельных эпидемиологических характеристик распространенности аллергических заболеваний в разных возрастных группах выявил ряд особенностей. На период 2022 год по данным отчёта состоят на диспансеризации с аллергическими заболеваниями взрослые - 1542, подростки 15-17 лет -445 и дети от 0 до 14 лет - 552. Аллергическим ринитом (АР) по данным отчёта наиболее высокие уровни общей и первичная заболеваемость отмечалась у взрослых и подростков. Так, показатель общей заболеваемости АР у взрослых 562, на 3 раза выше, чем у подростков -173. Возможно, это связано с более частым обращением взрослого населения за медицинской помощью по поводу симптомов ринита. С заболеванием Бронхиальная астма (БА) находились на учёте взрослые- 363 против у детей до 14 лет -18. Такая тенденция увеличения уровней заболеваемости в определенных возрастных категориях требует дополнительного анализа причин и повышенного внимания специалистов. Особенно это актуально для категории наиболее возрастных пациентов, у которых эта эпидемиологическая тенденция заболеваемости ассоциирована с существенным ростом другой коморбидной патологии респираторной и сердечно-сосудистой системы. Рост уровня первичной заболеваемости в возрастных группах были сопоставимы с данными по общей заболеваемости. У возрастной структуры у взрослых заболеваемость поллинозом увеличилось с 97 пациентов до 115 пациентов на конец года.

В самой младшей возрастной группе детей от 0 до 14 лет в структуре аллергической патологии преобладала пищевая аллергия (25 %), на втором месте – АР (23,1 %), на третьем месте (19%) составлял АтД, на четвертом месте поллиноз (13,2%), далее лекарственная аллергия (6%) и инсектная аллергия

(6%). Во всех остальных группах преобладала АР, который у детей до 14 лет составила 15%, у подростков составляла уже 20%, у взрослых увеличивалась до 65 %. Доля АР у подростков была сопоставима с долей пищевой аллергии, в остальных возрастных группах она тоже высока, составляя у взрослых 36,4 %.

Динамика показателей общей заболеваемости. При анализе динамики заболеваемости за 1 год установлено, что общая заболеваемость АтД имела тенденцию к снижению во всех возрастных группах, по АР – она увеличивалась у взрослых и подростков, но снижалась у детей от 0 до 14 лет. Уровень общей заболеваемости БА только у подростков имел тенденцию к умеренному снижению, в остальных возрастных группах он увеличивался. Уровень общей заболеваемости АтД в 2022 году выше, чем в 2021 году. Полученные при анализе данные указывают, что распространенность АР связана с возрастом, и чем старше возраст, тем выше заболеваемость. Аллергический ринит наиболее высок у взрослых с 18 лет и старше, далее у подростков от 15-17 лет, и потом у детей от 0-14 лет. Второй по регистрации заболеваемости, Бронхиальная астма у взрослых с 18 лет и старше зарегистрировано 363 пациентов, подростки 15-17 лет 3, у детей от 0-14 лет, 18 пациентов. Пищевая аллергия у детей от 0-14 лет у 138 детей, у 130 подростков и у 278 взрослых. Как видно пищевая аллергия с возрастом увеличивается. В структуре аллергических болезней во всех возрастных группах с поллинозом имеется тенденция к росту у 73 детей, у 56 подростков и у 97 взрослых. Среди пациентов в возрасте до 14 лет 50,5 % состоят на учёте с диагнозом atopический дерматит. Динамика общей заболеваемости разнонаправлена: выявлена тенденция к увеличению характерна для АР как у взрослых, так и у детей и подростков.

**Выводы:** Таким образом, полученные результаты говорят об увеличении таких заболеваний среди пациентов, таких как: АР, БА и поллиноз. Поэтому необходимо улучшить качества профилактики аллергических болезней, во всех возрастных группах, с учетом результатов анализа, которые свидетельствуют о большой вариабельности аллергической заболеваемости.

#### Литература:

1. Сайт медицинского центра иммунокоррекции им. Р. Н. Ходановой. URL: <http://www.immun.ru/>
2. All Around the Nose / Ramazan Öçal, Nuray Bayar Muluk, Joaquim Mulloł. – SPRINGER, 2020
3. Гуцин И.С., Курбачева О.М. Аллергия и аллерген-специфическая иммунотерапия. - М.: Фармарус Принт Медиа, 2010. – 228 с.



4. Global strategy for asthma management and prevention (2015 update). Global Initiative for

Asthma 2018, available at: <http://ginasthma.org/archived-reports/>

## ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ НА ПРИМЕРЕ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Конопелькина<sup>1</sup> Е. А., Багомедова<sup>1</sup> К. К., Мельник<sup>1,2</sup> С. И.  
1-ФГБУ «СПБ НИИФ» Минздрава России, Санкт-Петербург  
2-СЗГМУ им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург  
[Konopelkinaliza@yandex.ru](mailto:Konopelkinaliza@yandex.ru)

**Цель исследования:** Исследовать уровень приверженности терапии у детей с бронхиальной астмой, определить ключевые факторы, влияющие на приверженность, и выявить связь между приверженностью к терапии и контролем над заболеванием.

**Материал и методы:** Проведено анкетирование и анализ медицинской документации 162 пациентов: 98 мальчиков и 64 девочки в возрасте от 3 до 17 лет с диагнозом бронхиальная астма. Оценивалось течение бронхиальной астмы на основании анализа клинико-функциональных данных, ACQ, АСТ – тестов для оценки контроля над заболеванием, TAL-тест, а также объем проводимой терапии, оценка приверженности лечению при помощи опросников Мориски-Грин, модифицированный КОП-25.

ACQ измеряет степень контроля над астмой у пациентов. Оценки варьируются от 0 до 6, где низкие значения указывают на лучший контроль над астмой. Этот опросник включает вопросы как о симптомах астмы, так и об использовании бронходилататоров.

АСТ – это тест, состоящий из 5 вопросов, который оценивает, насколько хорошо контролируется астма за последний месяц. Оценки варьируются от 5 до 25, где высокие значения означают лучший контроль над астмой.

TAL-тест (тест активности легких) – это методика, направленная на оценку функциональной активности легких. Она может включать в себя различные параметры, в том числе способность пациента выполнять физические упражнения или его дыхательную функцию.

Модифицированная КОП-25 шкала оценивает качество жизни пациентов с обструктивными заболеваниями легких, включая астму. Она включает вопросы, касающиеся физического состояния, эмоционального благополучия

и социального функционирования. Исключены вопросы, касающиеся сексуальной жизни пациентов. Оценки могут варьироваться, и нижние значения часто указывают на лучшее качество жизни.

Шкала комплаентности Мориски-Грин (Morisky Medication Adherence Scale, MMAS) предназначена для оценки соблюдения пациентами медицинских рекомендаций, в частности, приверженности лечению. Она состоит из нескольких вопросов, ответы на которые помогают определить, насколько хорошо пациент следует назначенной терапии. Высокие значения указывают на лучшую приверженность лечению.

**Результаты:** Среди респондентов 11.3% составили пациенты с контролируемой бронхиальной астмой, 30.1% с частично контролируемой и 18.8% неконтролируемой.

69,1% пациентов демонстрируют низкую приверженность к лечению, что коррелирует с недостаточным контролем над заболеванием. 18% пациентов пропускают прием препаратов, после улучшения самочувствия. 32% пациентов не соблюдают временной интервал между приемами препаратов.

**Заключение:** Исследование подтвердило критическую важность приверженности терапии в управлении бронхиальной астмой у детей. Указывает на необходимость разработки целенаправленных программ для повышения осведомленности пациентов и их семей о заболевании и важности регулярного приема лекарств.

## ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ У НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ И ТОПИКИ ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗ

Краснова Л. И., Мусатова Л. А., Буянова А. А., Никифоров А. М.  
ФГОУ ВО «Пензенский государственный университет», Пенза.  
[lik72@list.ru](mailto:lik72@list.ru)

Актуальность темы: Развитие воспалительных заболеваний глаз (ВЗГ) у детей во многом связано с наличием аутофлоры и патогенной микрофлоры в конъюнктивальной полости глазного яблока, которая заселяется в первые минуты жизни новорожденного. Предполагают, что в данном процессе играет роль вид родоразрешения. Конъюнктивиты и дакриоциститы занимают лидирующие позиции в структуре ВЗГ у новорожденных. В вопросах



профилактики развития ВЗГ важна роль неонатологов родильного дома, участковых педиатров и медицинских сестёр амбулаторного звена, а также их преемственность со специалистами узкого профиля.

Неонатальный конъюнктивит – самая распространенная инфекция переднего отдела глаз, которая диагностируется в первый месяц жизни ребёнка. По данным Всемирной Организации Здравоохранения частота развития конъюнктивита у новорождённых составляет от 1% до 24%. По данным Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации за 21 год (2000-2021г) число случаев возникновения ВЗГ составляет 24,9%. Первичные дакриоциститы возникают в первые недели жизни новорождённого в связи с незаконченным процессом рассасывания эмбриональной ткани у выхода слезно-носового канала, пороками развития, атрезией или врожденными стенозами слезоотводящего аппарата. Атрезия выхода носослезного протока встречается у 10% детей первого месяца жизни. При этом более, чем у 2/3 таких новорождённых она осложняется дакриоциститом. Немаловажную роль играет выявление этиологического фактора развития ВЗГ, так как это имеет решающее значение для обеспечения своевременного и надлежащего лечения детей первого месяца жизни. В последние годы повысилась частота встречаемости не только дакриоцистита новорождённых, но и его тяжелого осложнения (флегмона слезного мешка), которое может представлять угрозу жизни ребенка. Таким образом, несмотря на непрерывный прогресс в развитии методов диагностики и лечения ВЗГ у новорождённых, данная проблема не теряет своей актуальности на протяжении многих лет.

**Цель исследования:** Изучить зависимость частоты возникновения воспалительных заболеваний глаз у новорождённых, учитывая вид родоразрешения и топики поражения.

**Материалы и методы:** В исследовании представлены данные профилактических осмотров врачом-офтальмологом 350 новорождённых в течение года (август 2022г-сентябрь 2023г) на базе ГБУЗ «Городская детская поликлиника» г. Пензы. Первый этап клинического обследования новорожденного с ВЗГ заключался в сборе анамнеза заболевания у матери ребенка. Для осмотра переднего отрезка глаза использован бинокулярный офтальмоскоп. Дополнительно каждому пациенту первого месяца жизни проводилась пальпация слёзного мешка.

**Результаты:** Изучены 350 историй развития ребёнка (форма 112/у). Из них девочек было 51,7% (181 человек) и 48,28% (169 человек) мальчиков. Офтальмологически здоровыми были признаны 307 (82,25%) осмотренных детей. 43 (17,75%) пациентам детского возраста зафиксировали заболевание

переднего отрезка глаза в периоде новорождённости. Из них было обследовано 20 (46,5%) девочек и 23 (53,48%) мальчика. Диагноз: «Острое и неутонченное воспаление слезных протоков» был выставлен 38 (88,37%) пациентам, из них 18 (47,36%) девочек и 20 (52,6%) мальчиков. В группе заболевших новорожденных (43 пациента), 5 (11,6%) детям первого месяца жизни был поставлен диагноз: «Острый слизисто-гнойный конъюнктивит неутонченный». Из них 2 (40%) девочки и 3 (60%) мальчика.

Была изучена зависимость частоты возникновения конъюнктивитов и дакриоциститов у новорождённых в зависимости от вида родоразрешения. В группе детей, у которых установлено ВЗГ (43 пациента), естественным путём родились 26 (60,4%) человек; путем кесарева сечения – 17 (39,5%).

#### **Заключение:**

– Среди изученных 350 новорождённых, 17,75% детей имели воспалительное заболевание переднего отдела глаза в первый месяц жизни.

– В структуре изученных заболевших ВЗГ детей первого месяца жизни пациенты с диагнозом: «Острый слизисто-гнойный конъюнктивит неутонченный» встречаются в 7,5 раз реже, чем с дакриоциститом.

– В группе исследованных пациентов первого месяца жизни естественным путём родилось в 1,5 раза больше детей, в связи с этим необходимо проведение дальнейшего исследования проблемы.

## **ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ И КАЧЕСТВА СНА НА ФОНЕ ПРИЁМА ФЕНИБУТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЕМ ТЕМПОВ МОТОРНОГО И ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ**

*Кудлач А. И., Шалькевич Л. В., Кузнецова К. В., Филипович Е. К., Редутто В. А.*  
Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь  
*kudlatch.alisa@gmail.com*

Актуальность. В настоящее время возрастает число детей грудного возраста, у которых отмечаются трудности с засыпанием и частые ночные пробуждения. На современном этапе изучаются способы коррекции данных состояний с помощью лекарственных средств. В педиатрической практике

при лечении нарушений сна используют седативное действие некоторых ноотропных препаратов. Одним из наиболее используемых лекарственных средств является препарат аминокислоты (Фенибут), который облегчает ГАБА-опосредованную передачу нервных импульсов в ЦНС, оказывает транквилизирующее, психостимулирующее и легкое седативное действие. По данным зарубежных и отечественных авторов в результате такого комплексного воздействия Фенибута улучшаются процессы сна у детей. Мы изучили динамику изменения длительности и качества сна у детей грудного возраста с нарушением темпов моторного и психомоторного развития на фоне приёма Фенибута.

**Цель:** Оценить показатели длительности и качества сна у детей грудного возраста с нарушением темпов моторного и психомоторного развития на фоне приёма Фенибута.

**Материалы и методы:** Когортное проспективное исследование представляло собой изучение динамики изменения показателей длительности и качества сна у детей грудного возраста с нарушением темпов моторного и психомоторного развития на фоне приёма Фенибута. В исследовании принимали участие 40 пациентов в возрасте от 2 до 6 месяцев. Всем пациентам на протяжении срока наблюдения проводились стандартные реабилитационные мероприятия по основному профилю (массаж, физиотерапевтическое лечение). Проведён анализ динамики изменения показателей длительности и качества сна у детей с нарушением темпов моторного и психомоторного развития до начала приёма Фенибута и при его окончании в сопоставлении с детьми, не получавшей терапии. Срок наблюдения за пациентами изучаемой когорты составил 1 месяц. Проведено сопоставление полученных данных при помощи непараметрических методов статистического анализа (критерия Манна-Уитни).

**Результаты:** Применение Фенибута у детей грудного возраста (от 2 до 6 месяцев) с нарушением темпов моторного и психомоторного развития оказывало значимое влияние на изменение длительности сна за сутки (среднее значение до назначения Фенибута составило  $11,9 \pm 2,2$  часа, после  $14,4 \pm 1,8$  часов,  $U=37,5$ ,  $p<0,05$ ). При этом у детей от 2 до 4 месяцев среднее значение длительности сна до назначения Фенибута составило  $12,3 \pm 1,6$  часов, после назначения -  $14,9 \pm 1,9$  часов,  $U=5,0$ ,  $p<0,05$ , а у детей от 4 до 6 месяцев среднее значение длительности сна до назначения Фенибута составило  $11,4 \pm 1,4$  часа, после назначения -  $13,9 \pm 1,5$  часа,  $U=5,0$ ,  $p<0,05$ . Также отмечалось значимое влияние проводимой терапии на качество сна у детей грудного возраста – уменьшилось количество пробуждений во время сна (среднее значение до назначения Фенибута составило  $3,7 \pm 0,8$ , после  $1,65 \pm 1,1$ ,  $U=25,0$ ,  $p<0,05$ ). Установлено отсутствие значимых различий по изучаемым параметрам у

детей грудного возраста без терапии Фенибутом: среднее значение продолжительности сна до начала исследования составляло  $10,9 \pm 2,3$  часа, после -  $10,8 \pm 1,9$  часа,  $U=189,5$ ,  $p>0,05$ ; среднее количество пробуждений до начала исследования составляло  $3,9 \pm 0,6$ , после -  $3,5 \pm 0,7$ ,  $U=170$ ,  $p>0,05$ .

**Заключение:** Полученные данные демонстрируют значимое улучшение показателей длительности и качества сна у детей грудного возраста с нарушением темпов моторного и психомоторного развития на фоне приёма Фенибута в сопоставлении с детьми, которые данную терапию не получали. Данные исследования показывают, что Фенибут лучше влияет на сон детей в возрасте от 4 до 6 месяцев, чем на детей в возрасте от 2 до 4 месяцев, возможно, это связано с созреванием ГАМК-ергической трансмиссии в более старшем возрасте. Однако в настоящее время остается много нерешенных вопросов по поводу влияния Фенибута на ЦНС детей грудного возраста, что требует дополнительных исследований в данной области.

## ОЦЕНКА ИСХОДОВ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*Кузиев Д. М.*

Ташкентский педиатрический медицинский институт Андижанский  
Государственный медицинский институт  
*barsa\_med@mail.ru*

Актуальность. Острые пневмонии (ОП) являются общей проблемой детских заболеваний, разработка которых находится в числе неотложных задач современной медицины. Это обусловлено тяжестью проявления патологии, длительными сроками лечения и высокой летальностью.

**Цель исследования:** Разработка адекватных диагностических подходов для своевременного выявления ОП.

Материалы и методы. Проанализировано 345 историй болезни детей от рождения до 1 года при сплошной выборке: экспертная оценка рентгенограмм для верификации диагноза; отобраны наиболее значимые клинические симптомы пневмонии в возрастных диапазонах от 1 до 6 мес. и от 6 мес. до 1 года.

**Результаты:** Полученные в результате математической обработки количественные оценки отдельных симптомов ОП позволили выделить как наиболее информативные следующие симптомы: стойкую фебрильную температуру, тахикардию, одышку, втяжение податливых мест грудной клетки.

Дальнейшие комбинации этих признаков со средне специфическими симптомами (цианоз, бледность) и /или низко чувствительными (отставание грудной клетки в акте дыхания, рассеянные хрипы).

При изучении смертности от ОП установлена поздняя диагностика (после 5 дня) у 35 из 345 детей, в основном ввиду отсутствия чётких физических данных (обычно отсутствие хрипов), несмотря на высокую температуру и одышку у всех детей.

**Выводы:** Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что при постановке диагноза ОП педиатры ориентируются, прежде всего, на наличие физических изменений, хрипов. Именно этим объясняется поздняя диагностика многих ОП, поскольку в первые дни болезни хрипы отсутствуют более чем в половине случаев, появляясь лишь при развитии деструкции или выраженной экссудации в легких. Это дает нам базу для дальнейшего изучения ОП, а также создания логического алгоритма к диагностике и ведению таких пациентов.

## ОЦЕНКА УРОВНЯ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТОНИЕЙ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

*Кузнецов В. К., Иноземцева Д. А.*

Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Краснодар, Россия

*Golubenko.1995@mail.ru*

Актуальность. В последние десятилетия одной из ведущих проблем педиатрии является артериальная гипертензия (АГ), которая выявляется у 2,4–18,0% детей и подростков в Российской Федерации. У детей с ожирением и избытком массы тела независимо от пола, возраста и этнической принадлежности АГ развивается в среднем в 3 раза чаще, чем у их сверстников с нормальной массой тела. Недостаточность витамина D может являться патогенетическим звеном в цепочке развития и прогрессировании артериальной гипертензии.

**Цель исследования:** Изучить уровень витамина D у детей с артериальной гипертензией и нарушением жирового обмена.

**Материал и методы:** В наблюдаемую группу вошло 99 детей, находившихся на обследовании и лечении в ГБУЗ «ДГКБ г. Краснодара» МЗ КК в период с 2022-2023 г.

Диагностическая программа исследования включала: анализ возрастной и половой структуры пациентов, антропометрические показатели, жалобы, анамнестические данные, клинические проявления заболевания, инструментальную и лабораторную диагностику. За недостаточный уровень витамина D считали концентрацию 25(OH)D 21–30 нг/мл (51–75 нмоль/л), за дефицит – менее 20 нг/мл (50 нмоль/л) (согласно Национальной программе «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции». 2018). Величины САД и ДАД определяли методом суточного мониторирования артериального давления (СМАД).

Результаты. Было отобрано 99 пациентов, из которых 62,6% (n=62) мальчики и 37,4% (n=37) девочки от 8 до 17 лет, средний возраст составил – 14 лет. Среди факторов риска АГ отягощенный анамнез по артериальной гипертензии у 78,8% (n=78).

По результатам СМАД: пациенты с лабильной АГ - 58,6% (n=58); пациенты со стабильной АГ – 41,4% (n=41). АГ I степени – 51,2% (n=21), II степени – 48,8% (n=20).

Для проведения связи между нарушением жирового обмена и артериальной гипертензией больные были разделены на группы: 1-ю группу составили дети с избыточной массой тела (от +1,0 до +2,0 SDS) 15,15% (n=15), среднее значение показателя ИМТ составило 26,5±1,3кг/м<sup>2</sup>. Вторая группа – это дети с ожирением (+2,0 и более SDS) 29,29% (n=29), среднее ИМТ 33,7±2,6кг/м<sup>2</sup>. Из них ожирение I степени было у 18,18% (n=18), II степени имели 7,07% (n=7), ожирение III 4,04% (n=4). Третью группу составили 55,56% (n=55) детей с нормальными показателями массы тела (±1,0 SDS), среднее ИМТ 20,7±1,4кг/м<sup>2</sup>.

Артериальная гипертензия у детей с избытком массы тела: лабильная АГ - 46,7% (n=7); пациенты со стабильной АГ 53,3% (n=8). АГ 1 степени 62,5% (n=5), АГ 2 степени 37,5% (n=3).

Артериальная гипертензия у детей из группы с ожирением: лабильная АГ - 13,8% (n=4); пациенты со стабильной АГ 86,2 % (n=25). АГ 1 степени 40% (n=10), АГ 2 степени 60% (n=15).

Также, для детей с нормальной массой тела артериальная гипертензия имела следующие показатели: лабильная АГ - 85,5% (n=47); пациенты со стабильной АГ 15,5 % (n=8). АГ 1 степени 75% (n=6), АГ 2 степени 25% (n=2).

Согласно полученным результатам, исходное содержание в сыворотке крови уровня метаболита 25(OH)D у детей в трех группах колебалось в диапазоне от 9,6 до 59,1 нг/мл. Среди детей из 1 группы недостаточный уровень витамина D составил 33.3% (n=5), дефицит у 6,7% (n=1). У детей 2 группы, с

ожирением I степени недостаточный уровень у 33,3% (n=6), дефицит у 11,1% (n=2). Дети с ожирением II степени недостаточность выявлена у 42,9% (n=3), а дефицит у 14,3% (n=1). При ожирении III степени недостаточность витамина D у 25% (n=1) детей, дефицит был у 75% (n=3). В 3 группе детей с нормальной массой тела у 27,3% (n=15) была недостаточность витамина D, дефицита витамина не наблюдалось.

Таким образом, из 99 обследуемых детей, нормальный уровень витамина D был у 62,6% (n=62), с недостаточностью и дефицитом было 37,4% (n=37).

Для выявления связи между уровнем витамина D и степенью артериальной гипертензии дети были разделены на группы: 1 группа дети с недостаточностью витамина D (n=30). У них лабильная АГ выявлена у 23,3% (n=7), стабильная у 76,7% (n=23) из них АГ 1 степени 56,5% (n=13), АГ 2 степени 43,5% (n=10).

Во 2 группе детей, имеющих дефицит 25(OH)D (n=7): лабильная АГ - 14,4% (n=1), пациенты со стабильной АГ 85,7% (n=6). АГ 1 степени 16,7% (n=1), АГ 2 степени 83,3% (n=5).

В 3 группе детей с нормальным уровнем витамина D (n=62): лабильная АГ выявлена у 80,6% (n=50), стабильная у 19,4% (n=12) из них 1 степень у 58,3% (n=7), АГ 2 степени 41,7% (n=5).

**Выводы:** Таким образом, в результате проведенного исследования установлена связь дефицита витамина D различной степени выраженности у детей с артериальной гипертензией. Так же в исследовании дефицит витамина D более выражен у детей, с избыточной массой тела и ожирением. Ожирение сопровождается снижением биодоступности витамина D, причем по мере увеличения ИМТ у пациентов наблюдается уменьшение сывороточной концентрации 25(OH)D. Таким образом возможно признать тот факт, что дефицит витамина D может рассматриваться в качестве дополнительного неклассического фактора риска развития и прогрессирования АГ.

#### Список литературы:

1. Балыкова Л.А., Леонтьева И.В., Краснопольская А.В., Садыкова Д.И., Машкина Л.С., Чегодаева И.Ю., Хабибрахманова З.Р., Сланикова Е.С., Галимова Л.Ф., Ушакова С.А. Современные подходы к лечению артериальной гипертензии у детей и подростков: обзор клинических рекомендаций. Вопросы современной педиатрии. 2021;20(4):271–281.

2. Зейд С. С. К., Яковлева Л. В., Мелитицкая А. В. Опыт применения витамина d в лечении первичной артериальной гипертензии у детей

подросткового возраста. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2019;14(2):376-377

3. Яковлева Л.В., Зейд С.С.К., Мелитицкая А.В. Взаимосвязь между уровнями витамина d, ренином и индексом масса тела у детей подросткового возраста с первичной артериальной гипертензией. Медицинский вестник Башкортостана, 2017, № 5 (71), 2017, С. 65-69.

4. Лысцова Н.Л., Петелина Т.И., Гапон Л.И., Авдеева К.С., Быкова С.Г., Суплотов С.Н. Роль витамина D в патогенезе развития артериальной гипертензии. Клиническая лабораторная диагностика. 2020; 65 (1): 5-10.

5. Национальная программа 'Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции / Союз педиатров России [и др.]. – М.: ПедиатрЪ, 2018. – 96 с.

6. Татарникова И.С., Шпагина Л.А., Герасименко О.Н. Определение статуса витамина D у пациентов с различными суточными профилями артериального давления при артериальной гипертензии /Современные проблемы науки и образования.2019.№ 5

7. Зейд С. С. К., Яковлева Л. В. Оценка статуса витамина D у детей подросткового возраста с первичной артериальной гипертензией // Экология человека. 2017. № 5. С. 38–41.

8. Каронова Т.Л., Андреева А.Т., Злотникова Е.К., Гринева Е.Н. Дефицит витамина D и артериальная гипертензия: что общего? Артериальная гипертензия. 2017; 23(4):275–28

9. Дудинская Е.Н., Ткачева О.Н. Роль витамина D в развитии артериальной гипертензии. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012;11(3):77-81.

10. Чубаров Т.В., Петеркова В.А., Батищева Г.А., Жданова О.А., Шаршова О.Г., Артющенко А.И., & Бессонова А.В. (2022). Характеристика уровня артериального давления у детей с различной массой тела. Ожирение и метаболизм, 19 (1), 27-34.



## АНАЛИЗ КОМПОНЕНТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ

Ларина Н. Г.

ФГБОУ ВО Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Россия, Великий Новгород

Natalya.Larina@novsu.ru

Актуальность: общемировая статистика показывает, что неинфекционные хронические заболевания являются одними из ведущих причин смертности и заболеваемости населения, одним из таких заболеваний является ожирение и ассоциированная с ним коморбидная патология. Распространенность ожирения настолько стала высокой по всему миру, что речь идет не просто об эпидемии ожирения, а о пандемическом росте данного заболевания. Педиатрический мир также не остался в стороне от этой проблемы, так статистика Всемирной организации здравоохранения показывает, что примерно тридцать миллионов детей и подростков имеют избыточную массу тела и около пятнадцати миллионов - ожирение. По эпидемиологическим исследованиям, проведенным в нашей стране – 27% мальчиков и 22% девочек имеют избыточную массу тела, 10,0% и 6,0%, соответственно, – ожирение. Эти данные настораживают в отношении, высокого риска развития и распространения метаболического синдрома (МС), как осложнения ожирения у этих пациентов. Существенное увеличение ожирения в детской популяции и связанного с ним в рамках патогенеза метаболического синдрома подчеркивает необходимость разработки и внедрения действенных мер реабилитации и лечения.

Поэтому целью данной работы является провести анализ составляющих метаболического синдрома у подростков с ожирением при динамическом наблюдении.

**Материалы и методы исследования:** В динамическое исследование включены – 30 подростков с ожирением II-III степени в возрасте от 15 до 17 лет (14 юношей и 16 девушек). В обследование вошло изучение анамнестическо-клинических данных, антропометрия с определением массо-ростовых показателей, индекса массы тела (ИМТ). Оценка артериального давления путем проведения суточного мониторинга артериального давления. Исследовали биохимические показатели липидного и углеводного статуса (общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеидов

высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП), (уровень гликемии, 2х часовой пероральный тест толерантности к глюкозе, иммунореактивный инсулин – ИРИ). Инсулинорезистентность (ИР) определяли по гемостатической модели НОМА-R. Все пациенты были обследованы первоначально в отделении эндокринологии многопрофильного стационара и через 1 год амбулаторно в поликлинике. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ «STATISTICA 10».

**Результаты исследования и их обсуждение:** Нарушений углеводного, липидного балансов, повышение артериального давления с развитием артериальной гипертензии, так называемого верхнего типа жиротложения, гиперурикемии, в совокупности носит взаимоотягочающий характер и формирует особую патологическую единицу, известную как метаболический синдром.

Значение топографического характера распределения жировой массы, имеющего атерогенную и диабетогенную активность, является одним из ключевых маркеров МС. Первичное обследование группы подростков с ожирением показало, что абдоминальное ожирение с избыточным висцеральным жиротложением наблюдалось у 36,8 % пациентов (4 девушки и 7 юношей).

Антропометрические данные через один год были следующими: повышение средних значений ИМТ ( $31,59 \pm 4,76$  ( $n=30$ );  $34,92 \pm 4,52$  ( $n=24$ )), соответственно; повышение массы тела ( $84,13 \pm 13,32$  ( $n=30$ );  $86,82 \pm 15,52$  ( $n=24$ )); соответственно; имело место увеличение длины тела ( $162,06 \pm 8,89$  ( $n=30$ );  $167,58 \pm 8,42$  ( $n=24$ )), соответственно. Изменений индекса ОТ/ОБ не выявлено ( $0,82 \pm 0,05$  ( $n=30$ );  $0,82 \pm 0,06$  ( $n=24$ )). Таким образом, массо-ростовые показатели имели отрицательную динамику, однако рассматривать это как ожидаемое увеличение степени ожирения, не совсем верно, так вероятнее всего имел место физиологический рост пациентов.

Механизмы развития артериальной гипертензии при ожирении до настоящего времени остаются не до конца понятными. Однако принято считать, что ключевым моментом в повышение артериального давления является развитие инсулинорезистентности и повышение уровня инсулина. Артериальная гипертензия, как компонент МС имела место у 61,0 % больных ожирением, что составляло более половины обследуемой группы, средние показатели артериального давления при первичном обследовании и амбулаторно имели следующие значения: САД составил ( $153,6 \pm 10,21$  ( $n=30$ )) мм.рт.



ст.;  $153,04 \pm 7,84$  ( $n=24$ ) мм.рт.ст., ДАД  $82,86 \pm 8,31$  ( $n=30$ ) мм.рт.ст.;  $83,30 \pm 9,01$  ( $n=24$ ) мм.рт.ст.), соответственно. Достоверного снижения артериального давления в динамике не выявлено, что свидетельствует о сохранении артериальной гипертензии ( $p \leq 0,05$ ).

Известно, что избыточное количество жировой ткани, особенно при висцеральном депонировании жира, нередко сопровождается инсулинорезистентностью и дислипидемией, нарушение липидного профиля в свою очередь на фоне ожирения является маркером инсулинорезистентности у детей и может рассматриваться, как начальный признак МС. Известно, что у детей и подростков с инсулинорезистентностью риск прогрессирования ожирения возрастает в 15 раз. Липидный и углеводный профиль пациентов при первичном обследовании характеризовался: нарушением толерантности к углеводам у 17,6% (5 пациентов) и инсулинорезистентностью у 50,0% из 20 пациентов; увеличение уровня холестерина триглицеридов, снижением ХС – ЛПВП (14,3% (4); 6,7% (2); 9,0% (3)), соответственно. Динамический анализ липидограммы показал некоторую тенденцию повышения уровня ТГ, ОХ, ОХ – ЛПНП ( $1,26 \pm 0,26$   $n=30$  до  $1,28 \pm 0,28$   $n=24$ ,  $p=0,39$ ), ( $5,18 \pm 0,94$   $n=30$  до  $6,21 \pm 0,97$   $n=24$ ,  $p=0,60$ ), ( $2,31 \pm 0,64$   $n=30$  до  $2,32 \pm 0,61$   $n=24$ ,  $p=0,36$ )), соответственно; НОМА-R ( $3,24 \pm 1,49$   $n=28$  до  $3,86 \pm 1,22$   $n=24$ ,  $p=0,33$ ).

**Выводы:** таким образом, наличие признаков метаболического синдрома осложняющие ожирение у подростков суммарно определяют кардиоваскулярный риск. Очевидно, без лечения компоненты метаболического синдрома у подростков сохраняются и требуют мультидисциплинарного подхода в терапии и реабилитации.

#### Список литературы:

1. Mladovsky P., Allin S., Masseria C. et al. Health in the European Union. Trends and Analysis. Copenhagen: WHO Regional office for Europe, 2009.
2. Петеркова А.В., Безлепкина О.Б., Васюкова О.В. и др. Ожирение у детей. Клинические рекомендации. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. 77 с.
3. Бойцов С.А., Деев А.Д., Шальнова С.А. Смертность и факторы риска неинфекционных заболеваний в России: особенности, динамика, прогноз. Терапевтический архив. 2017; 89(1): 5–13.
4. Scudiero O., Pero R., Ranieri A. et al. Childhood obesity: an overview of laboratory medicine, exercise and microbiome. Clin. Chem. Lab. Med. 2020; 58(9): 1385–406.
5. Ward Z.J., Long M.W., Resch S.C. et al. Simulation of growth trajectories of childhood obesity into adulthood. N. Engl. J. Med. 2017; 377(22): 2145–53.

## МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД CEDM ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК И МЕТОДОВ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

Ляксо Е. Е., Фролова О. В.

Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург  
lyakso@gmail.com

Актуальность: Нарушения развития и/или атипичное развитие детей может сопровождаться нарушениями эмоциональной сферы. Диапазон проявлений эмоциональных состояний у детей с атипичным развитием и нарушениями развития может быть ограниченным, вследствие заболевания, атипичным, редуцированным, инверсированным, не соответствовать возрасту. Для получения более точной информации об эмоциональном развитии ребенка необходимо использование комплексного стандартизированного подхода к анализу и диагностике нарушений эмоциональной сферы детей, адаптированного с учетом возраста ребенка, типа его нарушений развития и психоневрологического статуса.

**Цель исследования:** Оценка сформированности эмоциональной сферы детей с типичным и атипичным развитием посредством методики CEDM и выявление связи между физиологическими показателями детей и их способностью к отражению и распознаванию эмоциональных состояний.

**Материал и методы:** По методике CEDM протестировано 255 детей в возрасте 5-16 лет: 100 типично развивающихся (ТР) детей, 155 детей с атипичным развитием (АР) – расстройствами аутистического спектра (РАС,  $n = 68$ ), синдромом Дауна (СД,  $n = 34$ ) и интеллектуальными нарушениями (ИН,  $n = 53$ ). Выбор детей с соответствующими диагнозами обусловлен нарушением речевого развития и эмоциональной сферы. Критериями включения в исследование детей явились: Подписанные родителями детей Информированное Согласие на участие в исследовании; Отсутствие серьезных нарушений зрения и слуха (для ТР детей). Для детей с РАС, ИН, СД: Подтвержденный диагноз; Уровень речевого развития предполагает возможность использования слов и простых фраз; Для детей с РАС - баллы по шкале CARS – 30-43 балла, легкая и умеренная степень тяжести расстройств.

Методика CEDM включает два блока - информацию о развитии ребенка (по опросникам, заполняемым родителями); тестовые задания на отражение эмоциональных (ОЭ) состояний в голосе и речи и на восприятие (распознавание, ВЭ) эмоциональных состояний других людей. Тестовые задания содержат методы интервью, психологические тесты, игровые задания. Использовали балльные оценки за выполнение каждого задания по шкале Лайкерта (1 = нет, 2 = незначительно, 3 = средне, 4 = хорошо), баллы за выполнение заданий по ОЭ и ВЭ суммировали. Тестовые задания составлены с учетом вовлеченности в формирование эмоций разных уровней организации нервной системы (вегетативного, лимбического, кортикального), возраста детей, психоневрологического статуса. Такой подход уменьшает фактор субъективности и предоставляет полноценную информацию, используемую для оценки способности детей к отражению эмоционального состояния в характеристиках голоса, речи, мимике и поведении, и возможности распознавания эмоциональных состояний других людей через голос, мимику и телодвижения. Тестовые задания и игровые методики позволяют получить речевой материал ребенка в эмоциональных состояниях и при выполнении разных заданий, оценить способности ребенка вступать в социальные взаимодействия. Проводили оценку физиологических показателей ребенка - определяли пороги слуха (методом тональной аудиометрии), фонематический слух, ведущее полушарие по речи и слуху (дихотический тест), перед тестированием, в середине и в конце фиксировали частоту сердечных сокращений ребенка для оценки степени активации вегетативной нервной системы. Поведение ребенка и его мимическую экспрессию при выполнении тестовых заданий записывали на видеокамеру SONY HDR-CX560, запись речи проводили на магнитофон «Marantz PMD660» с выносным микрофоном «SENNHEIZER e835S»

**Результаты:** Получены балльные оценки для детей всех групп за выполнение заданий по ОЭ и ВЭ. Выявлена связь между ранним развитием ребенка, эмоциональной сферой ребенка по оценке родителей (опросники), текущим психоневрологическим статусом, физиологическими показателями и баллами за задания ОЭ и ВЭ. Выявлены различия между ТР детьми и детьми с СД, ИН и РАС по выполнению тестовых заданий по отражению и восприятию эмоций. Для детей с РАС установлена связь между выраженностью аутистических расстройств и способностью ребенка к распознаванию эмоций и оценкой родителями эмоционального развития детей. Дети с высокими баллами CARS (шкала, отражающая степень выраженности аутистических расстройств) хуже выполняли задания ОЭ и ВЭ, их эмоциональные появления соответствовали младшему возрасту. Показано, что дети с РАС, ИН, СД, лучше справляющиеся с тестовыми заданиями, способны пройти тест

на определение ведущего полушария по слуху и речи. Дети с СД выполняли тестовые задания ОЭ и ВЭ лучше, чем дети с РАС, но хуже, чем дети с ИН.

Аудио записи и тексты речи детей, видеозаписи мимической экспрессии, полученные при тестировании детей, проанализированы с использованием методов искусственного интеллекта. По речи детей нейтральное состояние классифицировано автоматически лучше, чем другие состояния. Для детей с РАС состояние радости и печали автоматически не классифицировалось, для детей с ИН - состояние гнева, для детей с СД - состояние печали. По текстам детской речи лучше классифицированы состояния гнева и радости, при лучшей классификации радости для детей с СД, гнева - для детей с ИН; хуже - состояние печали (особенно для детей с СД) и нейтральное состояние.

**Выводы (Заключение):** Использование стандартизированного подхода для выявления нарушений эмоциональной сферы детей, основанного на объективных качественных и количественных данных, может быть применено в клинической практике. Балльные оценки, полученные детьми за выполнение заданий по восприятию эмоций и отражению эмоций в мимике, голосе и речи, могут служить дополнительным показателем при диагностике и быть использованы в помощь врачу в автоматических системах для экспресс-диагностики нарушения эмоциональной сферы ребенка.

## СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Малюкова А. В., Иноземцева Д. А.*

Кубанский государственный медицинский университет МЗ РФ, Краснодар, Россия

*Golubenko.1995@mail.ru*

**Введение:** Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз -ТЭН) - острое, тяжёлое, угрожающее жизни заболевание, характеризующееся распространенным буллёзным поражением кожи и слизистых оболочек, его характерной чертой является появление эпидермального некролиза (симптом Никольского положительный) более 30% поверхности и эксфолиацией кожи в сочетании с тяжёлой интоксикацией и нарушениями функций всех органов. Временной интервал развития ТЭН может быть от нескольких часов до нескольких дней. Причинно-значимыми лекарственными средствами являются: сульфаниламиды, пенициллины и другие антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства, противосудорожные препараты.

**Цель и задачи исследования:** Проанализировать клинический случай синдрома Лайелла у мальчика 13 лет.

**Материалы и методы:** Проведён ретроспективный анализ течения заболевания и лечения синдрома у пациента с этим заболеванием. Материалом послужила история болезни пациента.

**Результаты и обсуждения:** Пациент 13 лет поступил в реанимационное отделение Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Детской краевой клинической больницы Министерства здравоохранения Краснодарского края с жалобами на повышение температуры тела до 39,5 °С, буллезные высыпания по всей поверхности тела, эрозии в местах вскрытия пузырей.

Из анамнеза заболевания известно, что ребенок заболел остро 30.08.21 г., вечером повысилась температура тела до 39,5 °С. Мать вызвала бригаду СМП, пациенту была сделана литическая смесь. 31.08.21 г. наблюдалось повышение температуры тела до 39,5 °С, родители мальчика обратились в детскую поликлинику по месту жительства, где был выставлен диагноз - ОРИ, назначен арбидол, римантадин, жаропонижающие препараты. Днем у ребенка вновь отмечался подъем температуры до 39,5 °С, мать дала мальчику парацетамол 500 мг, ибупрофен 200 мг, зодак. Во вторую половину дня у пациента появились жалобы на болезненные мочеиспускания, сыпь в виде мелких пузырей. Вечером обратились в ЦРБ, выставлен диагноз - ветряная оспа, дополнительно назначен местно мирамистин, флемоксин солютаб. 01.09.21 г. температура в течение дня повышалась до 38,0 °С, пузыри увеличились в диаметре, позже начали сливаться, ребенок стал вялым, сонливым, на языке появился белый налет. Мать повторно вызвала бригаду СМП, ребенок доставлен в ЦРБ г. Тимашевск, госпитализирован в инфекционное отделение с диагнозом - стрептодермия. 02.09.21 г. состояние без улучшения. Ребенок консультирован по линии санавиации дерматологом, выставлен диагноз - синдром Лайелла, назначены глюкокортикостероиды системно, дезинтоксикационная и антибактериальная терапия. 03.09.21 г. перевод в реанимационное отделение Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированная клиническая детская инфекционная больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края с диагнозом: Синдром Лайелла, острая форма, тяжелое течение (поражение 90% кожных покровов). 04.09.21г. повторно консультирован дерматовенерологом. Проведено лечение: антибактериальная терапия (в/в цефтазидим, линезолид), гормональная терапия (в/в солу-медрол 1000 мг) 03.09.21.- 04.09.21 гг., антикоагулянты (гепарин), анальгетики, инфузионная терапия, трансфузия СЗП 600 мл 03.09.21 г., плазмаферез №1 03.09.21 г. 04.09.21 г. ребенок переведен в реанимационное отделение ГБУЗ «ДККБ» МЗ КК для дальнейшего лечения.

Состояние ребенка при поступлении расценивается как очень тяжелое за счет выраженного интоксикационного, болевого синдромов, характера и распространенности кожного патологического процесса. Кожные покровы практически 90% охвачены патологическим процессом - пузыри, эрозии, корки. Вокруг носовых ходов корки. Глаза сомкнуты. Слизистая красной каймы губ слущена, под корками, кровоточит. Дыхание спонтанное, ритмичное, ЧДД - 21-23 в минуту, SaO<sub>2</sub> 99-100 %. Аускультативно в легких дыхание проводится по всем полям, умеренно ослаблено в задненижних отделах, хрипы не выслушиваются. ЧСС 62-75 в минуту. Пульс на периферических сосудах удовлетворительных качеств. Живот поддут, пальпаторно мягкий. Стула не было. По мочевому катетеру светлая моча, диурез сохранен.

Проведены параклинические исследования. В общем анализе крови лейкоциты 4,6x10<sup>9</sup>/л (норма 6-10x10<sup>9</sup>/л), гематокрит 32,6% (норма 33-49%), средний объем эритроцита 79,7 фл (норма 81-92 фл), средний объем тромбоцита 12 фл (норма 4-10 фл), лимфоциты 15,7% (норма 22-50%), моноциты 8,9% (норма 1-8%), эозинофилы 0% (норма 0,5-6%), нейтрофилы 75,2 % (норма 35-65%).

В биохимическом анализе крови глюкоза сыв. 9,22 ммоль/л (норма 3,3-5,6 ммоль/л), общий белок 52,2 г/л (норма 59-80 г/л), амилаза 117,9 Ед/л (норма 0-100 Ед/л).

Гемостаз протромбиновое время 15,1 сек (норм 9,4-12,5 сек).

Бактериологическое исследование отделяемого раны на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы: чувствительность лишь к полимиксину В и к тайгециклину.

Бактериологическое исследование отделяемого из зева на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы: посев роста микроорганизмов не дал.

По данным жалоб, анамнеза, объективного осмотра, параклинических исследований пациенту выставлен клинический диагноз: «Токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла)»

Назначено лечение: режим - постельный. Парентеральное питание: кабивен - 1000,0 мл в сутки, клинурен по 100-200,0 мл x 6 раз, затем 1 хирургический стол. Плазмаферез №2 с заменой 1680 мл одноклассовой плазмы. Антибактериальная терапия: бродсеф, тиенам, линезолид, тигацил, ванкобакт; противогрибковые препараты: флуконазол; обезболивающая терапия: морфин 1%, затем трамадол. Альбумин 20% Гормонотерапия: ивепред; местная терапия: водные растворы метиленовой сини и хлоргексидина

на патологический процесс; антигистаминные препараты: цетрин; симптоматическая терапия.

На фоне проводимой терапии состояние ребенка среднетяжелое, с выраженной положительной динамикой. Патологический процесс на кожных покровах средней степени тяжести: все большие пузыри уменьшились, новых пузырей нет, на их месте эрозии эпителизируются, корочки отпадают, новых высыпаний нет.

**Выводы:** синдром Лайелла является тяжелым, жизнеугрожающим осложнением лекарственной терапии. Сложность ведения таких пациентов обусловлена необходимостью создания специальных условий ухода, назначения своевременной и квалифицированной терапии. Представленный клинический случай позволяет поделиться опытом диагностики и лечения такого заболевания, предотвращая развитие угрожающих жизни осложнений.

#### Список литературы:

1. Харченко Г.А., Кимирилова О.Г. Синдром Лайелла у детей – клинические проявления, лечение // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2019. Т. 64, № 1. С. 99–102.
2. Ильина Н.И., Латышева Т.В., Мясникова Т.Н., Лусс Л.В., Курбачева О.М., Ерохина С.М. Лекарственная аллергия. Методические рекомендации для врачей (Часть 1) // Российский аллергологический журнал. 2013. № 5. С. 27–40
3. Григорьев Д.В. Многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса–Джонсона и синдром Лайелла – современная трактовка проблемы // Русский медицинский журнал. 2013. № 22. С. 1073–1083.
4. Lipová B., Holoubek J., Hanslianová M. et al. Toxic epidermal necrolysis data from the CELESTE multinational registry. Part I. Epidemiology and general microbiological characteristics, 2018, vol. 44, no 6, pp. 1551–1560.
5. Lerch M., Mainetti C., Terziroli Beretta-Piccoli B., Harr T. Current Perspectives on Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis. Clin. Rev. Allergy Immunol., 2018, vol. 54, no 1, pp. 147–176.

## ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ ПСИХОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНА В КОНЬКОБЕЖНОМ СПОРТЕ

*Маринич В. В., Маринич Т. В., Шепелевич Н. В.*  
Полесский государственный университет, Пинск, Беларусь  
vital4714@yandex.ru

Введение. В работе рассмотрены результаты комплексного обследования, включающего молекулярно-генетическую диагностику и мониторинг функционального состояния ЦНС спортсменов-конькобежцев в предсоревновательный период подготовки.

Для того чтобы определить информативность генетических маркеров TFAM Ser12Thr, 5HTT L/S, ACE Alu I/D, DAT1 G2319A, COMT G472A, ACTN3 R577X, HIF1A C1744T, EPAS1 A9262G, MCT A1470T, KDR Gln472His, нами сопоставлены параметры ПЗМР и СЗМР («Помехоустойчивость», «Реакция различения»), у спортсменов, носителей различных генотипов. Показатели скорости простых и сложных зрительно-моторных реакций являются чрезвычайно информативными при оценке, как текущего функционального состояния, так и особенностей функционирования нервной системы человека.

**Цель исследования** – на основании оценки взаимосвязи некоторых полиморфизмов генов нейромедиаторных систем головного мозга и ответственных за устойчивость к гипоксии (TFAM Ser12Thr, 5HTT L/S, ACE Alu I/D, DAT1 G2319A, COMT G472A, ACTN3 R577X, HIF1A C1744T, EPAS1 A9262G, MCT A1470T, KDR Gln472His) с особенностями психофизиологического состояния спортсмена в период стрессовой физической и психической нагрузки (скорость зрительно-моторной реакции, уровень функциональных возможностей) оценить адаптационные возможности при подготовке к соревновательной деятельности.

**Материалы и методы исследования:** В исследовании принимали участие спортсмены-конькобежцы в возрасте 13-18 лет, различной квалификации (МС, КМС, I, II взрослые разряды), специализирующие в основном на коротких дистанциях. С целью выявления ассоциаций между генотипом и особенностями сенсомоторного реагирования был проведен однофакторный дисперсный анализ. Проанализированные нами показатели ПЗМР и СЗМР у спортсменов в зависимости от их генотипов не имели статистически значимых отличий. Тем не менее, у носителей генотипов генов TFAM CC, 5HTT LS, ACE DD, DAT1 GG, COMT GG, ACTN3 CC, HIF1A CC, EPAS1 AG, KDR AT



установлена высокая скорость реагирования на зрительный раздражитель по сравнению с носителями других генотипов (ПЗМР).

**Результаты:** Статистически значимые различия были получены по данным методики «Помехоустойчивость» при анализе гена 5НТТ. У носителей гетерозиготного генотипа LS отмечена высокая скорость реагирования и УФВ был выше по сравнению с другими генотипами этого гена.

Серотониновый транспортер (5НТТ) осуществляет регуляцию силы и продолжительности действия серотонина на специфические рецепторы посредством обратного захвата нейротрансмиттера из синаптической щели.

Методика «Помехоустойчивость» заключается в как можно быстром реагировании в виде нажатия кнопки на предъявляемый на экране световой сигнал определенного (чаще красного) цвета при наличии зрительных помех на экране. Наличие помех при восприятии объекта снижает степень чувствительности к основному сигналу, концентрацию внимания и общую работоспособность человека. Однако в зависимости от индивидуальных свойств нервной системы воздействие одних и тех же помех на различных людей неодинаково, а в зависимости от текущего функционального состояния один и тот же человек в различное время по-разному подвержен воздействию помех. При наличии высокой помехоустойчивости человек способен в течение длительного времени концентрировать внимание на необходимом объекте и выполнять заданную деятельность независимо от окружающих условий.

Нужно отметить, что носители L аллеля гена 5НТТ проявляют себя более стабильными и устойчивыми к развитию центрального утомления в условиях интенсивных физических и психических нагрузок, что проявляется в малом изменении скорости и уровне функциональных возможностей под влиянием психических и физических нагрузок. Носители S аллеля в тех же условиях характеризуются более высокими скоростями простой и сложной реакции, но меньшей устойчивостью. Это подтверждает наши опасения относительно носителей данного генотипа, что является несомненным сигналом для принятия определенных решений по профилактике центрального утомления.

**Заключение:** Таким образом, представлен наиболее оптимальный вариант элемента модели при прогнозе адаптационных возможностей и резерва центральной регуляции психофизиологических функций у спортсменов при оценке предсоревновательной готовности. Показаны отличия в структуре и характере взаимосвязей между полиморфными локусами, детерминирующими определенный метаболизм нейротрансмиттеров. Полученные

результаты подтверждают целесообразность учета комбинаций генотипов в отношении полиморфизмов G2319A DAT1 и G472A COMT.

## СТРУКТУРА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, РОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН ПОЗДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Морозова А. А., Шестакова В. Н., Глущенко В. А., Сосин Д. В., Удовенко А. А., Антипова Е. Д.  
ФГБОУ ВО «Смоленский медицинский университет» Минздрава РФ, Смоленск  
vebogormistrova@gmail.com*

Актуальность. Состояние здоровья ребенка во многом определяется состоянием здоровья матери, ее возрастом и социально-психологическим статусом. По мнению многих авторов, наиболее благоприятный для зачатия и рождения детей является возраст от 19 до 29 лет. Как юный, так и поздний возраст женщины привносят ряд дополнительных причин для возникновения различной репродуктивной патологии и рождения нездорового потомства. Женщины старшего возраста имеют более высокий риск рождения детей с хромосомными и врожденными аномалиями. На другом конце спектра материнского возраста находятся матери-подростки, которые имеют низкий риск рождения детей с хромосомными нарушениями, но более высокий риск возникновения некоторых аномалий нехромосомной этиологии, в частности дефектов брюшной стенки, врожденных пороков сердца у детей. Но в доступной литературе не представлена сравнительная характеристика соматической патологии у детей, рожденных от первой беременности от женщин позднего репродуктивного возраста и детей, рожденных от женщин 20-25 летнего возраста.

**Поэтому цель исследования** - анализ структуры соматических заболеваний у детей раннего возраста, рожденных женщинами 35-45 лет и 20-25 лет от первой беременности для тактического подхода по оказанию помощи.

**Материалы и методы исследования:** Объектом исследования являлись дети, рожденные от женщин 35-45 лет (n=35 лет, основная группа наблюдения) и 20-25 лет (n=35, группа сравнения). Вся работа строилась согласно действующим приказам и методическим рекомендациям Министерства здравоохранения РФ. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета статистических программ Microsoft Office



Excel, Word 2016. Различия в качественных показателях при независимых группах оценивали, используя непараметрический критерий согласия Пирсона  $\chi^2$  – квадрат (Chi-square) с поправкой Йетса (Yates corrected Chi-square) и двустороннего критерия Фишера (Fisher exact p two-tailed). Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования:** Анализ результатов показал, что во время беременности частота осложнений особенно возрастала у тех женщин, которые страдали хроническими заболеваниями и возраст которых превышал 35 лет, характеризуясь ранним и поздним токсикозом (60,0% у женщин основной группы и 16,4% у женщин группы сравнения,  $p = 0,001$ ), также угрозой прерывания (62,8%, 14,3%,  $p = 0,001$ ), фетоплацентарной недостаточностью (56,1%, 17,1%,  $p = 0,03$ ), задержкой внутриутробного развития (54,6%, 11,4%,  $p = 0,04$ ), гестационной анемией (47,8%, 8,6%,  $p = 0,01$ ). Для них характерно более частое формирование хронической гипоксии плода (65,7%), особенно у женщин с фетоплацентарной недостаточностью (88,6%). Отмечено, что хроническая гипоксия плода реже возникала у женщин 20-25 лет (37,1%,  $p = 0,001$ ). В структуре соматической патологии у всех детей основной группы наблюдения преобладали поражения центральной нервной системы, среди которых чаще диагностировали гипертензионно-гидроцефальный синдром (54,3%), нейрорефлекторной возбудимости (34,3%), вегето-висцеральной дисфункции (17,1%), что на 40,0%, 22,8%, 25,8% чаще, чем в группе сравнения ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,27$ ,  $p < 0,24$ ). На втором месте располагалась патология органов кровообращения (85,7%), проявляясь малыми аномалиями развития (74,3%), костно-мышечной системы (65,7%), на третьем месте располагал трофо-эндокринные расстройства (42,9%), что чаще, чем у детей, рожденных женщинами 20-25 летнего возраста (57,1%,  $p < 0,001$ ; 45,7%  $p < 0,05$ ; 31,4%,  $p < 0,01$ ; 25,7%,  $p < 0,68$ ).

**Выводы:** Следовательно, структура соматической патологии зависит от возраста будущей матери. Дети, рожденные от женщин позднего репродуктивного возраста, чаще переносят хроническую гипоксию плода, проявляясь поражениями центральной нервной системы в виде гипертензионно-гидроцефального синдрома, нейрорефлекторной возбудимости, вегето-висцеральной дисфункции. Им свойственно поражения органов кровообращения, костно-мышечной системы, что важно учитывать при проведении профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий, начиная с антенатального периода.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ КАТАМНЕЗА

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.*

ФГБОУ ВО „Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет“ МЗ РФ, Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург  
*nisheva@rambler.ru*

Многообразие клинических проявлений новой коронавирусной инфекции (COVID-19) усложняет диагностику и терапию заболевания на ранних этапах болезни, когда терапевтические вмешательства наиболее эффективны, что подчеркивает актуальность исследований в этой области. Ретроспективный анализ позволяет оценить не только многообразие и тяжесть клинических проявлений новой коронавирусной инфекции, но также определить процент детей, нуждавшихся в госпитализации и оказании реанимационной помощи.

**Целью** нашей работы было ретроспективное исследование клинических проявлений COVID-19 у детей, обратившихся за поликлинической или стационарной помощью в многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий в 2023-2024 гг. по различным причинам и перенесшие COVID-19-инфекцию в 2020-2022 гг. Проанализировано катамнез 8443 детей и отобрано 96 детей, перенесших COVID-19-инфекцию, подтвержденную вирусологическими тестами. Средний возраст детей составлял 5 лет 3 месяца и колебался от 2 месяцев до 14 лет. Соотношение полов было приблизительно равным, мальчики составляли 56%, девочки 44%. Источник инфекции удалось выявить у 26% детей, это были ближайшие родственники пациентов или контакты с заболевшими сверстниками в детских дошкольных и школьных учреждениях. Повышение температуры было зарегистрировано у 63% пациентов, у большинства до субфебрильных цифр. У трети пациентов отмечалось значимое снижение аппетита или отказ от еды. Жалобы на кашель предъявляли 21% детей. Желудочно-кишечные симптомы (боли в животе, рвота, диарея) отмечены у 17% пациентов. Неврологические проявления регистрировались у 10% детей, у большинства из них выраженная головная боль (7%), реже судороги (3%). Госпитализация потребовалась у 22% пациентов, из них трое детей по тяжести состояния были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии (двое детей с проявлениями дыхательной недостаточности, один ребенок

из-за проявлений со стороны желудочно-кишечного тракта). У 2 из 3 детей, госпитализированных в отделение реанимации, были сопутствующие заболевания - у 1 ребенка детский церебральный паралич, у 1 ребенка синдром Дауна. Половина госпитализированных детей были дети в возрасте до года.

Таким образом, проведенные ретроспективные исследования показали значительную вариабельность клинических проявлений новой коронавирусной инфекции у детей. Госпитализация потребовалась у 22 % заболевших, половина из них были дети до года. Реанимационной помощи потребовали 3% детей, у большинства из них была сопутствующая неврологическая патология.

## **РАЗЛИЧИЯ В СПОСОБНОСТИ НАТИВНЫХ И РЕКОМБИНАНТНЫХ АЛЛЕРГЕНОВ ПЫЛЬЦЫ БЕРЕЗЫ ИНДУЦИРОВАТЬ ТОЛЕРАНТНОСТЬ К АЛЛЕРГЕНУ**

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.*

ФГБОУ ВО „Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет“ МЗ РФ, Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург  
*nisheva@rambler.ru*

Единственным методом успешной терапии аллергических заболеваний, оказывающим долговременный болезнь-модифицирующий эффект является аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ). Проводятся многочисленные исследования по повышению эффективности этого метода терапии. В части исследований предлагается использование для АСИТ рекомбинантных аллергенов как наиболее специфичных и чистых препаратов, лишенных балластных веществ и обладающих наибольшим профилем безопасности. В то же время имеются работы, указывающие на то, что рекомбинантные аллергены неспособны вызывать иммунный ответ, чем и обусловлена неэффективность многочисленных попыток проводить АСИТ рекомбинантными аллергенами или их гораздо меньшая эффективность по сравнению с экстрактами нативных аллергенов. В последние годы появляются свидетельства того, что наиболее иммуногенными являются не первичные, вторичные или третичные структуры аллергенов, а их нативные- четвертичные формы – соединение аллергенной молекулы с другой молекулой, изменяющей

пространственную структуру аллергена, ухудшающую ее перевариваемость макрофагами и повышающую ее аллергенность и иммуногенность.

**Цель исследования** состояла в изучении спектра цитокинов, продуцируемых макрофагами периферической крови при инкубации их с водно-солевым экстрактом пыльцы березы и рекомбинантным аллергеном пыльцы березы Bet v1. В исследование включено 15 детей в возрасте от 11 до 16 лет с поллинозом (11 детей с риноконъюнктивальным синдромом 4 ребенка с риноконъюнктивальным синдромом и бронхиальной астмой) sensibilizированных к пыльце деревьев, в том числе и к пыльце березы, доказанной положительными скарификационными тестами с пыльцой березы. Контрольную группу составили 12 детей аналогичного возраста без аллергических заболеваний. У пациентов с поллинозами исследование проводили до и через 1 год после начала АСИТ подкожными инъекциями аллергена деревьев (Фосталь). Макрофаги периферической крови инкубировали либо в присутствии водно-солевого экстракта нативной пыльцы березы, либо в присутствии рекомбинантного аллергена пыльцы березы Bet v1 (фирма-производитель Assay Genie), стимулировали липополисахаридом и определяли синтез интерлейкина-10 (ИЛ-10), главного цитокина, обеспечивающего толерантность к аллергенам. Средний уровень ИЛ-10 был почти в 3 выше у детей контрольной группы по сравнению с детьми с поллинозом (10,8 против 3, 8 пг/мл).

Инкубация с рекомбинантным аллергеном Bet v1 у детей контрольной группы не приводила к значимому изменению продукции ИЛ-10, в отличие от экстракта нативного аллергена березы, который повышал исходный уровень ИЛ-10 в 2 и более раза. У детей с поллинозами как до начала АСИТ, так и через 1 год после начала АСИТ инкубация с рекомбинантным аллергеном Bet v1 не приводила к существенным изменениям синтеза ИЛ-10, тогда как инкубация с экстрактом нативной пыльцы березы через 1 год после начала АСИТ достоверно повышала синтез ИЛ-10, уровень которого приближался к значениям контрольной группы. Таким образом, у детей с поллинозами синтез ИЛ-10 существенно ниже, чем у здоровых детей. Нами выявлены значительные различия в способности экстракта нативной пыльцы и рекомбинантного аллергена березы индуцировать синтез толерогенного цитокина - ИЛ-10, а именно нативный экстракт, но не рекомбинантный аллерген, повышал синтез ИЛ-10 при проведении специфической иммунотерапии.

## СИНДРОМ АНАФИЛАКСИИ НА ПИЩЕВЫЕ АЛЛЕРГЕНЫ У ДЕТЕЙ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.*

ФГБОУ ВО „Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет“ МЗ РФ, Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург  
*nisheva@rambler.ru*

Одним из наиболее тяжелых проявлений аллергических заболеваний является синдром анафилаксии. Своевременная диагностика и терапия спасают не только здоровья, но и жизнь пациента. Выявление признаков, позволяющих предсказать тяжелое течение реакций на пищевые аллергены, будет способствовать адекватной терапии, более пристальному наблюдению за пациентом, улучшит прогноз заболевания. Пищевые аллергены являются одной из наиболее частых причин синдрома анафилаксии как у взрослых, так и у детей.

**Целью** нашей работы было изучение этиологии, тяжести и коморбидности при синдроме анафилаксии у детей, госпитализированных на аллергологическое отделение или в отделение реанимации и интенсивной терапии по поводу тяжелых реакций на пищевые аллергены с 2013 по 2023 год. При обследовании детей использовались общепринятые клинические и аллергологические методы обследования, включая кожные и лабораторные пробы с аллергенами. Для диагностики синдрома анафилаксии использовались критерии Европейской Академии Аллергологии и Клинической Иммунологии, а также отечественные клинические рекомендации.

Отобрано 178 пациентов, поступивших в стационар, с реакциями на пищевые аллергены, которые соответствовали синдрому анафилаксии. Средний возраст пациентов составлял 5,4 года (от 6 месяцев до 16 лет). Наиболее частыми пищевыми аллергенами, вызывавшими синдром анафилаксии у обследованных детей, были орехи (32,5%), коровье молоко и смеси, использовавшиеся для вскармливания грудных детей (29,2%), куриные яйца (15,2%) и рыба (9%). У 16% пациентов состояние при поступлении оценивалось как удовлетворительное, у 56% как среднетяжелое, у 28% как тяжелое. Половина детей в тяжелом состоянии и одна десятая детей в среднетяжелом состоянии были госпитализированы на отделение реанимации и интенсивной терапии. У детей с тяжелым течением синдрома анафилаксии чаще отмечалось сочетанное поражение кожи, дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, центральной нервной системы и сердечно-сосудистой

системы, тогда как при более легком течении отмечались различные сочетания поражений кожи, органов дыхания и желудочно-кишечного тракта. У детей с тяжелым течением шока чаще были диагностированы сопутствующие atopические заболевания, а также чаще выявлялась сенсibilизация к различным орехам. Следует отметить, что на догоспитальном этапе адреналин использовался всего у 5% пациентов, а при поступлении в стационар только у 25% пациентов.

Таким образом, наиболее частыми пищевыми продуктами, вызывавшими синдром анафилаксии у обследованных нами детей, были орехи, коровье молоко и детские смеси, куриное яйцо и рыба. Наиболее тяжелое течение синдрома анафилаксии наблюдалось у детей с сопутствующими аллергическими заболеваниями и с сенсibilизацией к орехам. Наблюдения и лечения на отделении реанимации и интенсивной терапии потребовали около 20% детей. Следует также отметить недостаточное использование адреналина для купирования симптомов анафилаксии как на догоспитальном, так и на госпитальном этапе, что требует проведения учебно-образовательных мероприятий для повышения квалификации врачей по оказанию неотложной помощи при синдроме анафилаксии.

## СПЕЦИФИЧНОСТЬ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ IGE И IGG4 К РАЗЛИЧНЫМ АЛЛЕРГЕНАМ КЛЕЩЕЙ ДОМАШНЕЙ ПЫЛИ ДО И ПОСЛЕ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.*

ФГБОУ ВО „Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет“ МЗ РФ, Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург  
*nisheva@rambler.ru*

Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) является наиболее эффективным методом лечения аллергических заболеваний. Механизм лечебного эффекта АСИТ интенсивно исследуется, выявлены изменения в количестве Т-регуляторных клеток, противовоспалительных цитокинов интерлейкина 4 и трансформирующего фактора роста, уровня так называемых блокирующих антител - IgG4. Следует подчеркнуть, что термин

«блокирующие антитела» - это атрибутированное человеком название иммуноглобулинов класса G4, способных подавлять реакции, обусловленные иммуноглобулином E. Предполагается, что IgG4 связывается с аллергенами и предотвращает его связывание с IgE, хотя ни в одной экспериментальной работе не доказано полное связывание аллергена иммуноглобулинами IgG4, в лучшем случае в лабораторных условиях они предотвращают связывание IgE с аллергеном на 30-60%, чего, безусловно, недостаточно, чтобы обеспечить протективный клинический эффект. Мы считаем, что защитный эффект IgG4, как и других иммуноглобулинов класса IgG, обусловлен его способностью увеличивать фагоцитоз аллергенов. Иммуноглобулины IgG4 способны соединяться с аллергеном, образовывать иммунный комплекс, который связывается с рецептором FcγRIIb и фагоцитируется, вследствие чего макрофаги высвобождают толерогенные цитокины и подавляют аллергические реакции. Большинство нативных аллергенов поступают в организм в виде сложных многоклеточных образований (пыльца, клещи домашней пыли, эпидермис и пр.). При нарушении нормальных механизмов фагоцитоза и элиминации с его помощью аллергенов, развивается аллергическая реакция – IgE-обусловленная эозинофильная цитотоксичность, чтобы с помощью мощных эозинофильных ферментов разрушить многоклеточный крупный аллерген на более мелкие фрагменты и обеспечить его фагоцитоз. Иммуноглобулины IgG4 являются частью системы элиминации фрагментов аллергенов и усиления фагоцитоза. В большинстве исследовательских работ исследуются IgG4 той же специфичности, что и IgE. Однако если принять нашу гипотезу о главной роли IgG4 в связывании и элиминации фрагментов нативного аллергена, разрушенного с помощью IgE и эозинофилов, IgG4 должны обладать широкой специфичностью, возможно, вообще не совпадающей со специфичностью IgE. Для проверки этой гипотезы нами исследована специфичность IgE и IgG4 к разным аллергенам клещей домашней пыли до и после первого курса АСИТ. В исследование включено 19 детей с atopической бронхиальной астмой и доказанной с помощью кожных проб сенсibilизацией к клещам домашней пыли, которым проводилась АСИТ путем подкожных инъекций препарата «Алюсталь аллергены клещей» у 13 из которых отмечен хороший эффект АСИТ, а у 6 незначительный эффект АСИТ по истечении первого года от начала терапии. Контрольную группу составили 12 детей аналогичного возраста, пола и тяжести бронхиальной астмы с сенсibilизацией к клещам домашней пыли, которым АСИТ не проводилась. В начале исследования и через один год в обеих группах пациентов (получавших и не получавших АСИТ) исследован уровень специфических IgE и IgG4 к аллергенам клещей домашней пыли Derp 1, Derf 1, Derp 2, Derf 2, Derp 7, Derp 10, Derp 21 and Derp 23 с помощью наборов Hangzhou ZhedaDixun Biological Gene Engineering Co, LTD, Hangzhou, Китай. В контрольной группе,

не получавшей АСИТ, существенных изменений в уровне и специфичности IgE и IgG4 не отмечено, тогда как в опытной группе, получавшей АСИТ регистрировалось умеренное повышение уровней специфических IgE и достоверное многократное значительное нарастание уровней и расширение спектра специфичности специфических IgG4 у тех 13 детей, у которых отмечен хороший эффект АСИТ и значительно менее выраженная динамика специфических IgG4 у детей со слабым эффектом АСИТ. Примечательным было то, что и в опытной и в контрольной группе отмечено отсутствие корреляции или слабая корреляция спектров и уровней специфических IgE и IgG4 как в начале, так и в конце исследования. У детей с хорошим эффектом АСИТ спектр специфичности и уровень IgG4 были выше, чем у детей со слабым эффектом АСИТ. Наше исследование показало отсутствие корреляции между уровнем и спектром специфичности IgE и IgG4 у детей с сенсibilизацией к клещам домашней пыли, а также лучший эффект АСИТ у тех детей, у которых после АСИТ был более широкий спектр специфичности IgG4. Полученные данные на наш взгляд свидетельствуют против роли IgG4 как блокирующих антител и подтверждают их роль в эффективной элиминации аллергенов с помощью фагоцитоза.

## **СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ И АЛЛЕРГЕНОВ ДЛЯ АЛЛЕРГЕН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.*

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург  
*nisheva@rambler.ru*

Самым эффективным методом лечения аллергических заболеваний является аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ). Разные страны предлагают свои аллергены для аллергодиагностики и терапии, разрабатываются различные схемы и пути введения аллергенов. Вследствие объективных трудностей при производстве и стандартизации отечественных аллергенов, в ряде стран приходится вынужденно использовать импортные аллергены для диагностики и лечения аллергических заболеваний. В то же время, накоплены многочисленные доказательства географического



полиморфизма различных аллергенов, существенных различиях в антигенном составе одних и тех же аллергенов в разных странах и регионах, отличии множества изоформ и различий состава смесей изоформ различных аллергенов в разных географических областях. Во многих странах диагностика аллергии и АСИТ проводятся разными препаратами аллергенов, различающимися по составу, изоформам, аллергенности и иммуногенности, что, безусловно, может влиять на эффективность АСИТ. Цель нашей работы состояла в сравнении эффективности АСИТ отечественными и импортными препаратами бытовых аллергенов. Для этого проведен ретроспективный анализ 30-летнего опыта использования различных методов АСИТ бытовыми аллергенами (аллергенами домашней пыли или клещей домашней пыли) в аллергоцентре при Детском городском многопрофильном клиническом специализированном центре высоких медицинских технологий. В частности, оценивалась частота обострений бронхиальной астмы, потребовавших амбулаторной консультации и/или госпитализации в стационар у детей с бронхиальной астмой и подтвержденной положительными кожными пробами сенсibilизацией к аллергенам домашней пыли и/или клещей домашней пыли и прошедших не менее 3-годовалого лечения с помощью АСИТ. Частота обострений анализировалась в последующие 3 года после окончания АСИТ. За проанализированный период в поликлинику и/или стационар обратилось 19 147 пациентов с бронхиальной астмой по поводу обострения заболевания, у 8 569 пациентов выявлена сенсibilизация к домашней пыли и/или клещам домашней пыли, 3-годовалый курс АСИТ получили 652 пациента. В течение 3 лет после окончания 3-годовалого курса АСИТ с обострениями бронхиальной астмы в поликлинику или в стационар обратилось 38 из 516 пациентов (7,4%), которым АСИТ проводилась подкожно отечественными аллергенами домашней пыли или клещей домашней пыли. При использовании импортных аллергенов обострения отмечались достоверно чаще, так, в течение 3 лет после проведения АСИТ путем подкожных инъекций препаратом «Алюсталь аллергены клещей» обострения зарегистрированы у 43 из 98 пациентов (43,9%), а после проведения АСИТ пероральным препаратом «Сталораль аллергены клещей» у 29 из 38 пациентов (76,3%). Полученные результаты свидетельствуют, что максимальный терапевтический эффект достигался при подкожном введении отечественных аллергенов. Мы предполагаем, что это обусловлено тем, что кожные пробы и АСИТ проводились одними и теми же аллергенами, т.е. терапия проводилась теми аллергенами, к которым была выявлена максимальная сенсibilизация. При использовании импортных аллергенов кожные пробы проводились с отечественными аллергенами, а АСИТ с импортными, худший эффект которых, вероятно, обусловлен особенностями регионального географического полиморфизма и разным сочетанием изоформ бытовых аллергенов. Наши

результаты еще раз подчеркивают настоятельную необходимость производства отечественных аллергенов и дальнейших исследований особенностей состава и особенностей аллергенов в разных климатогеографических зонах, как в разных странах мира, так и в пределах нашей обширной страны.

## ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СОН

*Островский И. М.*  
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк  
*lmo54@mail.ru*

**Цель:** Анализ влияния образа жизни современной молодежи на сон.

**Материалы и методы:** Проведено анкетирование 705 молодых людей в возрасте от 14 до 25 лет, в том числе 182 подростков 14–17 лет. Проанализированы следующие позиции анкет: возраст, пол, длительность сна, количество просыпаний ночью, характер сновидений, легкость пробуждения, самочувствие после пробуждения, занятия перед сном, еда перед сном, еда ночью, время у компьютера, курение, жалобы в последнее время. Для качественных характеристик результатов исследования определяли показатель доли (M) и её стандартную ошибку (m). Достоверность разницы относительных величин рассчитывали с использованием парного сравнения доли с помощью t-критерия Стьюдента.

**Результаты и обсуждение:** Мужчин оказалось 180, женщин – 525. Ночью крепко спят (не просыпаясь) – 414 (58,9%), один раз просыпаются 197 (28%), два раза – 56 (8%), три и более – 36 (5,1%). Утром легко просыпаются 348 человек (49,2%), разбудить тяжело – 294 (42,2%), по-разному – 60 (8,6%). Вялость и/или раздражительность по утрам испытывают 537 респондентов (76,2%), бодрыми просыпаются лишь 140 (19,9%).

Показатель качества сна оценивали по самочувствию после подъема: вялые и/или раздражительные утром – I группа, бодрые – II группа.

Курящие, особенно курящие в комнате, чаще (но не достоверно) вялые и реже бодрые, чем некурящие. Также респонденты, склонные есть среди ночи чаще (но опять же не достоверно) вялые и реже – бодрые. Сам факт еды перед сном не оказал влияния на качество сна, при этом выявлена существенная зависимость с другими занятиями перед сном. Достоверно лучше утром чувствуют себя респонденты, которые перед сном читают или слушают музыку (29,8±4,99%) чем те, кто занимается учебой перед сном (13,2±2,48%,



$p < 0,001$ ), «сидит» в социальных сетях ( $17,8 \pm 2,81\%$ ,  $p < 0,005$ ) и вообще у любого экрана ( $19,4 \pm 2,15\%$ ,  $p < 0,005$ ).

Среди тех, кто проводит за компьютером менее 2-х часов в сутки, бодро себя чувствуют утром  $43,5 \pm 9,99\%$  – достоверно больше, чем среди тех, кто проводит 2–5 часов ( $25,5 \pm 3,15\%$ ,  $p < 0,05$ ), 5–10 часов ( $18,8 \pm 2,48\%$ ,  $p < 0,01$ ), более 10 часов  $11,8 \pm 3,11\%$ ,  $p < 0,001$ ).

Выявлено, что мужчины по утрам бодрее женщин ( $28,9 \pm 3,18\%$  против  $16,8 \pm 1,63\%$ ,  $p < 0,005$ ).

Спящие крепко ( $64,9 \pm 6,32\%$ ), по сравнению с группой «когда как», достоверно чаще утром вялые ( $79,0 \pm 2,39\%$ ,  $p < 0,05$ ).

Обнаружена взаимосвязь между самочувствием утром и характером сновидений – бодрее по утрам те, кто не видит сны или видит нейтральные ( $27,7 \pm 9,14\%$ ) и, наоборот, плохие, наполовину плохие и странные сны сопровождаются ухудшением утреннего самочувствия ( $18,6 \pm 5,07\%$ ,  $p < 0,05$ ).

Проверили влияние различных факторов на характер сновидений. В группу А отнесли тех, кто видит хорошие, нейтральные сны и их отсутствие, в группу Б – плохие, 50 на 50 (то есть 50% плохих) и странные. Люди из группы А реже просыпаются ночью ( $38,0 \pm 2,28\%$  и  $48,5 \pm 3,53\%$  соответственно,  $p < 0,02$ ).  $4,2 \pm 0,94\%$  респондентов из группы А проводят за компьютером менее 2 часов, а  $16,2 \pm 1,7\%$  – более 10 часов. По группы Б эти же показатели составляют  $1,5 \pm 0,86\%$  ( $p < 0,05$ ) и  $23,0 \pm 2,98\%$  ( $p < 0,05$ ) соответственно. Оказалось, что в группе А меньше курящих ( $15,2 \pm 1,18\%$ ), чем в группе Б ( $24,0 \pm 3,02\%$ ,  $p < 0,02$ ).

По результатам опроса оценивали не только влияние на сон, но и влияние сна на самочувствие, оценив жалобы опрошенных. Среди «вялых» респондентов достоверно чаще встречаются люди с жалобами ( $89,9 \pm 1,30\%$  против  $82,1 \pm 3,24\%$ ,  $p < 0,05$ ). В том числе достоверно чаще предъявляют жалобы на головную боль (I группа –  $38,4 \pm 2,10\%$ , II –  $22,9 \pm 3,55\%$ ,  $p < 0,001$ ), утомляемость (I –  $78,9 \pm 1,76\%$ , II –  $65,7 \pm 4,01\%$ ,  $p < 0,005$ ), плохой сон (I –  $21,4 \pm 1,77\%$ , II –  $9,3 \pm 2,45\%$ ,  $p < 0,001$ ), и плохое настроение (I –  $35,8 \pm 2,07\%$ , II –  $20,0 \pm 3,38\%$ ,  $p < 0,001$ ).

Оценили влияние времени у компьютера на длительность сна. Среди тех, кто спит менее 6 часов, достоверно больше сидящих за компьютером более 5 часов, чем среди спящих 7 и более часов ( $74,8 \pm 3,79\%$  против  $58,5 \pm 2,59\%$ ,  $p < 0,001$ ), и наоборот, среди спящих меньше 5 часов не засиживаются у компьютера только  $15,7 \pm 4,35\%$ , тогда как среди спящих более 7 часов таких  $35,8 \pm 2,52\%$ ,  $p < 0,01$ .

#### **Выводы:**

1. Большая часть молодых людей отмечает плохое качество сна.
2. Качество сна достоверно лучше у тех, кто перед сном читает или слушает музыку, чем у тех, кто проводит время у экрана.
3. Курение увеличивает частоту плохого утреннего самочувствия, ухудшает характер сновидений.
4. Увеличение времени у компьютера более 5 часов в день уменьшает длительность ночного сна и увеличивает частоту плохого самочувствия.
5. На качество сна, влияет количество просыпаний ночью.
6. Качество сна отражается на характере сновидений, в частности, плохие и странные сновидения характеризуют плохое качество сна.
7. Ухудшение качества сна приводит к достоверному увеличению жалоб, в частности, на головную боль, утомляемость, плохой сон и настроение.

## **НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНАМНЕЗ В ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ**

*Отто Н. Ю., Джумагазиев А. А., Безрукова Д. А., Сосиновская Е. В., Филипчук А. В.*  
ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Астрахань  
*natalia.otto@yandex.ru, anver\_d@mail.ru*

Актуальность. Изучение проблемы конституционально-экзогенного ожирения (КЭО) у детей с целью его первичной и вторичной профилактики является государственной и общенациональной задачей. Решение этой задачи с учетом роли наследственных факторов позволит разработать систему региональных профилактических мероприятий в группах риска.

**Цель исследования:** Изучить роль наследственного анамнеза как фактора риска формирования ожирения у детей.

**Материал и методы исследования:** Проведен осмотр 186 детей с КЭО и 186 детей группы контроля методом случайной выборки, находившихся на обследовании в Областной детской клинической больнице г. Астрахани в период с 1994 по настоящее время. Медиана возраста детей с КЭО соответствует 13 [min 3,9; max 17,0] лет, без ожирения - 14 [1,5; 17,0] лет. Медиана

SDS индекса массы тела (SDS ИМТ) всех детей с КЭО составила +2,6 [min +1,1; max +4,0] SDS, контроль - -0,5 [min -3,0; max +1,0]. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 10. Достоверными считали различия при  $p < 0.05$ .

**Результаты исследования:** Сравнительный анализ наследственного анамнеза детей из группы КЭО и группы контроля показал, что практически половина детей из первой группы (45,8%) имеет родственников с ожирением (в группе контроля - 9,5%). В группе КЭО ожирение у отцов составляет 17,9%, у матерей - 16,7% (в контрольной группе соответственно по 1,4%;  $2=21.78$ ,  $p=0.0000031$ ;  $\chi^2=19.73$ ,  $p=0.000009$ ), ожирение у двух родителей - 6,6% (в контрольной группе не зарегистрированы дети, где оба родителя имеют ожирение). Доля ожирения у родственников по линии матери у детей в группе КЭО и контроля не имеют существенных различий. Доля ожирения у родственников по линии отца значимо преобладает в группе детей с КЭО над долей ожирения у родственников отца в группе сравнения (соответственно 10,7% и 0,6%;  $\chi^2=12.31$ ,  $p=0.00045$ ). При сравнении частоты регистрации ожирения у родственников по линии отца и по линии матери внутри группы КЭО, можно сделать вывод, что у родственников по линии отца ожирение встречается в 2,5 раза чаще (10,7%), чем по линии матери (4,2%) ( $\chi^2=4.32$ ,  $p=0.038$ ). Наше исследование показывает, что при суммарном учете таких заболеваний, как артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет 1 типа (СД1), СД 2 типа (СД2) и бронхиальная астма (БА), отмечается их преобладание у родственников детей с КЭО в два раза (66,1%) по сравнению с группой контроля (38,5%) ( $\chi^2=22.9$ ,  $p=0.00000171$ ). Установлено, что в группе детей с ожирением доля родственников, имеющих СД2 встречается в 2 раза чаще (20,8%), чем в контрольной группе (9,5%) ( $\chi^2=6.93$ ,  $p=0.0085$ ). АГ в семье детей с КЭО регистрируется в 8 раз чаще (4,8%), чем в группе сравнения (0,6%) ( $\chi^2=3.39$ ,  $p=0.065$ ). Достоверных различий в частоте регистрации БА и СД1 у родственников в двух исследуемых группах детей не выявлено (соответственно  $\chi^2=0.07$ ,  $p=0.792$ ;  $\chi^2=0.76$ ,  $p=0.384$ ).

**Выводы:** Наше исследование показало, что доля случаев выявленного ожирения у родственников детей с КЭО составила 45,8%, что более чем в 4,5 раза превышает данный показатель в группе контроля. Надо отметить, что в группе сравнения, в отличие от основной группы, не встречались случаи, где оба родителя имеют ожирение. У родственников по линии отца детей из группы КЭО достоверно чаще, чем в контрольной группе, регистрируется ожирение ( $p=0.00045$ ). Такая же тенденция отмечается при сравнении частоты встречаемости ожирения у родственников родителей внутри группы КЭО: в 2,5 раза преобладает ожирение по линии отца по сравнению с материнской линией ( $p=0.038$ ). В группе КЭО у родственников детей

чаще регистрируются такие заболевания, как СД2 (в 2 раза) и АГ (в 8 раз). Достоверных различий по частоте регистрации бронхиальной астмы и СД1 у родственников в двух исследуемых группах детей не выявлено ( $p=0.792$ ,  $p=0.384$ ), но при суммарном учете всех перечисленных заболеваний (АГ, СД1, СД2, БА) отмечается их значимое преобладание в основной группе детей ( $p=0.00000171$ ).

## ОЖИРЕНИЕ И АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ: ВОЗМОЖНАЯ СВЯЗЬ

Отто Н. Ю., Джумагазиев А. А., Безрукова Д. А., Сосиновская Е. В., Филипчук А. В. ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Астрахань.  
*natalia.otto@yandex.ru, anver\_d@mail.ru*

### Цель исследования:

Изучить возможную связь аллергических заболеваний у детей с конституционно-экзогенным ожирением (КЭО), проживающих на территории Астраханской области.

### Материал и методы исследования:

В исследование было включено 167 детей: 134 пациента с конституционно-экзогенным ожирением с индексом массы тела (ИМТ)  $\geq$  (медиана возраста 13 [3,9; 17] лет) и 33 пациента из контрольной группы с нормальной массой тела ИМТ  $\leq 18,5 - 25,0$  (медиана возраста 14 [1,5; 17] лет). Проводилась выкопировка данных аллергического анамнеза из «Историй развития ребёнка» (ф.112/у) и «Контрольных карт диспансерного наблюдения» (ф.030/у). Статистическая обработка проводилась с помощью программы «StatTech». В качестве оценки значимости различий исходов использовался критерий хи-квадрат ( $\chi^2$ ). Различия считались статистически значимыми при значении  $p \leq 0,05$ .

### Результаты исследования:

При сравнении частоты встречаемости аллергических заболеваний у детей с КЭО и контрольной группы достоверных различий не выявлено ( $\chi^2 = 0,032$ ;  $p = 0,858$ ). Несмотря на это аллергические заболевания (34,3%) регистрируются у каждого четвёртого ребёнка с ожирением. Наиболее часто имеет место комбинированная аллергия на разные пищевые продукты или / и медикаменты. Среди пищевых продуктов у детей с КЭО чаще встречается реакция на цитрусовые продукты. Медикаментозная аллергия чаще возникает на антибактериальные препараты, особенно антибиотики

пенициллинового ряда. Следует отметить, что среди аллергических реакций у детей с ожирением пищевая аллергия составляет 67,4 %, а медикаментозная – 63,0 %. На третьем месте – поллиноз (30,4 %), четвертое место – аллергические поражения кожи (крапивница, аллергический дерматит) – 15,2 %.

При сравнении группы детей с КЭО и контрольной группы выявлено, что у детей, больных ожирением, пищевая аллергия регистрируется более чем в три раза чаще (67,4 %), чем у детей без ожирения (23 %), и эти различия имеют достоверное значение ( $\chi^2 = 8,151$ ;  $p = 0,005$ ). Обращает внимание тот факт, что у детей с ожирением поллиноз встречается в два раза чаще (30,4%), чем в группе контроля (15,3 %), а бронхиальная астма выявлена у 8,7% детей с ожирением и не зарегистрирована в группе детей без ожирения. Поливалентная аллергия регистрируется более чем у половины детей с ожирением и достоверно чаще, чем в группе контроля ( $\chi^2 = 6,054$ ;  $p = 0,014$ ). Из 31 наименования веществ, вызвавших аллергические реакции у пациентов с КЭО, 22 – это продукты, содержащие гистамин.

**Заключение:** Наше исследование показало, что дети с ожирением имеют большую вероятность развития пищевой и / или медикаментозной аллергии, которая регистрируется в три раза чаще, чем у детей с нормальной массой тела. Выявленные связи КЭО с аллергиями у детей, связаны с нарушением функций иммунной системы человека при ожирении, и прежде всего с гиперпродукцией воспалительных медиаторов и развитием хронического воспаления неинфекционной природы с T-h2 иммунным ответом на антигены. Таким образом, необходимо продолжать исследования взаимосвязи ожирения с аллергией по конкретным аллергическим заболеваниям при ожирении у детей, а также возможные механизмы взаимного влияния этих групп патологических состояний, имеющих в настоящее время глобальный характер.

## ЧАСТОТА РЕГИСТРАЦИИ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ «ЗНАКОВ» У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Отто Н. Ю., Джумагазиев А. А., Безрукова Д. А., Сосиновская Е. В., Филипчук А. В. ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань, Россия  
*natalia.otto@yandex.ru, anver\_d@mail.ru*

**Цель исследования:** Изучить влияние избыточной массы тела и ожирения на частоту регистрации лабораторных метаболических показателей у детей.

**Материал и методы:** Проведен анализ метаболических показателей (общий холестерин и липиды крови, уровень мочевого кислоты в крови и моче, «сахарная кривая», микроальбуминурия, мочевого осадок) 186 пациентов с избыточной массой тела (ИзМТ) и ожирением I-IV степени (96 девочек и 90 мальчиков). Медиана (Me) возраста всех детей составила 13 [min 3,9; max 17] лет. Группа с ИзМТ составила 37 детей (Me коэффициента стандартного отклонения индекса массы тела (SDS ИМТ) = +1,5 [min +1,1; max +1,9]), с ожирением I степени – 57 (Me SDS ИМТ = +2,3 [+2,0; +2,5]), II степени – 49 (+2,75 [+2,6; +3,0]), III степени – 31 (+3,4 [+3,1; +3,9]), IV (морбидное ожирение) – 12 (+ 4,0 [+4,0; +4,5]).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 10. Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты:** В группе детей с ИзМТ 24,3% имели изменения отдельных биохимических показателей, которые встречаются при метаболическом синдроме взрослых. В группе ожирения I степени такие изменения выявлены у 52,6%, II – 51,0%, III – 41,9%, IV – 75% детей. Три и более измененных лабораторных показателя имели 5,4% детей из группы ИзМТ, 12,3% – из группы ожирения I степени, 2,04% – II, 6,45% – III, 50% – IV.

При сравнении количества детей, имеющих лабораторные метаболические «знаки» из группы ИзМТ и группы ожирения IV степени, выявлена достоверная разница: в группе морбидного ожирения достоверно чаще регистрируются лабораторные метаболические изменения ( $F=0.004129$ ;  $\chi^2=10.013$ ;  $p=0.002$ ). Число детей в группе ожирения IV степени, имеющих 3 и более лабораторных изменений у одного ребенка, по сравнению с группой ИзМТ достоверно выше ( $F=0.001430$ ;  $\chi^2=13.970$ ;  $p=0.000186$ ).

При сравнении группы морбидного ожирения и группы детей с ожирением I степени не выявлено достоверной разницы по количеству детей, у которых регистрируются лабораторные метаболические изменения ( $F=0.207344$ ;  $\chi^2=2.018$ ;  $p=0.156$ ). Число детей в группе морбидного ожирения, имеющих 3 и более лабораторных метаболических «знака» у одного ребенка, по сравнению с группой детей с ожирением I степени достоверно выше ( $F=0.007120$ ;  $\chi^2=9.22$ ;  $p=0.003$ ).

При сравнении группы морбидного ожирения с группой детей с ожирением II степени не выявлено достоверной разницы по количеству детей, у которых регистрируются лабораторные метаболические «знаки» ( $F=0.122220$ ;  $\chi^2=2.64$ ;  $p=0.1043$ ). Число детей в группе морбидного ожирения, имеющих 3 и более лабораторных метаболических «знака» у одного ребенка, по сравнению с группой детей с ожирением II степени достоверно выше ( $F=0.000013$ ;  $\chi^2=29.92$ ;  $p=0.00000045$ ).

При сравнении группы морбидного ожирения с группой детей с ожирением III степени не выявлено достоверной разницы по количеству детей, у которых регистрируются лабораторные метаболические изменения ( $F=0.088339$ ;  $\chi^2=3.79$ ;  $p=0.052$ ). Число детей в группе морбидного ожирения, имеющих 3 и более лабораторных метаболических «знака» у одного ребенка, по сравнению с группой детей с ожирением III степени достоверно выше ( $F=0.003135$ ;  $\chi^2=10.83$ ;  $p=0.00099$ ). Более 4-х лабораторных изменений у одного ребенка имели только дети из группы ожирения IV степени.

**Заключение:** Наше исследование показало, что количество детей, имеющих отдельные биохимические изменения, встречающиеся при метаболическом синдроме взрослых (дислипидемия, микроальбуминурия, повышенный уровень мочевой кислоты в крови и моче, нарушенная гликемия натощак, «плоская» сахарная кривая, оксалурия, уратурия), минимально в группе ИзМТ ( $SDS\ IMT = +1,1$  до  $+ 1,9$ ). Группы пациентов с ожирением I-III степени не отличаются от группы морбидного ожирения по количеству детей, имеющих отдельные биохимические метаболические «знаки». Вместе с тем, количество детей в группе морбидного ожирения, имеющих 3 и более лабораторных метаболических «знака» у одного ребенка, существенно выше.

## ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У СПОРТСМЕНОВ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА

Павлов<sup>1</sup> В. И., Орджоникидзе<sup>1</sup> Э. Г., Бадтиева<sup>1</sup> В. А., Синеоков<sup>1</sup> Д. И., Шарыкин<sup>1</sup> Иванава<sup>1</sup> Ю. М., Гвинианидзе<sup>1</sup> М. В., Волкова<sup>2,3</sup> О. С

1 - ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ

2 - ООО «Медпрофкомплекс»

3 - ООО «АВС Медицина»

В настоящее время имеются данные о предрасположенности лиц, занимающихся спортом и практикующих упражнения на выносливость высокой интенсивности к хроническим наджелудочковым тахикардиям, и, в частности, к фибрилляции предсердий (мерцательной аритмии).

**Целью исследования** явилось исследовать наличие случаев и особенности фибрилляции предсердий у спортсменов юношеского возраста.

**Материалы и методы** включали в себя случаи выявленной постоянной формы ФП у спортсменов, с анализом клиники и особенностей электрокардиографической картины.

**Результаты и обсуждение:** Под наблюдением находилось трое спортсменов в возрасте до 18 лет, что составило 21 % от всего количества находившихся под наблюдением 14 спортсменов (100%) с постоянной формой мерцательной аритмии. Любопытно, что все остальные 11 (79 % человек) являлись лицами от 35 до 82 лет, и представляли собой спортсменов-ветеранов. Семь человек (50%) занимались игровыми видами спорта и семь (50%) – циклическими (аэробными) спортивными дисциплинами. При этом, в 10 (71%) случаях мерцательная аритмия явилась случайной находкой при проведении медицинского обследования, и в 4 (19%) случаях, была обнаружена при обращении пациентов к врачу. Во всех случаях обнаружения данного нарушения ритма у спортсменов-юношей, все они регистрировались при ежегодном углубленном медицинском обследовании, без наличия каких-либо активных жалоб.

При подробном сборе анамнеза выяснялось, что у спортсменов имелось субъективное ощущение снижения работоспособности и ощущению «неритмичного» сердцебиения, тогда как жалоб, связанных с признаками сердечной недостаточности и нарушением периферического кровоснабжения (одышка, отеки, головокружение и др.), зарегистрировано не было. У 7 спортсменов, 3 из которых лица до 18 лет и 4 – спортсмены-ветераны, регистрировалась нормоформа ФП, тогда как остальные 7 (50%) спортсменов имели редко встречающуюся в общей популяции брадикардию мерцания



предсердий. Превалирующей в общей популяции тахиформы мерцания предсердий у спортсменов ни в одном случае нами обнаружено не было.

#### **Выводы:**

1. Постоянная форма мерцательной аритмии обнаруживается, в основном, либо у спортсменов юношеского возраста (формирование спортивного сердца), либо у спортсменов-ветеранов (инволюция спортивного сердца), хотя является нечастым нарушением ритма в общей структуре обследуемых спортсменов-подростков.

2. Ваготония, свойственная спортивному сердцу способствует развитию нормо- или, брадиформы мерцания предсердий, тогда как тахиформа ФП не характерна для спортсменов.

3. Высокие компенсаторные возможности спортивного сердца приводят к стёртой клинической картине ФП

## **ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНДА КАК БИОМАРКЕРА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ**

Пшеничная Е. В., Астафьева Е. В. ФГБОУ ВО «Астраханский государственный ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк  
*mila.lepikhova@mail.ru*

Актуальность. Гломерулонефрит, ассоциированный с геморрагическим васкулитом (ГНГВ), не без оснований рассматривается, как грозное осложнение заболевания, ввиду возможного прогрессирования до терминальной стадии почечной недостаточности. Поэтому продолжается поиск, связанный с определением информативных прогностических биомаркеров для выявления пациентов с высоким риском развития ГНГВ. В этом плане, научно-практический интерес представляет исследование фактора Виллебранда (ФВ).

**Материалы и методы:** ФВ в плазме крови определяли в сертифицированной лаборатории лазерным анализатором агрегации тромбоцитов «АЛАТ-2» производства ООО НПФ «Биола» с использованием набора «Виллебранд-тест». Референсный интервал 70 - 130%.

**Материалы и методы:** Установлено, что наиболее высокое среднее значение показателя ФВ выявлено у 37 детей с АФ ( $211,4 \pm 12,5\%$ ) и 12 с ГНГВ

( $218,7 \pm 13,4\%$ ). Показатель таких больных статистически значимо превышал таковой, установленный и у здоровых детей контрольной группы ( $94,3 \pm 4,3\%$ ) и пациентов, страдающих СФ ( $130,4 \pm 8,4\%$ ), что может свидетельствовать о более выраженной степени у них эндотелиальной дисфункции, связанной с распространенным воспалительно-деструктивным поражением сосудов микроциркуляторного русла.

**Выводы:** Расчет степени риска ГНГВ в группе детей с АФ в зависимости от уровня ФВ, показал, что при его уровне равном 229% - искомый риск составляет 96,0%. В случае содержания фактора, составляющего 209% - вероятность риска развития нефрита снижается практически в 2 раза (50,7%), а при уровне равном 192% - составит только 6,6%. Рассчитанные спецификационные таблицы позволили оценить диагностические характеристики: чувствительность - 95,7%, специфичность - 95,0%; эффективность - 95,3%; прогностическая ценность положительного результата - 95,7%; прогностическая ценность отрицательного результата - 95,0%. Полученные характеристики оказались достаточно высокими, что позволяет сделать вывод о целесообразности использования определения ФВ в качестве информативного диагностического теста.

## **УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ДАННЫЕ ЛИМФАДЕНОПАТИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ У ДЕТЕЙ**

Пшеничная Е. В., Лепихова Л. П.  
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк  
*mila.lepikhova@mail.ru*

Актуальность. Проблеме диагностики гиперплазии лимфатических узлов (ЛУ) и их дифференциальной диагностике посвящено немало работ. Увеличение ЛУ при инфекционном мононуклеозе (ИМ) один из наиболее ранних симптомов, выявляется с первых дней и сохраняется на всем протяжении болезни, а порой и в периоде реконвалесценции (средняя продолжительность, по данным Р. Б. Тумановой, составляет 20 дней). В диагностике ИМ помимо клинических и лабораторных критериев имеет значение ультразвуковое исследование (УЗИ).

**Цель исследования:** Оценить ультразвуковые характеристики лимфаденопатии с использованием цветной доплерографии (ЦДК) у детей с ИМ.



**Материалы и методы:** УЗИ с использованием ЦДК было выполнено на базе Республиканской детской клинической больницы 48 детям с диагнозом ИМ. Исследование проводилось на аппарате для УЗИ «Sono Scape S 8exr», оснащенный специализированными датчиками. Были оценены УЗИ-характеристики ЛУ включая форму, эхоструктуру, кальцификацию и сосудистый рисунок.

**Результаты:** Распространенными выявлениями при УЗИ у детей с ИМ оказались признаки гиперплазии фолликулов с наличием небольших гипозоногенных включений округлой формы размером 1 мм. При легкой степени тяжести ИМ капсула и паренхима практически были не изменены, при ЦДК – умеренное усиление кровотока, перифокальных изменений нет. Округлая форма, матовость, нечеткий край, неоднородная эхоархитектура и усиленный кровоток определялись у детей со средней и тяжелой степенью тяжести заболевания.

Кроме того, у всех детей было выявлено увеличение мезентериальных лимфатических узлов более 10 мм в диаметре.

**Выводы:** Наличие таких изменений часто встречается при выраженных реактивных состояниях и, вероятно, является отображением множественных лимфатических узелков коркового слоя на высоте иммунных реакций.

Некоторые ультразвуковые характеристики, часто присутствующие в лимфатических узлах при ИМ, не являются специфичными. Описанные результаты УЗИ могут быть информативными для дифференциальной диагностики с подобными.

## ОСТРЫЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ У ДЕТЕЙ Г. МИНСКА ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ДЕТСКОЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Рубан<sup>1,2</sup> А. П., Давидович<sup>3</sup> С. А., Завада<sup>2,3</sup> А. Н., Волчек<sup>3</sup> А. В.

1 - ГНУ «Институт биофизики и клеточной инженерии НАН Беларуси», Минск, Республика Беларусь

2 - УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

3 - УЗ «4 Городская детская клиническая поликлиника (4 ГДКП)», Минск, Республика Беларусь

annaruban7@yandex.ru

Актуальность. Оценка распространенности и структуры острых аллергических реакций (ОАР) у детей под рубриками МКБ-10: Т78 – «Неблагоприятные эффекты, не классифицированные в других рубриках» и L50 – «Крапивница» по результатам обращаемости в амбулаторно-поликлиническое учреждение г. Минска вносит вклад в общие статистические данные по объему оказания urgentной аллергологической помощи детям столицы.

**Цель исследования:** Рассчитать распространенность и оценить структуру ОАР из рубрик Т78 и L50 МКБ-10 по данным обращаемости за амбулаторной медицинской помощью у детей г. Минска.

**Материал и методы:** Анализировались итоговые данные по результатам функционирования межрайонного кабинета аллергологической помощи детям и подросткам 4 ГДКП г. Минска за 2023г. 4 ГДКП осуществляет аллергологическую помощь пациентам 9-ти городских детских поликлиник. Общая численность прикрепленных детей и подростков к 4 ГДКП на конец года была 155,5 тыс., что составило 42,75% от всего детского населения столицы. Всего за указанный период к врачам-аллергологам 4 ГДКП обратились 3502 ребенка, среди них ОАР имели 311 (8,9%) детей.

**Результаты:** Диагнозы ОАР из рубрики Т78 были установлены у 184 пациентов, 97 из которых были отнесены к общей рубрике Т78 (без определения подрубрик), что составило 52,7% детей от данной выборки. Среди пациентов, имеющих диагнозы с наличием подрубрик имелось по убыванию: из Т78.1 (с неблагоприятными проявлениями на пищу) – 40 (21,7%) детей, с другими неблагоприятными реакциями, не классифицированными в других рубриках (Т78.8) – 25 (13,6%), с ангионевротическим отеком (Т78.3) – 14 (7,6%), с аллергией неуточненной (Т78.4) – 4 (2,2%), с анафилактическим шоком (Т78.2) – 2 (1,1%), с неблагоприятными реакциями неуточненными (Т78.9) – 2 (1,1%).

Среди 127 детей с крапивницей (L50) диагнозы лишь небольшой части из них имели подрубрики: 5 пациентов относились к L50.2 (крапивница, вызванная воздействием низкой или высокой температуры), 2 ребенка – к L50.3 (дерматографическая крапивница) и 6 детей имели подрубрику L50.8 (хроническая крапивница).

За период 2023 г. пациенты с Т78 обратились к аллергологу 266 раз, с крапивницей – 209 раз, соответственно коэффициенты посещений для них составили 1,4 и 1,6. Среди обратившихся пациентов с Т78 сопутствующие хронические аллергические заболевания имели 47 пациентов (25,5%), а с L50 лишь 5 детей (3,9%).

Расчет распространенности совокупности всех аллергических заболеваний по обращаемости показал наличие величины 22,5%. Среди ОАР общая распространенность составила 2 %, в том числе для рубрики Т78 – 1,2%, для L50 – 0,8%.

**Выводы:** Среди всех причин, потребовавших консультации детского аллерголога в амбулаторно-поликлиническом учреждении, ОАР составили 8,9%. Пациенты с крапивницей имели большее количество повторных обращений, чем пациенты из подгруппы Т78, при этом сопутствующие хронические аллергические заболевания у них регистрировались реже.

По данным обращаемости за амбулаторной медицинской аллергологической помощью показатели распространенности ОАР у детей столицы составили 2 %, что гораздо ниже литературных данных. Для корректного расчета истинной распространенности ОАР необходимо учитывать сведения об объеме обращений не только в амбулаторно-поликлиническую службу, но и в такие службы, как скорая медицинская помощь, городские детские больницы, коммерческие медицинские учреждения. Важным дополнением будет оценка частоты оказания самопомощи населением и частоты распространенности симптомов ОАР в детской популяции посредством проспективного анонимного онлайн-анкетирования респондентов (родителей) с использованием сторонних Интернет-ресурсов, таких как социальные сети и мессенджеры.

## ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ

Рябых О. В., Лучанинова В. Н., Гранкина И. О.  
Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург  
Детская городская больница №2 св. Марии Магдалины, Санкт-Петербург  
*olga-ryabykh@mail.ru*

Анализ литературы и повседневной педиатрической практики говорит о наличии проблем в диагностике и лечении пневмонии. Объем помощи пациентам в стационаре определяется комплексом факторов, в том числе и реакцией периферической крови, изменения в которой позволяют оценить активность и тяжесть воспалительного процесса, работу иммунной системы.

**Цель исследования:** Изучить изменения показателей периферической крови у детей младшего школьного возраста с внебольничной пневмонией в начале болезни и при выздоровлении для использования их при формировании объема терапевтических мероприятий.

**Материал и методы:** Материалом для анализа послужили данные, выкопированные из историй болезни 68 пациентов 7-12 лет (средний возраст  $9,3 \pm 1,4$  лет), госпитализированных по поводу внебольничной пневмонии (ВП) средней тяжести в педиатрическое отделение одной из детских больниц Санкт-Петербурга. Выборка сплошная. Проводилась оценка клинической и морфологической характеристики ВП, а также частоты сопутствующей соматической патологии и вирусной инфицированности у пациентов. Используются следующие параметры периферической крови: общее количество лейкоцитов (Л) в  $10^9/л$  и показатели лейкограммы: сегментоядерные (с/я), палочкоядерные (п/я), лимфоциты (лимф), моноциты (мон), эозинофилы (эоз) в относительных единицах (процентах) одних и тех же пациентов при поступлении в стационар и при выписке. Для характеристики общей реактивности и иммунологического потенциала организма на основе лейкограммы проводился расчёт интегральных коэффициентов по формулам: клеточно-фагоцитарная защита (КФЗ), специфический иммунный лимфоцитарно-моноцитарный потенциал (СИЛМП), аллергическая настроенность организма (АНО), а также показатели IgA, IgM, IgG в мг/дл в первую неделю болезни ( $n=17$ ).

Для оценки результатов исследования применена описательная статистика в программной среде MSExcel с проведением проверки гипотезы о достоверности различий между выборками с помощью t-критерия Стьюдента при уровне значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты:** При оценке клинической картины у наблюдаемых детей пневмония определялась как средней тяжести (по лихорадке, симптомам интоксикации, кашлю, физикальным и лабораторным показателям). Морфологически в 84,4% пневмония была сегментарной, полисегментарной и долевой. Остальные дети имели очаговую пневмонию. Одновременно отмечена высокая частота инфицированности вирусными инфекциями (ЦМВ, ВЭБ, ВПГ) пациентов (89,7%), а также у 40,6% больных выявлена сопутствующая патология со стороны других систем и органов (МВС, ЖКТ, нервной системы, глаз). Указанное является отягощающим фоном при пневмонии и увеличивает объем лечебных средств.

Сравнение показателей периферической крови при внебольничной пневмонии у детей проводилось с учетом диапазона изменений в динамике: при поступлении и при выписке. Так средний показатель лейкоцитов при поступлении составил  $10,44 \pm 1,73$ , при выписке  $7,40 \pm 0,44$ ,  $t=1,68$ ,  $p < 0,05$ .

Средний показатель п/я при поступлении составил  $5,94 \pm 0,83$ , при выписке  $1,56 \pm 0,27$ ,  $t=4,97$ ,  $p < 0,001$ . Средний показатель с/я при поступлении –  $59,68 \pm 1,74$ , при выписке  $50,07 \pm 1,58$ ,  $t=4,07$ ,  $p < 0,001$ . Средний показатель лимфоцитов при поступлении в стационар был  $23,03 \pm 1,06$ , при выписке  $36,71 \pm 1,18$ ,  $t=8,5$ ,  $p < 0,001$ . Средний показатель эозинофилов при поступлении составил  $2,13 \pm 0,25$ , при выписке  $3,42 \pm 0,33$ ,  $t=3,15$ ,  $p < 0,001$ . Изменения всех выше указанных показателей достоверны,  $p < 0,001$ . Средний показатель базофилов при поступлении составил  $0,24 \pm 0,08$ , при выписке  $0,39 \pm 0,08$ ,  $t=1,42$ ,  $p > 0,05$ . Средний показатель моноцитов при поступлении составил  $7,60 \pm 0,35$ , при выписке  $7,65 \pm 0,22$ ,  $t=0,12$ ,  $p > 0,05$ . При проверке равенства средних по Т-критерию Стьюдента показателей базофилов и моноцитов выявлена статистическая недостоверность изменений,  $p > 0,05$ .

При анализе показателей интегральных коэффициентов выявлено достоверное увеличение к выписке из стационара СИЛМП,  $t=5,4$ ,  $p < 0,001$  ( $0,40 \pm 0,03$  против  $0,70 \pm 0,04$ ), что говорит об активной выработке антител, и АНО,  $t=3,6$ ,  $p < 0,001$  ( $0,03 \pm 0,004$  против  $0,05 \pm 0,005$ ), определяющей усиление аллергической настроенности организма в процессе болезни. Средний показатель IgM составил  $189,8 \pm 34,9$  (40-150). Средний показатель IgA составил  $153,4 \pm 19,2$  (40-150). Средний показатель IgG составил  $1109,7 \pm 77,4$  (600-1400). Показатели иммуноглобулинов коррелируют с полученными данными расчетных коэффициентов, характеризующих иммунную защиту организма.

**Выводы:** 1. Выявлено достоверное снижение при выздоровлении уровня п/я, с/я лейкоцитов и увеличение показателя лимфоцитов и эозинофилов, что патогенетически обосновано при пневмонии.

2. Определено увеличение показателя СИЛМП, что говорит о чутком реагировании иммунной системы на проникновение возбудителя увеличением антител и прогнозировании благоприятного течения пневмонии.

3. Увеличение АНО позволяет предположить, что гиперчувствительность является одной из линий патогенеза пневмонии.

4. Расчёт интегральных коэффициентов рекомендуется применять в качестве дополнительного критерия при контроле за течением пневмонии.

5. Полученные данные необходимо использовать при формировании объёма терапевтических мероприятий.

Используемая литература.

1. Внебольничная пневмония у детей Клинические рекомендации / Союз педиатров России, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии 2022, 59 с.

2. Таточенко В.К. Внебольничная пневмония у детей – проблемы и решения. Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2021: 66; (1): 9-21

3. Бондарь Г.Н. Клинические и иммунологические особенности острой пневмонии у детей в зависимости от фаз 28-суточного индивидуального биоритма. Автореферат дисс на соискание степени канд. мед. наук. 1997. 29 с.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИЕМА ВИТАМИНОВ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Ряхина А. Д., Леднёва В. С., Коломацкая В. В., Копытина А. И.  
Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко, г. Воронеж  
*annavas.98@mail.ru*

**Целью исследования** стал анализ данных в отношении частоты приема витаминов у детского населения, а также выявление взаимосвязи между их приемом и частотой заболеваемости ОРВИ.

**Материалы и методы:** Исследование основано на статистическом анализе анкет, которые были предложены родителям, приходившим на лечение, со своими детьми в Областной Детской Клинической больнице №2 города Воронежа. Для анализа полученных данных использовались методы непараметрической статистики.

**Результаты исследования:** В опросе приняли участие 70 родителей. Анкета содержала 25 вопросов, касающихся приема витаминных препаратов.

Возрастной диапазон родителей, проходивших анкетирование следующий: до 30 лет (23%), от 30 до 40 лет (53%) и старше 40 лет (24%). Возвратной диапазон детского возраста так же разнообразен: до года 7%, с года до трех лет 42%, от четырех лет до шести 34% и старше семи лет 17%. Разнообразие возрастных коридоров родителей и детей позволяет нам наиболее достоверно оценить актуальность приема витаминных препаратов среди родителей и их детей.

Средний ценовой диапазон суммы, которую родители готовы тратить на приобретение витаминов для своих детей составил от 500 до 1000 рублей (66%), количество опрошенных, которые отдадут предпочтение препаратам стоимостью до 500 рублей составило 23%, и только 11% готовы потратить на приобретение более 1000 рублей.

Чаще родители выбирали сезонный прием витаминов - весной и осенью. Предпочтения больше отдавали зарубежным препаратам в форме сиропа (63%) и таблеток (23%).

Чаще всего лекарственные средства приобретались через аптеку (88%), но также небольшая часть опрошенных делала это через интернет (12%).

Одним из вопросов в анкете был "Давали ли вы своему ребенку витамины?", где 75% опрошенных ответили положительно. Было выяснено, что среди анкетированных, ответивших утвердительно, выбирали витаминный препарат, основываясь на рекомендациях врача, что составило 90%. Детям до 7 лет, которым был назначен только витамин D составило- 32%. Дети старшей возрастной категории, а также их родители принимали в основном мультикомплексные комплексы (29%). Препаратом, который чаще всего давали детям всех вариантов витамина D стал Аквадетрим, что составляет 56% случаев. Среди поливитаминных комплексных препаратов - Компливит.

Что касается дозировок витаминных препаратов и их состава, родители испытывали затруднения с ответом на данный вопрос, таким образом 64% опрошенных не смогли ответить на него, выбирая ответ затрудняюсь ответить. Данный факт указывает нам на то, что родители в большинстве случаев полагаются на рекомендации врача, не вдаваясь в подробности состава препаратов. Что касается дозировки, то 65% родителей выбирали пункт - как написано в инструкции.

На основании анализа анкет респондентов, можно было выявить, что основной целью для приема витаминных препаратов является укрепление иммунитета своих детей. Однако, большая часть (70%) опрошенных считают, что на фоне приема препаратов, нет никаких изменений состоянии здоровья.

При этом многие из опрошенных детей, принимающих витаминные препараты, в разных возрастных категориях, на вопрос, касающийся, частоты заболеваемости ОРВИ выбирали, что дети болели ОРВИ менее 10 раз в год (90%). Остальные 10% опрошенных детей болели более 10 раз в год, при этом, в их анкетах в графе было обозначено негативное отношение родителей к приему препаратов, а у категории, которые обозначили положительную позицию, в вопросах, касающихся дозировки и названия препарата стояли прочерки, это ставит под сомнение, что данные дети получали витамины.

В отношении приема витаминных препаратов среди родителей, опрошенных семей, большая часть (73%) и сами принимают витаминные препараты.

**Заключение:** На основании нашего анкетирования можно сделать выводы что прием витаминных препаратов актуален среди детей и их

родителей. Данные препараты применяются в большей степени по назначению врачей. До 7 лет родители чаще всего дают только витамин D, отдавая предпочтение препарату в виде капель. А родители детей старшей возрастной группы отдают предпочтение поливитаминным комплексам. Так же можно выявить у этих детей взаимосвязь между снижением частоты заболеваемости ОРВИ за год и приемом витаминных препаратов.

#### Список литературы:

1. Белоусова, О. В. Анализ ассортимента витаминов для детей на локальном рынке / О. В. Белоусова, Е. А. Белоусов // Ученые записки Брянского государственного университета. – 2020. – № 1(17). – С. 20-24. – EDN ABWHYQ.
2. Квачахия, Л. Л. Тенденции развития рынка БАД в России в условиях коронавируса / Л. Л. Квачахия // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2021. – Т. 10, № 3(36). – С. 165-168. – DOI 10.26140/anie-2021-1003-0038. – EDN VAJEBN.
3. Красноруцкая, О. Н. Перспективы диагностики микробиоты у часто болеющих детей с острыми респираторными заболеваниями / О. Н. Красноруцкая, Т. И. Курдюкова // Вопросы устойчивого развития общества. – 2021. – № 8. – С. 306-310. – EDN PJORZA.

## ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Сердинская<sup>1</sup> И. Н., Вахитов<sup>2</sup> Х. М., Агафонова<sup>2,3</sup> Е. В.  
1 - ГАУЗ Детская городская поликлиника № 9, г. Казань  
2 - ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, г. Казань  
3 - ФБУН КНИИЭМ Роспотребнадзора, г. Казань  
*in.ser@list.ru*

Цитокины - продукты клеток иммунной системы, обеспечивают регуляцию смены фаз воспалительных реакций в различных органах и тканях организма человека. Уровни некоторых интерлейкинов хорошо изучены при заболеваниях сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, патологии почек, при различных вариантах системных заболеваний. В ряде случаев цитокины рассматриваются в качестве маркеров тяжести течения патологического процесса, а ряд авторов их относит к предикторам патологических состояний. В настоящее время рядом авторов цитокины



рассматриваются в качестве базовых биомаркеров воспалительных реакций патологии респираторного тракта. При этом важное значение придается балансу цитокинов, осуществляющих как негативную, так и позитивную регуляцию воспаления. Можно предположить, что недостаточный контроль ингибирования провоспалительных реакций может играть ключевую роль в патогенезе таких иммуно опосредованных заболеваний как бронхиальная астма. Цель исследования: исследование уровня противовоспалительного интерлейкина 4 у детей дошкольного возраста с неконтролируемой бронхиальной астмой.

**Результаты:** Определение уровня интерлейкина 4 проводилось методом ИФА с использованием наборов фирмы «Вектор-Бест» (Россия). Предварительный анализ полученных результатов показал, что средний уровень интерлейкина 4 у здоровых детей оказался на уровне  $3,24 \pm 0,28$  пг/мл, что не противоречит литературным данным, где средние нормативные значения интерлейкина 4 находятся в диапазоне от 0 до 4 пг/мл. У детей с неконтролируемой бронхиальной астмой средний уровень интерлейкина 4 был ниже и составил  $2,19 \pm 0,19$  пг/мл.

**Выводы:** Не исключено что снижение уровня цитокина 4 приводит к активации реакций бронхиальной гиперреактивности, что может быть не только дифференциально-диагностическим, но и прогностическим критерием тяжелого течения бронхиальной астмы у детей. Исследование в данном направлении продолжается.

## **ХРОНИЧЕСКИЙ АДЕНОИДИТ: ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ДОШКОЛЬНИКОВ РАЗНЫХ ТИПОВ КОНСТИТУЦИИ**

Султанов И. С., Бобошко И. Е.  
Ивановская государственная медицинская академия МЗ РФ, Иваново  
*isa\_sultanov\_96@mail.ru*

Актуальность. Индивидуализировать методы профилактики развития и течения патологии возможно с использованием конституционального подхода, который позволит повысить возможности организма и его резистентность с учетом потенциала каждого конституционального типа.

**Цель исследования:** Выявить уровень резистентности детей 4-7 лет с хроническим аденоидитом разных типов психоконституции.

**Материалы и методы:**

В исследовании участвовали 163 ребенка 4-7 лет с верифицированным диагнозом хронического аденоидита, поделенные при помощи шкалы направленности активности психики на интро-, центр- и экстравертов. В исследование включены дети крайних типов психоконституции, требующие дифференцированного подхода. Проводилось анкетирование родителей авторской анкетой, направленной на уточнение характера, течения и частоты развития респираторных заболеваний. Дополнительно изучалась медицинская документация (карта развития ребенка, ф. 112/у).

**Результаты:** У детей с хроническим аденоидитом частоты острых респираторных заболеваний выше в 3 раза, чем у детей без него. Около 75% детей с хроническим аденоидитом наблюдаются у педиатра как дети из группы часто болеющих. Развитие осложнений острых респираторных заболеваний в виде отитов и синуситов достоверно выше среди детей интровертов. Острые респираторные инфекции у детей разных типов протекали по-разному: для интровертов длительность была более 10 дней с субфебрильной лихорадкой, сонливостью, апатией и аллергическими проявлениями; у экстравертов длительность была менее 10 дней, но с фебрильными цифрами лихорадки. Длительный восстановительный период после перенесенной инфекции наблюдался у детей интровертов. Респираторные инфекции у интровертов протекали в виде назофарингитов, бронхитов с обструкциями, у экстравертов чаще в виде тонзиллитов, средних отитов и высокими цифрами лихорадки.

**Заключение:** Хронический аденоидит приводит к снижению резистентности организма. Выявленные особенности течения респираторной инфекции у детей разных типов с хроническим аденоидитом должны учитываться педиатром, что позволит профилактировать развитие осложнений у данных детей.

## ОСОБЕННОСТИ АМПЛИТУДЫ АЛЬФА, БЕТА, ДЕЛЬТА И ТЕТА-РИТМОВ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ У ВОСПИТАННИКОВ 7-11 ЛЕТ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННО-ЛЕТНИХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ГИПОКСИЮ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Удовенко А. А., Шестакова В. Н., Глуценко В. А., Сосин Д. В.  
ФГБОУ ВО «Смоленский медицинский университет» Минздрава РФ, Смоленск  
*vebogormistrova@gmail.com*

Актуальность. Наибольший рост развития патологии приходится на ранний возраст, в связи с чем, состояние здоровья детей младшего школьного звена остается актуальной. Особую группу составляют воспитанники учреждений социальной сферы для несовершеннолетних, так как среди них отмечается высокий процент перинатальной патологии [1]. Более низкие функциональные показатели с рождения при перенесенной хронической гипоксии в антенатальном периоде выражаются в ряде особенностей при проведении некоторых исследований, в частности электроэнцефалографии [2]. Однако в литературных источниках нет достаточно четких данных, характеризующих амплитуду основных ЭЭГ-ритмов у детей 7-11 лет, воспитывающихся в учреждениях социальной сферы для несовершеннолетних, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию.

**Цель исследования:** Выявить особенности амплитуды основных ритмов ЭЭГ у воспитанников 7-11 лет учреждений социальной сферы для несовершеннолетних, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию.

**Материалы и методы:** В исследовании участвовали 75 детей 7-11 лет, воспитывающихся в СОГБОУ Детском доме «Гнездышко». Основную группу составили 45 детей, испытывавших хроническую внутриутробную гипоксию, в группу сравнения вошли 30 детей без перинатальной патологии в анамнезе. Регистрацию фоновой записи проводили при помощи электроэнцефалографа «Мицар-ЭЭГ-202». По данным Кайда А.И. и соавт. (2019) были определены значения относительной мощности (ОМ) ЭЭГ в частотных диапазонах: альфа-ритм – 8-13 Гц, бета-ритм – 14-35 Гц, дельта-ритм – 0,3-4 Гц, тета-ритм – 4-7 Гц. Статистический анализ осуществлялся на базе Microsoft Excel при проверке нормальности выборок критерием согласия Хи-квадрат (Пирсона), а для сравнения выборочных средних использовался t-критерий Стьюдента.

**Результаты и обсуждение:** Достоверных различий ( $p \geq 0,05$ ) при сравнении двух групп по амплитуде альфа и дельта-ритма слева и справа, средние значения которых в основной группе составили 58,3±9,34 мкВ и 64,04±10,61 мкВ, 95,77±12,62 мкВ и 101,36±14,72 мкВ, а в группе сравнения 52,36±8,12 мкВ и 59,07±8,37 мкВ, 92,37±18,26 мкВ и 89,2±16,84 мкВ, выявлено не было. Однако нами были обнаружены достоверно более высокие ( $p < 0,05$ ) значения амплитуды бета и тета-ритмов при определяемых интервалах в основной группе у бета-ритма 29,17±3,58 мкВ, тета-ритма слева 68,27±5,28 мкВ и справа 71,65±7,14 мкВ, а в группе сравнения 22,86±2,11 мкВ, 59,0±3,52 мкВ и 58,17±4,08 мкВ соответственно.

**Заключение:** В ходе проведенного исследования у воспитанников 7-11 лет учреждений социальной сферы для несовершеннолетних, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию, выявлена более сильная бета-активность, которая характеризуется высоким уровнем внешнего возбуждающего импульса при относительно выраженных процессах внутрикоркового торможения. Одновременно с этим определяемая тета-активность свидетельствует о сильном эмоциональном возбуждении.

## КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ МУЛЬТИСИСТЕМНОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, СВЯЗАННОМ С SARS-COV-2, У ДЕТЕЙ

Хасанова Г. А., Ибрагимова Х. Н.  
Кафедра детских инфекционных болезней, Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент  
Специализированная больница Зангиота № 1 для лечения пациентов с коронавирусной инфекцией, г. Ташкент  
*xasanova289@gmail.com*

Сыпь является частым признаком мультисистемного воспалительного синдрома у детей (MIS-C), постинфекционного гипервоспалительного заболевания, связанного с предшествующим тяжелым острым респираторным синдромом, вызванным коронавирусом. Поскольку дифференциальная диагностика лихорадки и сыпи у детей широка, понимание клинических характеристик MIS-C может помочь в постановке диагноза. Здесь мы описываем кожные проявления, наблюдавшиеся у детей с сыпью, связанной с MIS-C. В апреле 2021 года у детей было выявлено гипервоспалительное состояние, по-видимому, связанное с тяжелым острым респираторным синдромом, вызванным коронавирусом 2 (SARS-CoV-2). Этот синдром, теперь называемый мультисистемным воспалительным синдромом у детей (MIS-C),

характеризуется лихорадкой, глубоким системным воспалением, поражением многих органов и часто сыпью.

**Материал и методы:** Все дети, поступившие в наш академический педиатрический медицинский центр третичного уровня с подозрением на MIS-C в соответствии с критериями Центров по контролю и профилактике заболеваний, регулярно проходят оценку экспертного многопрофильного комитета для достижения диагностического консенсуса. По состоянию на 1 июля 2021 г. диагноз MIS-C установлен у 24 детей, из них у 18 (75%) выявлены слизисто-кожные изменения, у 10 (41,7%) в ходе клинического лечения. Согласие было получено у 7 пациентов. Ранее сообщалось о клинических и лабораторных результатах пациентов.

**Результаты:** У пациентов с MIS-C наблюдались различные кожные клинические проявления. Ладонная и подошвенная эритема наблюдалась у 3/7 (43%) больных; ни у одного пациента не наблюдалась подошвенная эритема при отсутствии ладонной эритемы. Хотя отдельные поражения были отмечены во всех частях тела, поражения на груди и верхних конечностях были распространены (4/7, 57%), а нижние конечности поражались равномерно (7/7 пациентов). В частности, у 5/7 пациентов (71%) имелось поражение проксимально-медиальной части бедра. У двух пациентов наблюдалась сыпь на ушах или вокруг них (2/7, 29%) и шее. Хотя изменения слизистой оболочки были распространены (6/7, 86%), включая изменения губ, оставшееся лицо поражалось реже: по одному пациенту были поражения на лбу/линии роста волос. Наблюдались различные эритематозные поражения, классифицированные как уртикарные, кореподобные и ливедоидные. Эти изменения кожи наблюдались у пациентов с различными оттенками кожи и пигментацией. Наиболее частыми наблюдаемыми поражениями были кольцевидные бляшки малого и среднего размера (принимавшие вид крапивницы) у 57% (4/7) пациентов, хотя также были отмечены кореподобные высыпания со сливающимися папулами в бляшки и сливающимися пятнами. Сетчатые бляшки и пятна (принимавшие ливедоидный вид) были отмечены у 2 пациентов (29%). Двадцать девять процентов (2 из 7) детей описали сыпь как легкий зуд. Пурпура наблюдалась у 4 (57%) из 7 пациентов. Чаще всего (3 из 4) пурпура отмечалась в центре кольцевидных (уртикарных) бляшек, имитируя появление очагов, напоминающих мультиформную эритему. К моменту выписки из больницы все кожные проявления полностью разрешились. В отличие от сыпи, связанной с болезнью Кавасаки, ни одна из высыпаний не шелушилась.

**Выводы:** MIS-C, который считается постинфекционным осложнением инфекции SARS-CoV-2, по-прежнему остается диагнозом исключения, поскольку его клинические проявления, включая лихорадку, желудочно-кишечные расстройства и сыпь, являются общими для многих других педиатрических инфекций. Острая коронавирусная болезнь 2019 года продемонстрировала множество кожных проявлений у детей, включая мультиформную эритему, крапивницу, везикулярную экзантему, полиморфную сыпь, пурпуру и сыпь, похожую на розовый отрубевидный лишай. Мы обнаружили, что у пациентов, лечившихся от MIS-C, не наблюдалось уникальной стереотипной сыпи, хотя кольцевые бляшки в проксимальных медиальных отделах нижних конечностей были обычным явлением, что требует дальнейшего изучения на более крупных когортах. Мы отмечаем совпадение кожных проявлений при MIS-C с проявлениями, наблюдаемыми при риккетсиозе (поражение ладоней/подошв), синдроме токсического шока (диффузная сыпь и некоторые проявления эритродермии), болезни Кавасаки (диффузная сыпь, кожно-слизистые изменения, изменения конечностей) и вирусных экзантемах.

## РОЛЬ ПРОГРАММЫ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ

Хасянова Т. А., Белова Н. А., Пасечник И. В., Иванченко Д. В.,  
Вартомянц-Чупрякова А. А.  
GMS clinic Центр Врожденной патологии, г. Москва  
[t.khasianova@gmsclinic.ru](mailto:t.khasianova@gmsclinic.ru)

НО это заболевание, которое характеризуется патологией соединительной ткани и приводит к множественным переломам и деформациям скелета. Принято считать, что интеллектуальное развитие детей с НО не нарушено, за исключением редких рецессивных форм, НО, таких как XIV и XV типы (мутации в генах TMMEM 38B и WNT). Однако, особые условия жизни детей с НО, связанные с депривацией и снижением двигательной активности влияют на их психическое, и интеллектуальное развитие.

**Цель исследования:** Выявление нарушений психического и интеллектуального развития у пациентов с НО (282 чел), сравнение показателей психического и двигательного развития в двух группах пациентов: первой (18 чел), где дети до 3-х лет получали помощь по программе раннего вмешательства

и стандартную медикаментозную терапию, используемую при НО, и второй (13 чел), где дети получали только стандартную медикаментозную терапию.

**Материалы и методы:** С 2017 в клинике проведены исследования познавательного и моторного развития, качества детско-родительских отношений у 282 пациентов. На основе выявленных дефицитов была составлена программа раннего вмешательства, для пациентов, рожденных в 2017 г и позже, и поступивших на лечение в центр в возрасте до 3-х лет. С 2017 по 2022 г пациенты получали стандартную медикаментозную терапию и помощь ментальной команды по программе раннего вмешательства (логопед-дефектолог, психолог, физический терапевт). В возрасте 5 лет проведена оценка психического и двигательного развития и анализ результатов в обеих группах.

**Результаты:** По результатам обследования 282 пациентов с 4 до 18 лет, выявлены: нарушения речи, мыслительных процессов и внимания, так же страдали социализация, самостоятельность и самообслуживание. Взаимодействие между родителями и детьми характеризовалось следующими проблемами: родительские страхи, депривация, гиперпротекция, "волшебное" мышление. В группе раннего вмешательства к 5 годам достоверно реже регистрировались проблемы переключения внимания, нарушение мелкой моторики, пространственного восприятия и задержка речи, сроки начала ходьбы были сопоставимы.

**Выводы:** Социальная изоляция, тревога и гиперопека со стороны значимых взрослых тормозят психическое развитие детей, приобретение навыков самообслуживания и социализацию. Так в группе раннего вмешательства более 50% детей не имело когнитивных нарушений в возрасте 5 лет, в то время как в группе стандартной медикаментозной терапии этот показатель составлял до 10%. Несмотря на то, что нервная система большинства пациентов с НО не нарушена, для успешной реабилитации и лечения необходима помощь мультидисциплинарной команды, включающей реабилитолога, психолога и дефектолога уже в раннем возрасте. Такой подход обеспечивает своевременную помощь всей семье для построения маршрута развития, а также оптимальные условия для приобретения и сохранения двигательных навыков детей с НО, и их гармоничного психического развития.

## О ПСИХОГЕННОЙ ПРИРОДЕ ЗАПОРОВ И РЕТЕНТИВНОГО НЕДЕРЖАНИЯ КАЛА У ДЕТЕЙ

Шишков<sup>1</sup> В. В., Сушко<sup>2</sup> И. А., Безрукова<sup>3</sup> А. В.

1 – Профессорская клиника ОДА, Санкт-Петербург

2 – ООО «Системно-векторная психология», г. Москва

3 – РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург

*vvshishkov@yandex.ru*

Введение: Причиной запоров, как и ретентивного недержания кала у детей, могут являться различные факторы, как биологические, так и психосоциальные. На подавляющее количество случаев функциональных запоров – 90-95 % - указывают в своих обзорных исследованиях и ряд отечественных авторов [6,7,8,9,10,11,12,17,20,21]. Наличие психогенной природы этих явлений не отрицают ни педиатры, ни родители пациентов. Так, по данным американских и канадских авторов 30 % родителей связывали данные проблемы с так называемым страхом горшка и 14 % с процессом приучения ребёнка к горшку [34,27]. Исследования других авторов показывают связь нарушений опорожнения кишечника с чрезмерно ранним, до 24 месяцев, приучением ребёнка к горшку [29], хотя китайские и канадские исследователи подчёркивают, что в ЦНС высший уровень контроля дефекации формируется у ребенка к 1,5 годам [26,27]. Они же [29] отмечали, что у четырёхлетних детей с так называемым страхом перед горшком имели более плотный стул. О максимальной частоте встречаемости запоров именно в период приучения ребёнка к горшку пишут американские педиатры [25]. Этот же аспект расширенно обсуждают отечественные авторы [11], также связывая дебют запоров с неправомерно ранним высаживанием ребёнка на горшок или, наоборот, с задержкой с обучением данному гигиеническому навыку. Они же, как и канадские авторы [27] справедливо отмечают, что чрезмерное давление на ребёнка, применяемое с целью приучения его к горшку, как и связанные с этим процессом наказания, также часто приводят к отказу ребёнка от пользования горшком, формированию запоров, энкопреза и энуреза. Появление жалоб на запоры может коррелировать с переездом ребёнка в другое место и тем более с его вынужденной госпитализацией, а также являться исходом жестокого обращения с детьми. Американские исследователи справедливо заявляют, что функциональному запору наиболее часто предшествуют неоднократные попытки умышленного удержания кала ребенком, который пытается таким образом перетерпеть (избежать) неприятный ему процесс, боясь возникновения болезненных ощущений, связанных с дефекацией [11,31]. Он чувствует



позыв к дефекации, но умышленно сопротивляется ему, пытаясь как бы перетерпеть (отложить на неопределённый срок!) акт дефекации. Доказательством этого служат описываемые родителями характерные позы или ритуалы: ребёнок скрещивает ноги, зажимаясь, садится на пятки, прячется за занавеску. Основными причинами, из-за которых ребёнок сознательно удерживает стул, с точки зрения авторов из разных стран [10,11,17,30,31] может быть боль или дискомфорт при предыдущем акте дефекации, что справедливо, однако связывается авторами исключительно с преходящими органическими проблемами (перианальными трещинами или геморроем), дискомфортной или незнакомой обстановкой (например, открытые кабинки в детсадовском или школьном туалете), что справедливо применительно к чувствительным и эмоционально-лабильным детям; а также депрессией или другими эмоциональными проблемами. О том же умышленном подавлении ребёнком позыва на дефекацию пишут другие иностранные исследователи [28], отмечая среди вероятных причин, помимо всего вышечисленного, и то, что такой ребёнок может быть настолько занят, что его день буквально расписан по минутам. Не отрицая вероятность и такого описанного автором [9] развития событий, отметим, что, по нашему мнению, [10,20,21], такое чаще наблюдается при неврозоподобном энкопрезе, когда гиперактивному ребёнку просто некогда сходить в туалет из-за множества отвлекающих стимулов. И тем не менее, именно боль при дефекации запускает порочный круг, когда ребёнок начинает умышленно удерживать кал, боясь рецидива болевых ощущений. Чем дольше ребёнок сможет перетерпеть желание сходить в туалет, тем толще и плотнее становится фекалома, а, следовательно, сильнее будет боль, испытываемая ребёнком при следующем позыве, когда ребёнок всё-таки вынужден будет сходить в туалет. С точки зрения педиатров и гастроэнтерологов, этот порочный круг, который принято называть психологическим запором, безусловно нуждается в прерывании [12].

Но как это сделать, не осознав глубинных психологических проблем данного явления?! К каждому ли ребёнку это относится?! Какой ребёнок наиболее уязвим в период приучения к горшку?! Какие психологические характеристики уже взрослой личности связаны с этим?!

**Материалы и методы:** На эти вопросы, с нашей точки зрения, лучше всего способна ответить сравнительно молодая – своими корнями идущая из психоанализа [14,22] – теория восьмимерности психического (Ю.И. Бурлан, 2017, 2004-2024; В. К. Толкачёв, 1999, 2008; В.А. Ганзен, 1984, 1995) [2,3,4,5,13,14,32,33], с точки зрения которой, психосомати-

ческие расстройства – результат задержки психо-сексуального развития и/или фрустраций в том или ином векторе, а значит могут быть устранены путём осознания пациентом (а контексте данной статьи прежде всего родителями маленьких пациентов) этой взаимосвязи.

Впервые корреляцию свойств характера с анальной эрогенной зоной заметил З. Фрейд [16] и предположил наличие других эрогенных зон и связанных с ним характеров; эту гипотезу и разрабатывал В.К. Толкачев под руководством В.А. Ганзена [5]. Развитый и реализованный обладатель анального вектора помнит и ценит традиции прошлого, оно для него сверхценно. Он с детства усидчив, хорошо учится, любит книги, тщательно анализируя и систематизируя информацию, упорядочивает накопленный поколениями опыт; имеет феноменальную память; серьёзный, спокойный, чистоплотный, послушный, преданный, честный, не умеет врать, перфекционист, всегда держит слово. Его психику можно характеризовать как ригидную, негибкую, прямолинейную. Хорошо помнит добро и зло и стремится его вернуть – отблагодарить или отомстить. Ребёнок с анальным вектором говорит медленно и подробно и очень расстраивается, когда его перебивают, начиная всё с самого начала. Он - домосед, не любящий перемен; прекрасный хозяин, заботливый и верный муж, отличный отец (и отчим); обстоятельный в делах и в речи; ценит семью, дом и уважение больше, чем деньги; профессионал, делающий всё качественно; хороший педагог, мастер, историк, археолог, критик-эксперт. Физически крепкий человек «с золотыми руками» и сильной волей. Людей с анальным вектором рождается условно 20 % [3].

Важными принципами рассматриваемой концепции являются врожденность векторального набора и необходимость развития врожденные задатки. Невозможно развить в себе свойства векторов, не заданных от рождения. Но и врожденные свойства при неблагоприятных обстоятельствах могут остаться неразвитыми [3,33]. Развитие свойств (вектора) происходит в период до окончания пубертата, т.е. до 16-17 лет включительно, когда психическое человека созревает до того, чтобы полностью взять на себя ответственность за свою жизнь. По окончании пубертата, человек может оказаться в состоянии частичной задержки психосексуального развития, либо полной – невроза (в терминологии концепции восьмимерности психического) [3,32]. В контексте рассматриваемой проблемы, с точки зрения концепции восьмимерности, частые или хронические запоры у ребенка рассматриваются как первые внешние признаки происходящей задержки развития психи-

ческих свойств анального ребенка. Из этого следует сделать выводы, что при выявлении этой проблемы, необходимо как можно быстрее принимать меры к нормализации психологического состояния ребенка.

Еще одним значимым принципом профилактики детских психологических и психосоматических проблем является необходимость учёта выраженной зависимости психологического состояния ребенка от состояния матери, особенно в возрасте ребенка до 6 лет. А значит, при любых признаках психологического неблагополучия ребенка в первую очередь необходима психотерапия матери, направленная на понимание, а в идеале и глубокое осознание истоков проблем своего ребёнка.

**Результаты:** Анального ребенка вообще нельзя торопить. Его нельзя подгонять, тем более перебивать, не только в делах, но и в речи, это чревато развитием заикания. Процесс дефекации (очищения) для него очень важен, период приучения к горшку для такого ребёнка должен быть пройден предельно деликатно, его ни в коем случае нельзя сдёргивать с горшка, как бы вы не торопились, – это ведет к развитию запоров [16], парадоксального недержания кала [10,20,21], болей в животе.

И механизм действия здесь – с точки зрения рассматриваемой концепции восьми- мерности психического – следующий: анальный (медленный) ребёнок долго сидит на горшке, получая удовольствие (согласно З. Фрейду [15] – наслаждение) от очищения. Обладающая совершенно другим вектором быстрая и торопливая мать (обладательница кожного вектора – в терминологии концепции восьмимерности психического) прерывает этот акт получения удовольствия, подгоняя его. У ребёнка происходит зажим, приводящий к запорам. Запоры, по понятным и описанным в вышеуказанной литературе, вызывают боль при последующей дефекации; по этой причине ребёнок и не ходит в туалет, так как пока он не сходит, он не испытает боли. В результате, он до последнего откладывает визит в туалет, таким образом откладывая боль. И получается, что вместо того, чтобы получать удовольствие от очищения кишечника, он учится получать удовольствие от откладывания этого очищения, то есть откладывания боли. Таким образом, ребёнок переучивается через задержку стула принципиально получать удовольствие от любой задержки, в чём авторы концепции восьмимерности психического видят истоки формирования синдрома отложенной жизни (прокрастинации). Но всё-таки когда-нибудь он сходит в туалет

через боль, всё же получив уже после этого облегчение/удовольствие. А значит, с его точки зрения, чтобы получить, а значит – с его точки зрения и доставить удовольствие – надо сначала причинить боль, в чём авторы данной концепции справедливо прослеживают корни садизма. В будущем такой неразвитый обладатель анального вектора любой стресс будет снимать задержкой действия. Причем в ожидании стресса у него будет развиваться диарея, связанная со свойственным данному вектору страхом опозориться; во время и после стрессового события у него будет отмечаться запор, в чём и лежат, опять же с точки зрения данной концепции, психогенные корни синдрома раздражённого толстого кишечника.

Описанные психологические механизмы формирования расстройств дефекации, увы, относятся не только к физиологии. В психологическом плане, человек с неразвитым или фрустрированным анальным вектором: злопамятный, обидчивый, мстительный; заложник плохого опыта; патологически неспособный сделать выбор, страдает прокрастинацией, склонен к критиканству и избыточному употреблению туалетной лексики; домашний садист, физический или вербальный, склонный к насильственным и сексуальным преступлениям, включая педофилию.

Согласно данным литературы, здоровый ребенок достигает необходимой физиологической зрелости для приучения к горшку в возрасте от 18 до 24 месяцев. Слишком же раннее формирование туалетных навыков, не учитывающее степень зрелости мышц и нервной системы; как и задержка этого процесса, могут приводить к развитию функциональных запоров. Важным методом профилактики запоров у детей раннего возраста является туалетный тренинг, который рекомендует высаживание ребенка на горшок 2–3 раза в день с полутора лет после приема пищи. Горшок должен быть красивый и комфортный, ребёнок может взять с собой в туалет игрушки; родитель первое время может присутствовать рядом и даже держать ребёнка за руки; можно включить магнитофон с приятной музыкой или нестрашной сказкой. Наиболее физиологичной считается утренняя дефекация после завтрака, которой способствует развитие гастроколитического рефлекса, усиливающего перистальтику кишечника за счет растяжения желудка пищей [8,11,18,23,24]. Ребёнка ни в коем случае нельзя торопить, тем более – сдёргивать с горшка. Это, а также насильственное (конфликтное) приучение к горшку, при котором применяются давление и наказание, могут привести к расстройствам дефекации, запорам, энкопезу и отказу от пользования горшком [1,6,11,18,19]. Попытки же родителей торопить

ребёнка, сидящего на горшке, тем более сдёргивать его с горшка, как и в принципе подгонять и перебивать ребёнка, обладающего медленным темпераментом (анального – в терминологии концепции восьмимерности психического), способны привести не только к вышеуказанным тяжёлым физиологическим проблемам, но и к формированию заикания, а также к вышеизложенной серьёзной задержке психосексуального развития такого ребёнка.

**Заключение:** Функциональные запоры – одна из самых распространённых проблем в педиатрии, однако функциональный запор при правильной тактике родителей либо вообще не возникает, либо носит проходящий характер и разрешается, как только ребёнок становится уверен в том, что дефекация не будет сопровождаться болью.

Ребёнок, начиная с 18 месяцев, уже способен удерживать кал, а значит может и должен пользоваться горшком, а в последствии и туалетом. Процесс приучения к горшку/туалету любого ребёнка занимает длительное время и не всегда проходит гладко, однако, для ребёнка – обладателя анального вектора – он приобретает особое значение, причём не только в физиологическом плане (чтобы избежать формирования страха перед дефекацией, запоров и ретентивного энкопреза), но и в плане формирования здоровой – развитой психики.

Родители и лица, осуществляющие уход, должны знать эти особенности, чтобы профилировать развитие как физиологических, так и психологических проблем ребёнка, обеспечив его гармоничное развитие, а в последующем и реализацию.

#### Список литературы:

1. Бельмер СВ, Хавкин АИ, Печкуров ДВ. Функциональные нарушения органов пищеварения у детей. Принципы диагностики и лечения (в свете Римских критериев IV). - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 170 с.
2. Бурлан Ю. Онлайн - лекции. [Электронный ресурс] URL: <https://www.yburlan.ru>
3. Бурлан Ю. Системно-векторная психология. Восемь мер бессознательного. - Москва: Изд-во МБА, 2017- 452 с.
4. Ганзен В.А. Системные описания в психологии. - Л.: Изд-во Ленингр.

ун-та, 1984. - 176 с.

5. Ганзен В.А., Толкачев В.К. Роскошь системного мышления: Руководство-практикум по развитию мышления. - СПб: Центр практической психологии «Эмпатия», 1995. - 304 с.
6. Грибакин С.Г., Хасанов И.А., Лаврова Т.Е. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей: текущие проблемы и отдаленные последствия. Вопросы детской диетологии. - 2020.-№3.-С.82–90. DOI: 10.20953/1727-5784-2020-3-82-90
7. Захарова И. Н., Сугян Н. Г., Майкова И. Д., Бережная И. В., Колобашкина И. М. Запоры у детей: в помощь педиатру. Вопросы современной педиатрии.- 2015.-№3.-С.380–386. doi: 10.15690/vsp.v14i3.1374
8. Камалова А. А., Шакирова А. Р. Функциональные запоры у детей раннего возраста: диагностика и терапия на практике. Российский вестник перинатологии и педиатрии -2016.-№ 4-6 с.
9. Корниенко Е.А. Функциональные запоры у детей.-фарматека.-2011.-№ 1-6 с.
10. Нахимовский А.И., Шишков В.В. Практическая психотерапия детей и подростков. Сер. Современный учебник.- СПб., 2003. - 383с.
11. Пахомовская Н.Л., Татьяна О.Ф., Лазарева Т.Ю. Функциональные запоры у детей. Медицинский совет. - 2022.-№1-С.106–113.
12. Сафина А.И. Запоры у детей в практике врача- педиатра. Медицинский совет. - 2022.-№12.С.50–57. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-12-50-57>.
13. Толкачев В.К. Роскошь системного самопознания: основы системно-векторного психоанализа. - СПб: Академия системного мышления В.К.Толкачева, 2008. - 392 с.
14. Толкачев В.К. Роскошь системного мышления: руководство-практикум по развитию мышления / В.К. Толкачев. - СПб: Эмпатия, 1999. - 348с.
15. Фрейд З. Положение о двух принципах психической деятельно-

сти. [электронный ресурс] Режим доступа: <https://psychic.ru/articles/classic14.htm?ysclid=lhkn9nbm6d514817168>

16. Фрейд З. Характер и анальная эротика. [электронный ресурс] Режим доступа: <https://freudproject.ru/?p=567&ysclid=liq1gej03p654442912>.

17. Функциональные расстройства кишечника у детей [Текст] : уч. пособие / Л. Е. Сафронова, Г. В. Федотова, И.В. Вахлова.-Екатеринбург:Изд-во УГМУ.- 2016.-64с.

18. Хавкин АИ, Бельмер СВ, Горелов АВ, Звягин АА, Корниенко ЕА, Нижевич АА, и др. Проект консенсуса общества детских гастроэнтерологов «Диагностика и лечение функционального запора у детей». Вопросы детской диетологии.- 2013-№6.-С.51-59.

19. Шарков С., Студеникин В., Акоев Ю., Яцык С. Рекомендации по приучению к горшку: данные американской академии педиатрии. Педиатрическая фармакология. - 2010-№2.-С.151–156.

20. Шишков В.В. Психотерапия функциональных расстройств. Карманный справочник врача и психолога / В. В. Шишков – Санкт-Петербург : Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2013. – 496 с.

21. Шишков В.В. Психотерапия функциональных расстройств. Карманный справочник врача и психолога / В. В. Шишков. Изд. 2-е, идент. – Санкт-Петербург : Издательско-Торговый Дом «Скифия», 2023. – 496 с.

22. Юнг Карл-Густав. Архетипы и коллективное бессознательное / Карл Густав Юнг [перевод А. Чечиной]. - Москва: Издательство АСТ, 2019. - 496 с.

23. American Academy of Pediatrics. Guide to Toilet Training. -2003.- 224p.

24. Brazelton T. B., Sparrow J. D. Toilet training the Brazelton way. Cambridge (MA). de Capo Press.- 2004p.

25. Burgers R., Levin A.D., Di Lorenzo C., Dijkgraaf M.G., Benninga M.A. Functional defecation disorders in children: comparing the Rome II with the Rome III criteria. J Pediatr. - 2012.-№4.-P.615–620.

26. Cheng C, Chan AO, Hui WM, et al. Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study. Aliment Pharmacol Ther.-2003. №18.-P.19–26.

27. Clifford C., Gorodzinsky F. Canadian Paediatric Society, Community Paediatrics Committee. Toilet learning: Anticipatory guidance with a child-oriented approach. Paediatr Child Health.- 2000.-№ 6.-P. 333–5.

28. Loening-Baucke V. Chronic constipation in children.- Gastroenterology.-1993.-№105.-P.1557–64.

29. Mota D. M., Barros A. J. D., Santos I., Matijasevich A. Characteristics of intestinal habits in children younger than 4 year: detecting constipation. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.- 2012.-№ 4.-P.451–456.

30. Poddar U. Approach to Constipation in Children. Indian Pediatr. -2016.-№4.-P.319–327.

31. Tabbers M.M., Di Lorenzo C., Berger M.Y., Faure C., Langendam M.W., Nurko S. et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr. - 2014.-№2.-P.258–274.

32. Shishkov V.V., Sushko I.A., Bezrukova A.V. El concepto de la octadimensionalidad de lo mental. Parte 1. Historia de la creación del concepto y sus postulados básicos. //Science in the Era of Challenges and Global Changes: сборник статей II Foreign International Scientific Conference (San Cristóbal, Декабрь 2023). – СПб.: ГНИИ «Нацразвитие».- 2023.

33. Shishkov V.V., Sushko I.A., Bezrukova A.V. El concepto de la octadimensionalidad de lo mental. Parte 2. Características de ocho vectores //Trends in the development of science and global challenges: сборник статей V Foreign International Scientific Conference (Managua (Nicaragua), Январь 2024) . – СПб.: ГНИИ «Нацразвитие».- 2024.

34. Yong D., Beattie R. M. Normal bowel habit and prevalence of constipation in primary-school children. Ambulatory Child Health. - 1998.- № 4.-P. 277–282.



## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Пашинская Н.Б., Шабалина Е.С., Никонова О.П.  
Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск  
Смоленская областная детская клиническая больница.  
*pnb17@bk.ru.*

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) является одной из актуальных проблем в детской кардиологии. Отмечена возрастающая распространенность, гетерогенность этиологии, значительный полиморфизм клинических проявлений, неблагоприятный прогноз. Манифестирует у детей в разном возрасте. Характерно длительное, относительно бессимптомное течение, с чем и связано позднее распознавание патологии.

**Цель исследования:** оценить особенности течения ДКМП у детей Смоленской области в период с 2019 по 2023 годы.

**Материал и методы:** проанализированы истории болезни 7 больных детей с ДКМП, находящихся под наблюдением в регионе. Мальчиков было 3 (42,8%), девочек - 4 (57,2%).

Возрастной состав: до 1 г. - 14,1%, от 1 до 3 лет - 14,1%, от 3 до 5 лет - 14,1%, от 5 до 10 лет - 43,6%, старше 10 лет - 14,1%.

**Результаты:** анализ показал, что у большей части детей - 5 (71,4%), патология дебютировала манифестацией осложнений, а именно, клиникой острой сердечной недостаточности с нарушениями ритма, у 2-х детей (28,6%) патология была заподозрена при ЭхоКГ, проводимой в плановом порядке. Следует отметить, что у более половины детей - 4 (57,1%) в анамнезе, за 3 мес. до манифестации клинических проявлений регистрировалась острая респираторно-вирусная инфекция, а у 2-х детей (28,6%) был диагностирован COVID-19.

Выяснено, что почти в половине случаев – у 3-х детей (42,8%) отмечен неблагоприятный перинатальный анамнез-угроза прерывания беременности и отягощенный семейный анамнез по заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Более половины детей - 5 (71,4%) старше 3-х лет, жаловались на слабость, быструю утомляемость, отмечались

одышка при физической нагрузке, боли в области сердца и за грудной различной интенсивности, у 2-х детей (28,6%) - регистрировалась тахикардия в покое. У детей до 3-х лет - 2 ребенка, со слов матерей, отмечались эпизоды немотивированного беспокойства, отказ от еды, плохой сон, плаксивость.

Результаты обследования показали, что в двух случаях ДКМП явилась следствием поздно диагностированных врожденных пороков сердца: аномалия Эбштейна и коарктация аорты. Была проведена хирургическая коррекция пороков и продолжена медикаментозная терапия сердечной недостаточности. У остальных 5 детей, наряду с кардиомегалией различной степени выраженности, клинически и по данным рентгенологического обследования, зарегистрировано по результатам ЭхоКГ снижение фракция выброса от 30 до 50%.

По данным ЭКГ: во всех случаях регистрировалась тахикардия, у 1 ребенка (14,1%) пароксизмальная тахикардия. Всем детям проводилось лечение сердечной недостаточности. У этих детей ДКМП на этапе диагностики была расценена как идиопатическая. Только в одном случае зарегистрировано восстановление фракции выброса. У остальных детей отмечено ее незначительное повышение, продолжена терапия сердечной недостаточности.

Дети нуждаются в дальнейшем дифференциально-диагностическом поиске, тщательном регулярном динамическом наблюдении и лечении, а также генетической верификации диагноза.

**Выводы:** выявлены региональные особенности ДКМП-гетерогенный генез патологии, поздняя диагностика; важность формирования групп риска с учетом отягощенного анамнеза и дальнейшего клинко-инструментального контроля с целью ранней диагностики патологии и необходимость генетической верификации диагноза как с лечебной, так и прогностической целью.

Издано по заказу  
Санкт-Петербургского регионального отделения общественной организации  
«Союз педиатров России»,  
[www.pediatriya-spb.ru](http://www.pediatriya-spb.ru)

Печать цифровая. Формат А5  
Тираж 100 экз.  
Подписано в печать 6 марта 2024 г.