



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ



Союз медицинских
работников
Санкт-Петербурга
и Северо-Западного региона



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

XI РОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ.
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2018»

Посвящается памяти профессора Игоря Михайловича Воронцова

МАТЕРИАЛЫ



2–3 марта 2018

Сборник материалов XI Российской научно-практической конференции
«ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2018».

Санкт-Петербург, 2–3 марта 2018 – СПб., 2018. – 68 с.

ОРГАНИЗАТОРЫ ФОРУМА:

- Правительство Санкт-Петербурга
- Законодательное собрание Санкт-Петербурга
- Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
- Комитет по здравоохранению Ленинградской области
- Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России»
- Союз медицинских работников Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона
- ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ
- ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ
- 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 Конференции не несет ответственности за содержание тезисов.

Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России», www.pediatricsp.ru

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

ISBN 978-5-9500353-2-6



9 785950 035326

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

XI РОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ

**«ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ.
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2018»**

ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА
ИГОРЯ МИХАЙЛОВИЧА ВОРОНЦОВА

2–3 МАРТА 2018

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Безопасность применения одноимпульсной и ритмической транскраниальной магнитной стимуляции в диагностике и лечении <i>Войтенков В. Б., Екушева Е. В., Скрипченко Н. В., Самойлова И. Г., Клишкин А. В., Черкашина И. В.</i>	8
Нейрофизиологическая диагностика у детей с последствиями клещевого энцефалита <i>Войтенков В. Б., Скрипченко Н. В., Клишкин А. В., Аксёнова А. И.</i>	9
Выявление преимущественного спектра сенсibilизации к аллергенам у пациентов г. Ярославля <i>Воронцова И. М., Потаевич Ю. А., Сыровцева А. А., Соколова А. В.</i>	11
Частота и спектр моно- и полисенсibilизации к аллергенам у пациентов разных возрастных групп <i>Воронцова И. М., Соколова А. В., Потаевич Ю. А., Сыровцева А. А.</i>	12
Клинический полиморфизм лактазной недостаточности с позиций молекулярной и популяционной генетики <i>Герасимов А. П., Богданова Н. М., Кадурина Т. И.</i>	14
Структура доброкачественных узлов щитовидной железы у детей <i>Гостимский А. В., Скородок Ю. Л., Тарайкович А. А.</i>	15
Взаимосвязь показателей специфического гуморального иммунитета и показателей аутоагрессии при воспалительных заболеваниях кишечника у детей <i>Гурина О. П., Степанова А. А., Деметтьева Е. А., Блинов А. Е., Варламова О. Н., Блинов Г. А.</i>	17
Использование ботулотоксина А для лечения косоглазия в детском возрасте <i>Докторова Т. А., Ковалевская И. С., Семенова Л. А., Тория А. Л., Гаврилова М. С.</i>	18
Знание и отношение участковых врачей-педиатров к смесям на основе козьего молока <i>Елизарова Т. В., Зрячкин Н. И., Зайцева Г. В., Кузнецова М. А.</i>	20
Физическое развитие детей с бронхиальной астмой <i>Кисельникова О. В., Кузина Е. Н., Мозжухина Л. И., Ганичева Н. П., Сташина В. Н.</i>	22
Региональные особенности хронической болезни почек у детей <i>Кисельникова О. В., Кузина Е. Н., Мозжухина Л. И., Ратынская Н. В., Борисенко Г. Н.</i>	25
Ошибки, допускаемые врачами-педиатрами при лечении детей с ОРВИ <i>Кузнецова М. А., Царева Ю. А.</i>	28

Наследственные гиперкератозы в практике педиатра <i>Леина Л. М., Горланов И. А., Миляевская И. Р., Александрова И. Ю., Петухова А. А.</i>	30
Эффективность профилактики респираторных заболеваний у спортсменов-подростков <i>Маринич В. В., Мизерницкий Ю. Л.</i>	33
Особенности функционального состояния вегетативной нервной системы юных спортсменов в игровых видах спорта на основании анализа психологических и психофизиологических показателей <i>Маринич В. В., Шепелевич Н. В., Маринич Т. В., Сень А. Г.</i>	34
Эффективность использования пробиотика, содержащего <i>L. Rhamnosus</i> gg, в коррекции антибиотик-ассоциированных синдромов при комплексном лечении острого пиелонефрита у детей раннего возраста <i>Налетов А. В., Лянник В. А., Масюта Д. И., Бычков Д. В.</i>	38
Проблемы в диагностике и лечении синдрома анафилаксии <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина У. А., Бочкова М. Е.</i>	39
Аллергические реакции на рыбу и морепродукты у сенсибилизированных детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина У. А., Бочкова М. Е.</i>	41
Частота аллергии на кунжут у детей с аллергией к орехам <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина У. А., Бочкова М. Е.</i>	42
Зависимость реакций на куриное яйцо от уровня общего IgE и специфических IgE-антител при пищевой аллергии у детей <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина У. А., Бочкова М. Е.</i>	43
Механизм иммуномодулирующего действия бактериальных лизатов у детей с бронхиальной астмой: Влияние на макрофаги <i>Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина У. А., Майхуб М.</i>	44
Влияние антропометрических характеристик родителей на пищевое поведение их детей в периоде раннего детства <i>Прилуцкая В. А., Шишко Ю. А.</i>	46
Организация медицинской реабилитации у детей, перенесших нейроинфекции <i>Самойлова И. Г.</i>	49
Оценка экспрессии антител факторов ангиогенеза в плацентарной ткани при преэклампсии <i>Соколова А. А.</i>	50

Клинический случай полной АВ-блокады у ребенка на фоне приема матерью фенобарбитала во время беременности <i>Судоргина Е. Ф., Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Якупова Р. Ш.</i>	51
Трудности диагностики анафилаксии у детей <i>Царева Ю. А., Кузнецова М. А.</i>	53
Модель оказания медицинской помощи детям на принципах бережливого производства <i>Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Шеенкова М. В., Якупова Р. Ш.</i>	55
Региональные особенности распространенности и течения сахарного диабета у детей <i>Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Шеенкова М. В., Якупова Р. Ш.</i>	61
Оценка уровня профессиональной адаптации спортсменов на основе полиморфных локусов генов нейромедиаторных систем и типов поведения по шкале AVEM <i>Шепелевич Н. В., Маринич В. В., Лемешевская С. Н., Лебедь Т. Л., Сень А. Г.</i>	64
Особенности туберкулеза у детей из семей мигрантов <i>Яровая Ю. А., Васильева Е. Б., Клочкова Л. В., Жанарстанова С. Т.</i>	66

БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОИМПУЛЬСНОЙ И РИТМИЧЕСКОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

Войтенков В. Б.¹, Екушева Е. В.², Скрипченко Н. В.¹, Самойлова И. Г.¹,
Климкин А. В.¹, Черкашина И. В.¹

¹ФГБУ Детский научно-клинический центр инфекционных болезней
Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург;

²ФГБОУ дополнительного профессионального образования Институт
повышения квалификации Федерального медико-биологического
агентства, Москва

Вопрос о безопасности применения ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (рТМС) имеет большое практическое значение в клинической практике. Целью нашего исследования явилось изучение безопасности клинического применения одноимпульсной рутинной и ритмической транскраниальной магнитной стимуляции на большой выборке взрослых и детей.

Материалы и методы. За период времени 2010–2017 гг. в учреждениях системы ФМБА России ТМС применялась у 942 детей (средний возраст $10 \pm 1,7$ лет (1–18 лет), 546 девочек и 396 мальчиков), а также у 731 взрослых (средний возраст $56,8 \pm 1,5$ лет (18–72 лет), 321 мужчина и 410 женщин) всего у 1631 человека. Представленная выборка отличалась широким спектром нозологических форм: у взрослых — это ишемический инсульт, рассеянный склероз, наследственная спастическая параплегия, поражение спинного мозга различной этиологии, первичные головные боли и болевой синдром иной этиологии; у детей — это последствия энцефалитов, менингитов, миелита и детский церебральный паралич. ТМС применялась по одноимпульсному протоколу (single-pulse protocol) с целью диагностики и ритмическая с частотой 1 Гц (низкочастотная рТМС) — в комплексном восстановительном лечении. Использовался магнитный стимулятор Нейро-МС (компания «Нейрософт», Иваново, Россия). Максимальная мощность индуктора при одноимпульсном протоколе составляла 100%, при рТМС — 40%. Результаты и обсуждение. Ни в одном случае применения ТМС как у взрослых, так и у детей не было зарегистрировано серьезных нежелательных явлений, таких как судорожные припадки, значимое ухудшение общего состояния, слуха и уровня сознания, требующих последующей коррекции.

Предъявлялись в 10–15% случаев субъективные жалобы на локальный дискомфорт в области проводимой сегментарной стимуляции, головные боли умеренной интенсивности (20% взрослых и 30% детей), неприятные ощущения по ходу тройничного нерва при стимуляции соответствующих зон головы. Маленькие дети выражали неудовольствие общей обстановкой проведения исследования и лечения в 20–30% случаев. Выводы. Полученные нами данные подтверждают безопасность применения ритмической ТМС и ТМС по одноимпульсному протоколу у здоровых разного возраста и взрослых и детей с широким спектром заболеваний.

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Войтенков В. Б., Скрипченко Н. В., Климкин А. В., Аксёнова А. И.
Федеральное государственное бюджетное учреждение Детский Научно-клинический центр инфекционных болезней федерального медико-биологического агентства, 197022 Санкт-Петербург, Россия

В диагностическом процессе при ведении нейроинфекций большую роль в настоящее время играют нейрофизиологические методики.

Цель: исследовать состояние центральной нервной системы у детей, перенесших клещевой энцефалит, с помощью методик нейрофизиологической диагностики.

Материалы и методы. В ФГБУ ДНКЦИБ обследовано 17 детей в периоде реконвалесценции после перенесенного клещевого энцефалита (КЭ) (возраст 7–18 лет, 11 мальчиков, 6 девочек) и 30 детей контрольной группы, сравнимого возраста. Пациентам проводились исследование зрительных вызванных потенциалов (ЗВП) и диагностическая транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС) на момент поступления и по окончании лечения (перед выпиской из стационара). ТКМС проводилась согласно стандартных общепринятых процедур. Показатели группы сравнения сверялись с данными нормативной базы по показателям ВМО у детей. Срок с момента появления первых симптомов и обследованием составлял от 1 до 15 месяцев, средний 4,2 месяца.

Результаты. При исследовании ЗВП при изучении каждого конкретного случая выявлено, что легкое отклонение от нормы по показателям латентности (верхний предел нормы 105–106 мс) наблюдалось у 6 (30%) пациентов. Значительное отклонение от нормы (латентность P100 130 мс) имело место у одного пациента (6%). Снижение амплитуды P100 менее 12 мкВ отмечалось у 7 (40%) пациентов. Значительное снижение амплитуды (до 1,7–4 мкВ) имело место у 2 детей (13%). Средняя разница амплитуд между сторонами по группе в целом составила 1,75 мкВ. Значительная разница амплитуд между сторонами (более 3 мкВ) имела место у 7 пациентов (6,7%). После проведенного лечения при повторном исследовании зарегистрировано достоверное укорочение латентности P100 ($с\ 119,5 \pm 4,2$ до $101,4 \pm 3,8$ мс), повышение амплитуд ($с\ 5,3 \pm 2,4$ до $13,1 \pm 2,1$ мВ), уменьшение асимметрии латентностей P100 между сторонами ($с\ 15,2 \pm 10,1$ до $4,05 \pm 1,02$ мс). При исследовании ТКМС при анализе каждого отдельного случая в группе энцефалитов в 50% случаев ($n = 9$) отмечались характерные изменения формы ВМО (дисперсность); в 20% случаев ($n = 4$) отмечалась разница ВЦМП между сторонами более 3 мс. Выводы. У 40% детей с КЭ отмечались признаки диффузного снижения функциональной активности зрительной коры, у 30% — умеренного неспецифического замедления проведения по зрительным путям. Нейрофизиологические изменения, которые можно расценить как признаки выраженного нарушения проведения по зрительным путям, отмечены в 3% случаев. Диагностическая ТКМС в 80% случаев очагового поражения ЦНС при клещевом энцефалите позволяла выявлять патологические изменения. После проведенного лечения у пациентов наблюдалось достоверное улучшение проведения по зрительным путям и повышение функциональной активности нейронов зрительной коры.

ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО СПЕКТРА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К АЛЛЕРГЕНАМ У ПАЦИЕНТОВ Г. ЯРОСЛАВЛЯ

*Воронцова И. М., Потаевич Ю. А., Сыровцева А. А., Соколова А. В.
ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет
Минздрава России, г. Ярославль*

Цель исследования. Выявить спектр сенсibilизации к основным группам аллергенов среди детского и взрослого населения с аллергопатологией в г. Ярославле.

Материалы и методы. Мета-анализ амбулаторных карт и результатов прик-тестов с бытовыми, пылевыми, эпидермальными и грибковыми аллергенами за 2014–2017 годы. Исследуемый контингент составили 79 пациентов с аллергическими заболеваниями: 41 взрослый (18–60 лет) и 38 детей (3–17 лет). Результаты обработаны с помощью статистической программы StatSoft STATISTICA 10.

Результаты. Анализ общей выборки выявил преимущественную сенсibilизацию к клещам домашней пыли и пыльце деревьев — 25,5% и 24,8% пациентов, соответственно. На третьем месте по частоте оказались эпидермальные аллергены (эпителий кошки и шерсть собаки), к которым сенсibilизировано 18% пациентов. Пыльца луговых и сорных трав оказалась причиной сенсibilизации 12,5% и 11,8% пациентов, соответственно. Сенсibilизация к плесневым грибковым аллергенам оказалась на последнем по значимости месте — 7,4%.

При анализе данных по возрастным группам преимущественный спектр сенсibilизации не изменился, хотя порядок их значимости для детей и взрослых стал различаться (Табл. 1):

Причинно-значимый аллерген	Частота выявления, %	
	взрослые	дети
Клещи домашней пыли	25,0	26,15
Пыльца деревьев	26,04	23,08
Эпидермальные	16,67	20,0
Пыльца луговых трав	15,63	7,69

Пыльца сорных трав	10,42	13,85
Плесневые грибковые	6,24	9,23

Табл. 1. Спектр сенсибилизации пациентов разных возрастных групп

Так, у взрослых доминирующими оказались пыльца деревьев и клещ домашней пыли. Эпидермальные аллергены и пыльца луговых трав послужила причиной сенсибилизации равного количества взрослых пациентов. У детей основными группами причинно-значимых аллергенов оказались клещ домашней пыли, пыльца деревьев и эпидермальные аллергены (по убыванию значимости). Интересным оказался факт большей значимости для детей сенсибилизации к пыльце сорных, чем луговых, трав.

Выводы. Анализ общей популяции пациентов с аллергическими заболеваниями без разделения по возрасту в г. Ярославле выявил три главных группы причинно-значимых аллергенов: бытовые (клещ домашней пыли), пыльцевые (пыльца деревьев) и эпидермальные (эпителии кошки и шерсть собаки). При этом взрослые с одинаковой частотой сенсибилизированы и к пыльце деревьев, и к клещам домашней пыли. Для детей основными источниками сенсибилизации оказались все три указанные группы аллергенов. Выявленная закономерность должна послужить обоснованием информирования семей и пациентов из группы риска по аллергическим заболеваниям в плане создания гипоаллергенного быта.

ЧАСТОТА И СПЕКТР МОНО- И ПОЛИСЕНСИБИЛИЗАЦИИ К АЛЛЕРГЕНАМ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

*Воронцова И. М., Соколова А. В., Потаевич Ю. А., Сыровцева А. А.
ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет
Минздрава России, г. Ярославль*

Цель исследования. Выявить спектр и частоту моно- и полисенсибилизации среди детей и взрослых с аллергопатологией в г. Ярославле. Материалы и методы. Мета-анализ данных амбулаторных карт и результатов прик-тестов с бытовыми, пыльцевыми, эпидермальными и грибковыми аллергенами за 2014–2017 годы. Исследуемый

контингент составили 79 пациентов с аллергическими заболеваниями: 41 взрослый (18–60 лет) и 38 детей (3–17 лет). Результаты обработаны с помощью статистической программы StatSoft STATISTICA 10.

Результаты. Анализ общей выборки выявил преимущественную сенсибилизацию пациентов к трём группам аллергенов: аллергенам клещей домашней пыли (КДП) — 25,5% пациентов, пыльцы деревьев (ПДер) — 24,8% и эпидермальным (Эп) аллергенам — эпителию кошки и шерсти собаки — 18%.

Из 79 пациентов моносенсибилизация определена у 28 человек (35,4%), из них 17 детей (60,7%) и 11 взрослых (39,3%). Полисенсибилизация выявлена у 51 пациента (64,6%), из которых 30 взрослых (58,8%) и 21 ребёнок (41,2%). При анализе всей популяции пациентов выяснилось, что моносенсибилизация чаще встречалась у детей (21,5%), чем у взрослых (13,9%). Полисенсибилизация чаще встречалась у взрослых — 38%, чем у детей — 26,6%.

Анализ частоты моно- и полисенсибилизации в детской группе пациентов выявил небольшое превалирование полисенсибилизации (26,6%) над моносенсибилизацией (21,5%). Во взрослой популяции полисенсибилизация однозначно доминировала: 38% против 13,9% пациентов с моносенсибилизацией.

При анализе общей группы полисенсибилизированных пациентов выяснилось, что самыми частыми комбинациями причинно-значимых аллергенов оказались КДП+ПДер — 37,3% и КДП+Эп — 35,3%. Такая тенденция сохранялась и при анализе по возрастам внутри групп полисенсибилизированных пациентов. В группе взрослых комбинация КДП+ПДер выявлена в 43,3%, КДП+Эп — в 40%. В группе детей оба сочетания причинно-значимых аллергенов выявлялись с одинаковой частотой — по 28,6%.

Выводы. Среди обследованных пациентов с аллергопатологией моносенсибилизация у детей была более частым явлением, чем у взрослых. Однако, анализ внутри детской группы выявил превалирование поли- над моносенсибилизацией. Следовательно, обследование детского контингента на наличие аллергопатологии должно проводиться в более раннем возрасте, поскольку выявление аллергического заболевания, создание гипоаллергенного быта, соблюдение диеты и назначений врача, а также проведение АСИТ причинно-значимыми аллергенами позволит затормозить расширение спектра сенсибилизации, прогрессирование заболевания и улучшить качество жизни пациента.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОЗИЦИЙ МОЛЕКУЛЯРНОЙ И ПОПУЛЯЦИОННОЙ ГЕНЕТИКИ

Герасимов А. П.^{1,2,3}, Богданова Н. М.^{1,4}, Кадурина Т. И.²

¹ ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России,

² ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,

³ ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России,

⁴ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

Ранее опубликованные исследования (Е. М. Булатова с соавт., 2014) показали достаточно высокую частоту встречаемости как клинически явной лактазной недостаточности (ЛН) у детей Санкт-Петербурга — 5%, так и ее латентных форм — 45%. Популяционная частота данной патологии в мире: Швеция, Дания — 3%; Финляндия, Швейцария — 16%, Англия — 20–30%, Франция — 42%, страны Юго-Восточной Азии, афроамериканцы — 98%; Россия — 16–18%, северная часть — до 35%. Сравнительно высокая частота мутантных аллелей наблюдается в африканской популяции южнее Сахары, у жителей Кавказа, греков-киприотов, индейцев Южной Америки, где не развито молочное животноводство. Весьма редко данная патология встречается в племенах масаев, фулани и тасси (Африка), где выращивают молочный скот.

Появившиеся в последние годы возможности молекулярной диагностики ставят практического врача перед выбором оптимального пути верификации диагноза. На сегодня известны две клинически полиморфные и генетически гетерогенные нозологические формы данной патологии: врожденная ЛН (lactase deficiency, congenital, OMIM: 223000) и непереносимость лактазы взрослого типа (lactase intolerance, adult type, OMIM: 223100). Врожденная ЛН наследуется аутосомно-рецессивно и обусловлена мутациями в гене LCT, расположенном в локусе 2q21.3 и характеризуется тяжёлым клиническим течением из-за практически полного отсутствия лактазы. В финской популяции описано 5 мутаций, одна из которых является доминирующей мажорной. Это нонсенс-мутация 4170T-A (Y1390X), частота которой составляет 84%, что указывает на эффект основателя.

ЛН взрослого типа обусловлена мутациями в гене MCM6, локализованном в том же локусе 2q21.3, рядом с геном LCT. Данный ген является регулятором активности гена LCT, что связано с межгенным

взаимодействием. Данное заболевание наследуется аутосомно-доминантно, дебютирует в более позднем возрасте и протекает клинически легче, так как снижение активности фермента составляет всего 5–10% от нормы. К наиболее изученным относятся полиморфизмы C/T(-13910) и G/A(-22018). При этом в европейской популяции наиболее часто встречается вариант T (-13910), ассоциированный с практически сохранной функцией фермента. Для каждой популяции характерны свои полиморфизмы. Так, показано различие полиморфизмов в гене MCM6 в африканской и кавказской популяциях. «Свои», более редкие однонуклеотидные замены встречаются в южноафриканской популяции.

В практической деятельности врача нередко встречается вторичная (транзиторная) непереносимость лактозы, которая может возникнуть при заболеваниях, сопровождающихся поражением энтероцитов кишечника, вследствие диареи, паразитарных инфекций, оперативных вмешательств, хронических гипоксических состояний, функциональной ферментативной незрелости недоношенных детей и др. Данный вариант можно расценить как фенкопию наследственной ЛН.

Таким образом, лактазная недостаточность генетически гетерогенная и клинически полиморфная наследственная патология, которая может быть обусловлена различными мутациями в генах LCT и MCM6. С учетом данного обстоятельства выбору метода молекулярной диагностики должен предшествовать тщательный анализ клинической картины, популяционной принадлежности пациента и семейного анамнеза.

СТРУКТУРА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ УЗЛОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Гостимский А. В., Скородок Ю. Л., Тарайкович А. А.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, кафедра общей медицинской практики; кафедра педиатрии, эндокринологии и абилитологии ФП и ДПО

Актуальность. В последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты узлового зоба у детей. Клиническое значение узловых новообразований щитовидной железы (ЩЖ) определяется относительно высокой долей карцином, что определяет онкологическую настороженность. Наряду с этим, актуальность данного исследования обусловлена

возрастающим количеством хирургических вмешательств и тем, что структура доброкачественных образований ЩЖ у детей не изучена.

Цель. Изучение структуры доброкачественных узлов ЩЖ у детей.

Материалы и методы. Анализированы истории болезни 159 детей, перенесших операции на ЩЖ в период с 1996 по 2015 год. Из анализа исключали истории пациентов с диагнозом карцинома ЩЖ. Оценивали клиническую картину, распределение пациентов по полу и возрасту, результаты тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии (ТПАБ) и гистологического исследования.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $13,5 \pm 3,03$ лет; большинство детей (123 (77,3%) наблюдения) были пубертатного возраста; младшему пациенту на момент операции было 4 года. Девочек было 113 (71%), мальчиков — 46 (29%); соотношение 2,5:1. Одиночные доброкачественные образования обнаружены у 127 (79,9%) детей: у 76 (47,8%) в правой доле ЩЖ, у 50 (31,4%) в левой, у 1 (0,6%) в перешейке ЩЖ. У 32 (20,1%) пациентов выявлено 2 и более узлов с поражением обеих долей. ТПАБ проводилась 145 (91,1%) пациентам. Результаты цитологического исследования распределились следующим образом: 75 (51,7%) — коллоидный узел, 66 (45,5%) — фолликулярная опухоль, 2 (1,4%) — бронхиогенная киста. В 2 (1,4%) случаях диагностирована папиллярная карцинома.

Гемитиреоидэктомия выполнена 123 (77,3%) пациентам, тиреоидэктомия — 35 (22,1%) больным. В случае кисты перешейка ЩЖ была проведена резекция перешейка.

Наиболее частым гистологическим диагнозом была фолликулярная аденома у 135 (84,9%) пациентов: одиночная в 96 (60,3%) и множественная в 39 (24,5%) случаях. Узловой коллоидный зоб диагностирован в 17 (10,7%) случаях. Эктопированная ткань тимуса и бронхиогенная киста выявлены в 2 (1,3%) и 5 (3,1%) наблюдениях соответственно.

Выводы: В структуре узловых образований ЩЖ у детей преобладают доброкачественные опухоли — фолликулярные аденомы (единичные и множественные), в то время как узловой коллоидный зоб встречается лишь в каждом десятом случае.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ АУТОАГРЕССИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

*Гурина О. П., Степанова А. А., Дементьева Е. А., Блинов А. Е.,
Варламова О. Н., Блинов Г. А.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ,
г. Санкт-Петербург*

Цель исследования: изучение корреляционных связей между показателями гуморального иммунного ответа, специфическими антителами к *Saccharomyces cerevisiae* и *Candida albicans* и аутоантителами при болезни Крона у детей.

Материалы и методы: в сыворотке крови 62 детей в возрасте от 2 до 17 лет с диагнозом болезнь Крона проведено исследование уровня иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG (радиальная иммунодиффузия), IgE (ИФА — Алкор-Био, Россия), антител к *Candida albicans* IgA, IgM, IgG, IgE (ИФА — Вектор-Бест, Россия), *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) IgA, IgG, IgE, антинейтрофильных цитоплазматических антител (ANCA) MPO и PR3, антинуклеарных антител (ANA), антител к DNAs, DNAss (ИФА — Orgentec, Германия), антител (АТ) к антигенам (АГ) тонкого и толстого кишечника, АГ поджелудочной железы (ИФА — Навина, Россия).

Результаты: при оценке результатов корреляционного анализа обращают на себя внимание:

- 1) сильная положительная корреляция между уровнем АТ к АГ тонкого и толстого кишечника ($r = 0,78$);
- 2) положительная корреляция средней степени между уровнем АТ к АГ тонкого кишечника и IgM, ANCA PR3, ASCA IgE, антител к *Candida albicans* IgM, G, E, антител к АГ поджелудочной железы ($r =$ от 0,3 до 0,57);
- 3) средняя степень положительной корреляции между концентрациями АТ к АГ толстого кишечника и IgA, IgM, ANCA PR3, DNAss, ASCA IgE, АТ к АГ поджелудочной железы ($r =$ от 0,3 до 0,56);

4) сильная положительная корреляция между концентрациями IgA к *Candida albicans* и ANA ($r = 0,83$);

5) положительная корреляция средней степени между ANA и IgE ($r = 0,67$), ANA и ASCA IgE, ASCA IgA, ASCA IgG ($r = 0,69, 0,68, 0,59$, соответственно).

Выводы. Обнаружение антител к *Saccharomyces cerevisiae*, *Candida albicans*, АГ цитоплазмы нейтрофилов, антиядерных антител (ANA), антител к DNAds, DNAss, АГ тонкого и толстого кишечника, поджелудочной железы и выраженная степень положительной корреляции многих показателей аутоиммунного реагирования позволяет судить об интенсивности иммунопатологического процесса при болезни Крона у детей. Иммунодиагностика при болезни Крона помогает оценить тяжесть течения заболевания, оптимизировать подбор индивидуальной иммунокорректирующей терапии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БОТУЛОТОКСИНА А ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КОСОГЛАЗИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Докторова Т. А., Ковалевская И. С., Семенова Л. А., Тория А. Л.,
Гаврилова М. С.*

*Военно-Медицинская Академия им. С.М. Кирова, Офтальмологическая
клиника «Эксимер», СПб ГБУЗ Детская городская больница
им. К. А. Раухфуса, Медицинский центр «Окодент»,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Согласно статистике 1,5–3,8% детей страдают явным косоглазием (А. В. Хватова, Н. И. Пильман, Е. Р. Романова, Т. П. Кащенко и др.). Наиболее целесообразно устранение косоглазия в детском возрасте, что способствует повышению эффективности дальнейшего функционального лечения и улучшает прогноз восстановления зрительных функций. Приоритетным является принцип комплексного лечения косоглазия. В современной практике все чаще проводится процедура хемоденервации (ХД) с использованием препарата на основе ботулотоксина А (БА) (Ботокс®, Диспорт®).

Цель. Провести клинический анализ эффективности ХД с использованием БА в комплексной терапии косоглазия в детском возрасте.

Материал и методы. В исследование были включены пациенты до 18 лет с различными нарушениями функции глазодвигательных мышц. Обследование (до и после ХД) включало в себя: стандартный офтальмологический осмотр, исследование движения глаз в диагностических направлениях зрения, страбизметрию и координиметрию (у детей более старшего возраста). ХД была выполнена пациентам, у которых не было достигнуто функциональное выздоровление с применением консервативных методов лечения. При ХД использовался препарат на основе БА, который интраоперационно инъекционно вводился в экстраокулярные мышцы (ЭОМ) — ипсилатеральный антагонист (ИЛА) и контралатеральный синергист (КЛС) пораженной ЭОМ, под непосредственным визуальным контролем. Доза вводимого препарата рассчитывалась индивидуально, в зависимости от возраста пациента, вида и степени нарушения глазодвигательной системы (ГДС) и применяемого препарата (Ботокс®). Средний срок наблюдения пациентов от 6 месяцев до 5 лет.

Результаты.

- У всех пациентов наблюдается достоверное уменьшение исходного угла отклонения и компенсация диплопии, возврата симптоматики до исходного уровня не зафиксировано;
- максимальная компенсация косоглазия отмечается на высоте действия препарата — с 2 по 4 месяц после ХД;
- гиперэффект после ХД расценивается как положительный прогноз для восстановления баланса ГДС;
- при необходимости выполнения оперативного лечения последующий объем был значительно уменьшен после проведения ХД;
- комплексное лечение пациентов с косоглазием, включающее призматическую коррекцию, ортоптическое лечение и ХД ЭОМ позволило достичь состояния функционального выздоровления без последующего оперативного лечения.

Выводы.

1. В зависимости от исходной величины девиации, после завершения действия ХД с применением БА, у пациентов наблюдается уменьшение угла отклонения или исчезновение косоглазия.

2. Проведение ХД наиболее эффективно в ходе комплексной терапии нарушений функции глазодвигательных мышц.

ЗНАНИЕ И ОТНОШЕНИЕ УЧАСТКОВЫХ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ К СМЕСЯМ НА ОСНОВЕ КОЗЬЕГО МОЛОКА

Елизарова Т. В., Зрячкин Н. И., Зайцева Г. В., Кузнецова М. А.
ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов

В последние десятилетия проведены научные исследования, указывающие на возможность использования смесей на основе козьего молока в питании детей раннего возраста в качестве альтернативы таковым на основе коровьего молока [1,2].

Показан ряд важных отличий продуктов из козьего молока, создающих преимущества в сравнении со смесями на основе коровьего молока: лучшая усвояемость жира и железа, низкая аллергенность, исчезновение кишечных колик, возникавших при вскармливании смесями на основе коровьего молока [3,4]. Доказано положительное влияние козьего молока на течение ряда заболеваний у детей [5]. Установлено нормализующее действие на характер стула у детей со склонностью к запорам и лучшая переносимость адаптированных смесей на основе козьего молока у детей первого года жизни. Отсутствие отрицательного влияния на показатели физического развития детей, получавших смеси на основе козьего молока, от показателей массы и роста у детей, употреблявших смеси на основе коровьего молока [6].

Целью нашего исследования было выявить знание и отношение участковых педиатров к адаптированным молочным смесям на основе козьего молока.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели были проанализированы анкеты, на которые участковые педиатры Саратовской области, проходившие общее усовершенствование на кафедре педиатрии Института подготовки кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования в 2017 году, отвечали анонимно. Анкетирование проходило по разработанному опроснику, до изучения темы посвященной детскому питанию на основе козьего молока, который состоял из восьми расширенных вопросов.

Результаты. В анкетировании приняли участие 48 участковых врачей-педиатров, у 83,3% которых врачебный стаж был более 20 лет. 8,3% опрошенных отметили, что они ранее не слышали о продуктах

детского питания на основе козьего молока. Бесспорным лидером среди фирм-производителей детского питания на основе козьего молока, с которыми знакомы участковые врачи-педиатры, была указана Биби-коль («Нэнни») — 62,5%. На втором месте — MD («MDмил •SPКозочка») (25%), «Мамако» и «Kabrita» — 16,67% и 4,17% соответственно. На вопрос — рекомендуете ли вы своим пациентам адаптированные смеси на основе козьего молока? — положительно ответили 29,2%, из которых: 14,3% врачей рекомендуют данное питание для здоровых детей с целью профилактики аллергии, 28,6% — для детей с проявлениями аллергии/атопического дерматита, и 42,9% — по просьбе родителей (4,17%, 8,3% и 12,5%, соответственно, от общего числа врачей, участвовавших в анкетировании). Отрицательно ответили 70,8% опрошенных, указав причины: 35,3% врачей считают, что смеси на основе козьего молока больше вредны, чем полезны, 23,5% — не доверяют им так как мало информации, 35,5% — очень дорогие и 29,4% — не назначают, так как не знают где родители могут их приобрести (25%, 16,67%, 25% и 20,83%, соответственно, от общего числа опрошенных врачей). Об опыте применения молочных смесей на основе козьего молока указали только 20,3% опрошенных врачей, которые отметили положительные результаты и отсутствие побочных реакций у детей или их отказ от питания данным видом смеси.

Заключение. Таким образом, по результатам проведенного анонимного анкетирования было выявлено, что участковые врачи-педиатры недостаточно информированы о преимуществах адаптированных молочных смесей на основе козьего молока в сравнении со смесями на основе коровьего молока и показаниях к назначению данного вида смесей.

Список литературы.

1. Боровик Т. Э., Семенова Н. Н., Лукоянова О. Л., Звонкова Н. Г., Скворцова В. А., Захарова И. Н., Степанова Т. Н. К вопросу о возможности использования козьего молока и адаптированных молочных смесей на его основе в детском питании. Вопросы современной педиатрии. 2013; 12 (1): 8–16
2. Казюкова Т. В., Ильенко Л. И., Котлуков В. К. Козье молоко в питании детей грудного и раннего возраста. Педиатрия. 2017; 96 (1): 75–82.
3. Боровик Т. Э., Семёнова Н. Н., Лукоянова О. Л., Звонкова Н. Г., Бушуева Т. В., Степанова Т. Н., Скворцова В. А., Мельничук О. С., Копыльцова Е. А., Семикина Е. Л., Захарова И. Н., Рюмина И. И., Нароган М. В.,

Грошева Е. В., Ханферьян Р. А., Савченко Е. А., Белоусова Т. В., Ёлкина Т. Н., Суровкина Е. А., Татаренко Ю. А. Эффективность использования адаптированной смеси на основе козьего молока в питании здоровых детей первого полугодия жизни: результаты многоцентрового проспективного сравнительного исследования. Вопросы современной педиатрии. 2017; 16(3): 226–234.

4. Захарова Н. И., Холодова Н. И., Нечаева В. В. Смеси на основе козьего молока: есть ли преимущества? Медицинский совет. 2016; 16: 22–26.

5. Диетическая коррекция рационов питания детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта специализированными продуктами на основе козьего молока. Метод. рекомендац. для врачей. С.–Пб. 2006. 19 с.

6. Боровик Т. Э., Лукоянов О. Л., Семёнова Н. Н., Звонкова Н. Г., Бушуева Т. В., Степанова Т. Н., Копыльцова Е. А., Мельничук О. С. Опыт применения детской адаптированной смеси на основе козьего молока в питании здоровых детей первого полугодия жизни Вопросы современной педиатрии. 2014; 13 (2): 44–54.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кисельникова О. В., Кузина Е. Н., Мозжухина Л. И., Ганичева Н. П., Сташина В. Н.

*ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет»
МЗ РФ, ГУЗ ЯО «Детская поликлиника №3», Ярославль, Россия*

Актуальность. Недостаточный контроль над симптомами БА в значительной степени обусловлено снижением функциональных показателей и адаптивного резерва физиологических систем пациента. Комплексную характеристику этих параметров можно получить, анализируя уровень физического здоровья (ФЗ) больного. Важнейшей составляющей ФЗ является физическое развитие (ФР), гармоничность которого считается одним из главных критериев здоровья ребенка.

Цель: оценить ФР детей с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 359 больных атопической бронхиальной астмой в возрасте 4–14 лет, группу

сравнения составили 210 детей 2–3 групп здоровья, не имеющих патологии системы органов дыхания; группы рандомизированы по возрастному и гендерному признаку. ФР оценивалось согласно стандартам (ВОЗ ANTHROPLUS). Применялся биоимпедансный анализ с помощью анализатора ABC-01 «Медасс». Анализ компонентного состава тела осуществлялся в соответствии со стандартной методикой в утренние часы. Оценивались следующие параметры: основной обмен (ОО); фазовый угол (ФУ); жировая масса тела (ЖМТ); процентное содержание жира в теле (% ЖМТ); безжировая (тощая) масса тела (БМТ); активная клеточная масса (АКМ); процентное содержание АКМ в безжировой массе (% АКМ); скелетно-мышечная масса (СММ); процентное содержание СММ в безжировой массе (% СММ); удельный (нормированный на площадь поверхности тела) основной обмен (УОО); общая вода организма (ОВО); объем внеклеточной жидкости (ВКЖ).

Статистическую обработку материала проводили с использованием программы STATISTICA версии 7.0 с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. При обследовании детей с БА нами выявлено, что при сопоставимой общей частоте нарушений в группах сравнения и основной (31,9% и 32,1%, $p > 0,05$), имеются существенные различия в структуре дисгармоничного ФР. У больных достоверно преобладает избыток массы тела (71,8% против 59,5%, $p < 0,01$) и низкий рост (9,4% против 1,6%, $p < 0,005$). По мере увеличения стажа БА снижается доля детей с нормальным ФР, увеличивается число пациентов с избыточной массой тела и низким ростом. Ожирение диагностировано среди больных в среднем вдвое чаще (7,1% против 3,5%, $p < 0,05$), и максимальная его частота отмечена у пациентов 11–15 лет (17%). В группе сравнения структура нарушений ФР была однородной в различных возрастных подгруппах.

Наиболее значимые отклонения в компонентном составе тела при атопической БА зафиксированы в группе дошкольников. Снижение величины фазового угла до $5,10 \pm 0,46$ против $6,59 \pm 0,91$ в группе сравнения ($p < 0,005$) указывает на нарушение состояния клеточных мембран, снижение работоспособности и уровня метаболизма в мышечной ткани.

У пациентов 4–6 лет имело место уменьшение АКМ (до $76,1 \pm 7,3\%$ против $94,9 \pm 7,1\%$, $p < 0,005$) и особенно ее доли в безжировой массе тела

(до $88,7 \pm 6,6\%$ против $171,6 \pm 32,1\%$, $p < 0,005$). Указанные изменения могут быть следствием гиподинамии и некоторого дефицита белков в пищевом рационе, что, вероятно, связано с гипоаллергенной диетой, назначаемой больным. В данной возрастной группе в наибольшей степени представлены нарушения водного компонента тела, что выразилось значительным увеличением показателей общей (до $136,0 \pm 29,3\%$ против $106,7 \pm 14,8\%$, $p < 0,005$) и внеклеточной жидкости (до $179,7 \pm 37,2\%$ против $98,9 \pm 5,0\%$, $p < 0,005$).

У детей младшего школьного возраста (7–10 лет) большинство биоимпедансометрических параметров соответствовали референтным значениям. В старшей возрастной группе (11–15 лет) вновь отмечены значимые нарушения компонентного состава тела в виде снижения доли АКМ (до $108,8 \pm 13,9\%$ против $125,3 \pm 29,9\%$, $p < 0,05$) и уровня основного обмена ($89,4 \pm 8,6\%$ против $97,2 \pm 16,2\%$, $p < 0,05$) при резком увеличении жировой массы (ЖМ). Статистически значимый рост показателя ЖМ наблюдался во всех возрастных подгруппах, однако его степень возрастала по мере увеличения стажа заболевания. Так, у дошкольников ЖМ превышала соответствующий уровень в группе сравнения в среднем на 20%, у детей 7–10 лет уже на 53,0%, а у пациентов старшей возрастной подгруппы на 72,0% ($p < 0,005$). Результаты биоимпедансного анализа жирового компонента тела у больных детей коррелируют с данными антропометрии, которая выявила значительный рост частоты избыточной массы тела с возрастом.

Выводы. У детей, больных бронхиальной астмой, установлены нарушения физического развития, в структуре которых доминирует избыток массы тела. По мере увеличения стажа заболевания число пациентов, у которых регистрируются нарушения ФР, возрастает более чем втрое. Одновременно расширяется спектр его изменений, в частности, появляются больные с низким ростом, увеличивается частота дефицита массы тела.

Важнейшими изменениями компонентного состава тела являются высокое содержание жировой ткани, общей и внеклеточной жидкости и снижение показателей активной клеточной и скелетно-мышечной массы. Эти нарушения отражают сниженную физическую активность, сдвиги водно-электролитного баланса и некоторый белковый дефицит.

Библиографический список:

1. Архипов В. В., Григорьева Е. В., Гавришина Е. В. Контроль над бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового

наблюдательного исследования НИКА // Пульмонология. — 2011. — №6. — С. 87–93.

2. Воронина Е. Н. Диагностика и коррекция нарушений физического развития у детей с хронической патологией дыхательной и пищеварительной систем. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Самара, 2015. — 24 с.

3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». — М.: Оригинал-макет», 2017. — 160 с.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

*Кисельникова О. В., Кузина Е. Н., Мозжухина Л. И., Ратынская Н. В., Борисенко Г. Н.
ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет»
МЗ РФ, Ярославль, Россия*

Актуальность. С введением в нефрологическую практику термина «хроническая болезнь почек» (ХБП) появляется всё больше работ о различных аспектах данной патологии как у взрослых, так и у детей. Чаще всего ХБП у детей имеет негломерулярную этиологию, причиной её развития нередко бывают врождённые аномалии развития почек и мочевых путей с рецидивирующим пиелонефритом. Классификация ХБП предусматривает выделение пяти стадий в зависимости от величины скорости клубочковой фильтрации. 1-я и 2-я стадии являются начальными при ХБП, а 3–5-я стадии представляют собой хроническую почечную недостаточность.

Цель: Оценить структуру хронической болезни почек у детей по данным госпитализированной заболеваемости за период с 2016–2017 годы.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 287 историй болезни детей в возрасте 0–18 лет, находившихся на обследовании и лечении в нефрологическом отделении ОДКБ в 2016–2017 гг. Всем пациентам выполнялось общепринятое нефрологическое и урологическое обследование по профилю заболевания. Факт ХБП устанавливали согласно практическим рекомендациям K/DOQI: наличие структурных изменений почек по данным визуализирующих методов

исследования и/или снижение СКФ в течение 3 и более месяцев. СКФ рассчитывали по формуле G. J. Schwartz на основании уровня сывороточного креатинина, пола, возраста и роста пациента.

Статистическую обработку материала проводили с использованием программы STATISTICA версии 7.0 с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В соответствие со стадиями ХБП все исследуемые дети были разделены на 5 групп. У подавляющего большинства детей (89%) определена I стадия ХБП (СКФ — 90 мл/мин/1,73 м² и выше). Причем, гиперфилтрация (СКФ > 140 мл/мин.), как один из неблагоприятных факторов прогрессирования функционального нарушения почек, регистрировалась у 172 детей (67%). II стадия ХБП (СКФ — 89–60 мл/мин/1,73 м²) диагностирована у 7,3% больных. III стадий ХБП (59–30 мл/мин/1,73 м²) выявлена у 4 (1,4%) детей. IV стадия (29–15 мл/мин/1,73 м²) — у 3 (1%) и V стадия (менее 15 мл/мин/1,73 м²) — у 2 (0,8%) пациентов с клиническими и лабораторными признаками почечной недостаточности.

У 250 (87,2%) детей причинами ХБП оказались различные варианты SACUT-синдрома, при этом, более чем в половине случаев (52%) врожденная аномалия ОМС была осложнена хронической рецидивирующей инфекцией мочевой системы. Другими причинами развития ХБП были приобретенные заболевания: гломерулопатии (n = 27; 9,4%); тубулоинтерстициальные поражения почек, в том числе, МКБ (n = 7; 2,4%); гемолитико-уремический синдром (ГУС) (n = 3; 1%).

Сравнительный анализ этиологических структуры ХБП в зависимости от стадии выявил следующие достоверные различия: при подавляющем большинстве пороков развития ОМС во всех группах отмечено, что гломерулопатии достоверно чаще регистрировались при I стадии ХБП (в 8,6% случаев) по сравнению со II, III, IV стадиями ХБП (4,8%, 0%, 0%, соответственно, $p < 0,05$). Но, в группе ХБП V, представленной двумя детьми, 1 ребенок имел редкую форму быстро прогрессирующего вторичного гломерулонефрита на фоне ANCA-ассоциированного васкулита.

Выводы. Таким образом, в подавляющем большинстве случаев причинами ХБП у детей в Ярославском регионе выступают врожденные и генетически обусловленные заболевания мочевой системы.

Важный вклад в прогрессирование ХБП вносит инфицирование органов мочевой системы с последующим рецидивированием процесса.

Для больных с ХБП на ранних стадиях развития (I–II) более характерны поражения с гломерулярным компонентом, что может иметь обратимый характер. По мере прогрессирования почечной патологии (ХБП III–V) возрастает роль нарушений функции почек по канальцевому или смешанному типу со снижением СКФ у пациентов с тубуло-интерстициальными заболеваниями почек (хронический пиелонефрит на фоне врожденных аномалий ОМС), наследственными нефропатиями (гипоплазия почек, поликистоз почек), гемолитико-уремическим синдромом.

Заключение. Полученные данные обосновывают диагностическую и прогностическую целесообразность использования концепции хронической болезни почек в педиатрии.

Библиографический список:

1. Комарова О. В. Клинико-молекулярные основы прогрессирования хронической болезни почек у детей: автореф. дис. д-ра мед. наук: 14.01.08 / Комарова Ольга Викторовна. — М., 2014. — 48 с.
2. Национальные рекомендации ХБП: основные положения, определение, диагностика, скрининг, подходы к профилактике и лечению / А. В. Смирнов [и др.] // Клиническая нефрология. — 2012. — № 4. — С. 4–26.
3. Хронические болезни почек в детском возрасте / М. С. Игнатова [и др.] // Нефрология и диализ. — 2009. — Т. 11, №4. — С. 315–321.5.
4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease // Kidney int. Suppl. — 2013. — Vol. 3. — P. 1–150.

ОШИБКИ, ДОПУСКАЕМЫЕ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ОРВИ

Кузнецова М. А., Царева Ю. А.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов

Актуальность. Деятельность врача-педиатра в современных условиях сопряжена с многими сложностями, что оказывает влияние на качество оказания медицинской помощи детям — кадровый дефицит, закономерно приводящий к высоким профессиональным нагрузкам и неизбежным ошибкам, необходимость соблюдения территориальных стандартов оказания медицинской помощи, которые не соответствуют клиническим рекомендациям. Как известно острые респираторные инфекции являются самой частой причиной обращения за медицинской помощью.

Цель исследования — анализ наиболее частых ошибок, допускаемых врачами-педиатрами при лечении детей с ОРВИ.

Материалы и методы исследования. Анонимное анкетирование 50 слушателей кафедры педиатрии ИДПО, экспертиза первичной медицинской документации (история развития здорового ребенка, медицинская карта стационарного больного) 45 больных в возрасте от 3 месяцев до 14 лет, поступивших на лечение в городскую детскую больницу в 2016–2017 годах.

Результаты исследования. Опрос врачей показал, что примерно 20% респондентов отождествляют понятия ОРВИ и ОРЗ, забывая, что ОРЗ могут иметь бактериальную этиологию и потребовать иных подходов к терапии, тогда как ОРВИ всегда только вирусной природы и не требуют назначения антибиотиков (АБ). Анализируя избыточную и необоснованную антимикробную терапию, установлено, что в 20% случаев антипиретики подменялись АБ. В качестве основного показателя к стартовой антимикробной терапии ошибочно служили в 33% случаев хрипы в легких и в 25% случаев бронхиальная обструкция, что объяснялось врачами возможным профилактическим эффектом АБ в отношении развития пневмонии. В 100% случаев АБ назначались при синдроме тонзиллита без уточнения его этиологии и дифференциально-диагностических признаков вирусного и бактериального заболевания. Все респонденты признались, что не используют в своей практике скрининг-тесты на вирусы и гемолитический

стрептококк группы А. При подтвержденной бактериальной инфекции органов дыхания в более половине случаев в качестве стартового АБ выбирались инъекционные цефалоспорины III поколения и амоксициллин в субтерапевтических дозах. В качестве оправдательных аргументов врачи приводили в первом случае — удобство двукратного введения АБ и требование родителей, а во втором случае — следование инструкции к препарату, но не клиническим рекомендациям, имеющим пока слабую юридическую силу.

Отдельно хочется отметить избыточную интерферонизацию детей с ОРВИ, что согласуется с требованиями действующих стандартов оказания медицинской помощи детям с этой патологией. Все амбулаторные и стационарные больные получали интерфероны (ИНФ) в 100% случаев, при этом в стационаре в 90% случаев у детей первых 2-х лет жизни не соблюдались сроки их назначения и не учитывались предыдущие (до госпитализации) курсы ИНФ. Экспертиза амбулаторных карт больных показала, что в ряде случаев на одного ребенка приходилось до 10–15 курсов ИНФ в год.

Анализируя группу госпитализированных так называемых «длительно кашляющих больных» (длительность кашля у многих не превышала 3 недели), также выявлены ошибки в их лечении на амбулаторном этапе — необоснованная терапия АБ (чаще макролидами) в 20% случаев и нерациональный выбор мукорегуляторов. Практиковались сложные фитопрепараты в 15% случаев, вызывающие эффект «заболачивания» бронхов, комбинированные средства («Аскорил»® или «Джосет»®) и будесонид при отсутствии явлений бронхообструкции в 35% случаев. Нередко (в 18% случаев) курсы мукорегуляторов продолжались при продуктивном кашле у пациентов, что закономерно поддерживало кашлевой рефлекс.

В каждом втором случае, как в поликлиниках, так и на этапе приемного отделения стационара наблюдалась необоснованная комбинация различных препаратов с H1-гистаминоблокаторами. Подобный факт обосновывался врачами необходимостью выполнения стандартов.

Заключение. Исследование показало, что ошибки, допускаемые врачами-педиатрами при лечении детей с ОРВИ, обусловлены не только механистическим подходом в результате высокой профессиональной загруженности и страха пропустить более тяжелую патологию из-за отсутствия возможностей для быстрой, в частности этиологической

диагностики, заболевания, но и несовершенством стандартов, которым обязывают следовать страховые компании.

НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ГИПЕРКЕРАТОЗЫ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

*Леина Л. М., Горланов И. А., Милявская И. Р., Александрова И. Ю.,
Петухова А. А.*

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет*

Наследственные гиперкератозы — это наиболее распространенная группа генодерматозов, занимающая первое место в структуре наследственных заболеваний кожи. Они являются моногенными. В основе нарушений кератинизации могут лежать дефекты дифференцировки кератиноцитов, продукция дефектного кератина, нарушения функции ферментов, изменения в составе липидного барьера [1]. В связи с многообразием форм гиперкератозов нередко возникают сложности с их диагностикой.

Цель исследования. На примере пациентов, обращающихся к дерматологу в КДЦ педиатрического университета, выявить частоту встречаемости заболеваний сопровождающихся гиперкератозом, проанализировать структуру этих заболеваний, диагностические ошибки и определить наиболее приемлемые методы лечения.

Материалы и методы. Проведен статистический анализ, пациентов, обратившихся в КДЦ за 2015–2017 годы.

Результаты. В КДЦ за 3 года на прием обратились 493 пациента с нарушением кератинизации из них наиболее большую группу от всех обратившихся составили пациенты с фолликулярным гиперкератозом — *keratosis pilaris* — 388, что составило 4,8%, 103 (1,5%) пациентов с вульгарным ихтиозом, 1 ребенок с врожденным ихтиозом и 1 — с ладонно-подошвенной кератодермией. Нередко пациентам с вульгарным ихтиозом и *keratosis pilaris* выставлялся диагноз «атопический дерматит».

В практике педиатра достаточно часто встречаются пациенты с различными вариантами гиперкератоза. Самая частая патология из этой группы — больные с *keratosis pilaris*. Заболевание встречается

примерно у 40% населения. Изолированная форма проявляется в детском возрасте с последующей ремиссией во взрослом состоянии. На разгибательных поверхностях плеч (92%), бедер (59%) и ягодицах (30%) располагаются мелкие гиперкератотические папулы серо-белого цвета. Нередко отмечается перифолликулярная эритема. Начало заболевания приходится на первое десятилетие жизни и наблюдается у 51% пациентов, во втором десятилетии у 35% и в третьем у 12%. Улучшение состояния кожи летом было отмечено в 49% случаев. С возрастом наступает регресс заболевания. У 42% больных *keratosis pilaris* сочетается с аллергическими заболеваниями, встречается у больных с ожирением и инсулинозависимом сахарном диабетом [1]. Следующее по частоте заболевание — вульгарный ихтиоз, который является наиболее частой формой ихтиоза, его распространенность составляет 1/250–1/1000, однако часто не распознается у пациентов и не диагностируется. При вульгарном ихтиозе имеются мутации в гене филаггрина (*FLG*). Филаггрин образуется из профилаггрина в зернистом слое эпидермиса. Он способствует агрегации отдельных разрозненных филаментов, составляющих цитоскелет, в единый комплекс (от англ. *filaggrin-filament aggregating protein*). Это протеин, способствующий агрегации филаментов. Результатом этого является формирование постклеточных структур богатых белком, не имеющих органелл, носящих название корнеоцитов. Протеолиз филаггрина является ключевым моментом гомеостаза в эпидермисе. При его распаде образуются аминокислоты, такие как глютамин, аргинин, и гистидин, образующие натуральный увлажняющий фактор эпидермиса (*NMFs*) [2–6].

В диете пациентов с вульгарным ихтиозом и *keratosis pilaris* должны присутствовать продукты, богатые витамином А, прежде всего сливочное масло. Для уменьшения сухости и улучшения окислительно-восстановительных процессов в коже назначаются курсы ретинола-ацетата или пальмитата, токоферола, омега-3-полиненасыщенных жирных кислот. Курсы витамина А проводятся 2 раза в год. При вульгарном ихтиозе ретинола пальмитат (витамин А) назначается детям из расчета 2–5 тыс. МЕ на кг массы тела в сутки. Ретинола ацетат масляный раствор 3,44% назначается из расчета капля на год жизни 1 раз в день вечером. Учитывая повышенную трансэпидермальную потерю воды, пациенты должны соблюдать адекватный питьевой режим. В наружной терапии используются увлажняющие, ожиряющие и отшелушивающие средства. В первый год жизни применяют мази, содержащие 5% дексапантенола и продукты распада филаггрина. Со второго года жизни

можно добавлять 1% NaCl и 3% мочевины, с третьего года жизни содержание мочевины в кремах можно повысить до 5%.

Выводы. Легкие формы нарушения кератинизации часто встречаются в практике педиатра и детского дерматолога. Эти заболевания требуют назначения поддерживающей терапии в виде эмолиентов и курсов витаминов А и Д. В дифференциальном диагнозе с атопическим дерматитом необходимо учитывать локализацию процесса на коже и отсутствие у больных с гиперкератозами зуда.

Список литературы

1. Hohl D, Williams M. Mendelian disorders of cornification (MKEDOC): the ichthyoses. In: Irvin AD, Hoeger HP, Yan AC Harper, s Textbook of Pediatric Dermatology, third edition, 2011; chapter 121.1–121.70.

2. Irvine AD, McLean WH, Leung DY. Filaggrin mutations associated with skin and allergic diseases. N Engl J Med 2011;365:1315–27.

3. Palmer CN, Irvine AD, Terron-Kwiatkowski A et al. Common loss function variants of the epidermal barrier protein filaggrin area major predisposing factor for atopic dermatitis. Nat Genet 2006; 38:441–6.

4. Thyssen JP, Godoy-Gijon E, Elias PM. Ichthyosis vulgaris: the filaggrin mutation disease. Br J Dermatol 2013; 168:1155–66.

5. Akiyama M. FLG mutations in ichthyosis vulgaris and atopic eczema: spectrum of mutations and population genetics. Br J Dermatol 2009; 162:472–7.

6. Flohr C, England K, Radulovic S et al. Filaggrin loss-of-function mutations are associated with early-onset eczema, eczema severity and transepidermal water loss at 3 months of age. Br J Dermatol 2010; 163:1333–6.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СПОРТСМЕНОВ-ПОДРОСТКОВ

Маринич В. В.¹, Мизерницкий Ю. Л.²

¹ Полесский государственный университет, Пинск, Республика Беларусь

² НИКИ педиатрии им. акад. Ю.Е. Вельтищева ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, МЗ РФ, г.Москва

Целью клинического наблюдения явилось: оценить показатели функционального состояния иммунной системы (интерлейкино-интерферонового профиля) у спортсменов-подростков в гребле на байдарках и каноэ и эффективность профилактики у них вторичного (спортивного) стрессорного иммунодефицита препаратом Кагоцел.

Материалы и методы исследования.

В исследовании приняли участие 20 спортсменов сборной команды Республики Беларусь (10 юношей и 10 девушек) в возрасте 15–18 лет, представители скоростно-силового вида спорта. Наблюдение осуществлялось в течение 2 макроциклов. Спортсмены получали Кагоцел с профилактической целью 7-дневными циклами в течение 10 недель: первые два дня цикла по 2 таблетки 2 раза в день, затем 5 дней перерыв и повторение цикла в течение последующих 10 недель. Период наблюдения после окончания 10-недельного профилактического лечения составил 1 год.

Результаты клинического наблюдения. До исследования частота ОРИ за год составила в среднем $3,6 \pm 0,28$, после курса кагоцела — $1,8 \pm 0,16$. Отмечалось сокращение длительности эпизода ОРИ с $5,8 \pm 0,22$ до $5,1 \pm 0,15$ (тэкс. = 2,63 ($p < 0,05$)). Перед назначением Кагоцела уровень интерферона-гамма находился в диапазоне нормальных значений — $2,5 \pm 0,34$ пк/мл. Через 5 недель приема препарата отмечалось статистически значимое (тэкс. = 2,42 ($p < 0,05$)) повышение уровня содержания интерферона-гамма до $4,6 \pm 0,8$ пк/мл. При продолжении приема препарата до 10 недель отмечалось дальнейшее увеличение до $6,2 \pm 0,51$ пк/мл. Через 10 недель после окончания приема Кагоцела сохранялось (тэкс. = 2,95 ($p < 0,05$)) повышение уровня интерферона-гамма.

Заключение. Использование индуктора интерфероногенеза Кагоцела в модифицированной профилактической схеме (10 недель)

привело к статистически значимому снижению частоты возникновения ОРИ у спортсменов, сокращению их средней длительности, уменьшению частоты осложнений и необходимости назначения антибактериальной терапии.

Удлиненная схема профилактической терапии Кагоцелом в течение 10 недель приводила к достоверному увеличению сывороточной концентрации интерферона-гамма по сравнению с уровнем на 5 неделе приема препарата, и сохранялась на повышенном уровне, захватывая весь соревновательный период.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ В ИГРОВЫХ ВИДАХ СПОРТА НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

*Маринич В. В., Шепелевич Н. В., Маринич Т. В., Сень А. Г.
Полесский государственный университет, Пинск, Республика Беларусь*

Актуальность. В современном детско-юношеском спорте весьма актуальной является проблема сохранения достаточного уровня эффективной работоспособности спортсмена в течение длительного времени, особенно в условиях соревновательной деятельности.

Актуальность проблемы контроля психофизического состояния спортсменов, деятельность которых требует устойчивого внимания, быстрой реакции, стабильной работы психофизиологических функциональных систем, несомненна. В противном случае будет сохраняться остаточная усталость и, следовательно, быстрее наступать утомление. Недостаточное восстановление организма будет способствовать развитию патологических состояний.

Под воздействием регулярных физических и психических нагрузок, сопровождающих жизнь спортсмена, происходят изменения в серотониновой передаче, а введение в организм агентов, препятствующих резкому возрастанию концентраций серотонина (5НТ)

в ЦНС, повышает работоспособность во время спортивных тренировок и продлевает время до наступления у спортсмена утомления.

Цель работы: на основании мониторинга функционального состояния вегетативной нервной системы у юных спортсменов, футболистов и хоккеистов, оценки влияния полиморфизмов генов ACE и 5НТТ, предложить мероприятия коррекции учебно-тренировочного процесса на этапах подготовки.

Методы исследований. В исследованиях использовался полноцветный зрительно-моторный анализатор комплекса «Психотест». Предусматривалось определение полиморфизмов генов ACE_AluI/D_rs4646994, 5НТТ_L/S. В исследовании принимали участие 40 юных спортсменов ДЮСШ по футболу и хоккею в возрасте 12–15 лет в предсоревновательном и соревновательном периодах подготовки (до и после игры).

Генетическая диагностика. При генетическом анализе футболистов и хоккеистов подростков были установлены некоторые закономерности распределения полиморфизмов генов ACE_AluI/D_rs4646994, 5НТТ_L/S. Спортсмены исследованных групп имели различной выраженности преобладание D-аллеля гена ангиотензин-конвертирующего фермента. Это ассоциируется с развитием быстроты, силы, высокими значениями анаэробной работоспособности, холерическим темпераментом. При этом у группы хоккеистов отмечалось более выраженное доминирование данного признака по сравнению с футболистами.

Предраположенность к развитию качеств как физических, так и психологических, способствует высокой адаптационной готовности организма, оптимальным показателям работоспособности при соревновательных нагрузках у юных спортсменов в игровых видах спорта различной направленности. При анализе полиморфизмов гена серотониновой системы 5НТТ, являющегося маркером устойчивости к физическим и психическим нагрузкам, установлено, что обследованные юные спортсмены являлись в большей степени гетерозиготными (LS), либо носителями мутантной аллели S. В группе юных хоккеистов отмечалась тенденция к увеличению количества носителей S-аллели. При данном генотипе снижена концентрация переносчика серотонина. У носителей может быть выражена косвенная агрессия, низкие значения негативизма и раздражительности; в условиях интенсивных физических и психических нагрузок спортсмены, как правило, характеризуются более высокими скоростями простой и сложной реакции,

но меньшей устойчивостью. Возможны высокие результаты в тренировке скоростно-силовых при условии коррекции монотонии тренировочного процесса.

Как видно из представленных данных, большинство обследованных имеют достаточную предрасположенность по показателям быстроты/силы и выносливости при реализации спортивной специализации в игровых видах спорта. Коррекция монотонии и текущая психофизиологическая диагностика гомозиготных носителей SS позволит вовремя скорректировать развивающееся центральное утомление и предотвратить вовлечение дефицита серотонина в лимитирование спортивной работоспособности.

Полученные в ходе исследований результаты свидетельствуют о достаточном участии в процессе спортивной деятельности множества полиморфных генов, каждый из которых в отдельности вносит лишь небольшой вклад в общее развитие физических качеств человека. На этом основании, молекулярно-генетическая диагностика в спорте должна применяться с использованием определенных маркеров, как дополнение к уже существующим фенотипическим тестам, используемым в рамках медико-биологического обеспечения спорта.

При исследовании «простой зрительно-моторной реакции» у юных хоккеистов отмечено следующее распределение: отмечалось доминирование средних и низких скоростей, высокая скорость ПЗМР не превысила 8% обследованных. Количество ошибок при проведении ПЗМР не достигало критических значений, что свидетельствует о замедлении передачи сигналов в ЦНС в результате переутомления. Однако при оценке устойчивости внимания и итоговой работоспособности у 75% футболистов отмечается снижение данных параметров к нижней границе нормы. При этом у 25% обследованных футболистов отмечалось значительное снижение работоспособности, что характеризует переменную емкость разрешающей способности метода оценки зрительных реакций.

В группе футболистов оценивался преобладающий тип высшей нервной деятельности: 75% юных спортсменов-футболистов имели подвижный тип, четверть обследованных промежуточный между инертным и подвижным типом высшей нервной деятельности. У спортсменов-хоккеистов отмечалась тенденция к увеличению числа обследованных с подвижным типом ВНД.

При исследовании ПЗМР и реакции выбора у групп хоккеистов и футболистов установлено достоверное различие в скоростях простой зрительно-моторной реакции ($p < 0,05$), времени принятия решения, функциональном уровне ЦНС. Особый интерес представляют выявленные достоверные различия, по расчетному показателю времени принятия решения (ВПР). ВПР ниже у хоккеистов, это, возможно, связано с большими требованиями к аналитической деятельности выбора решения на исполнение в специфике спортивной деятельности.

Заключение. В результате оценки функционального состояния вегетативной нервной системы и эмоционального реагирования у юных спортсменов, футболистов и хоккеистов наблюдается колебания скоростей ЗМР, нарастание количества ошибок по мере появления переутомления; сочетание типов высшей нервной деятельности с итоговой работоспособностью, вегетативным балансом.

Контроль данных показателей в реальном времени позволяет эффективно корректировать тренировочный процесс по уровню и динамике специфических зрительно-моторных реакций, времени принятия решения и показателей эмоционального состояния юных спортсменов.

Исследование распределения полиморфизмов гена 5НТТ 40 юных футболистов и хоккеистов показало, что около 25% юных футболистов относились к неблагоприятному генетическому варианту, склонному к проявлению косвенной агрессии, что может повлиять на тренировочную и соревновательную успешность.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОБИОТИКА, СОДЕРЖАЩЕГО L. RHAMNOSUS GG, В КОРРЕКЦИИ АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННЫХ СИНДРОМОВ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Налетов А. В., Лянник В. А., Масюта Д. И., Бычков Д. В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Цель исследования. Определить эффективность использования пробиотика, содержащего *L. rhamnosus GG*, в коррекции антибиотик-ассоциированных синдромов при комплексном лечении острого пиелонефрита у детей младшего возраста.

Материалы и методы. На базе ГДКБ №1 г. Донецка было обследовано 20 детей раннего возраста с острым пиелонефритом. Диагностика заболевания основывалась на жалобах, данных лабораторного и инструментального исследований. Всем детям было проведено лечение курсом антибиотикотерапии до 14 дней с использованием ступенчатой схемы приема препарата. Дополнительно детям назначался пробиотик, содержащий в своем составе бактерии *L. rhamnosus GG*. Пробиотик, согласно инструкции препарата, дети получали однократно утром во время еды в течение всего курса антибиотикотерапии. Динамику клинических симптомов оценивали ежедневно при осмотре ребенка в присутствии его родителей.

Результаты. Было установлено, что нормализация сниженного аппетита, который был отмечен у 17 (85%) пациентов исходно, на фоне комплексного лечения выявлялась у 10 (50%) детей к концу первой недели лечения и к 10–14 дню терапии — у всех пациентов. Тошнота, отмечавшаяся при поступлении у 7 (35%) пациентов, регрессировала к 5–7 дню терапии у всех детей. У пациентов, которые при поступлении не предъявляли диспептических жалоб, проводимый курс антибиотикотерапии не вызвал их развития ни у одного ребенка. Боль в околопупочной области при поступлении отмечена была у 11 (55%) пациентов, регрессировала к 7–10 дню у 9 (45%) детей, а еще у 2 (10%) — к 12 дню. Перед началом исследования у большинства пациентов установлено нарушение стула: у 9 (45%) — склонность стула

к запору, у 8 (40%) — учащение и разжижение стула до 3–4 раз в сутки. На фоне проводимого лечения ни у одного ребенка не было установлено ухудшения дисфункции толстой кишки на фоне проводимой антибактериальной терапии. У большинства детей с дисфункцией толстой кишки к концу исследования была отмечена нормализация стула. У 7 детей со склонностью к запору к 7–10 дню стул стал регулярным, ежедневным, мягкой консистенции. У 6 детей с неустойчивым стулом к концу исследования (10–14 день) наблюдалась нормализация акта дефекации: стул стал оформленным или кашицеобразной консистенции, с частотой — 1–2 раза в день. У 2 детей ранее разжиженный стул приобретал более плотную консистенцию, в нем исчезали слизь, зелень, непереваренные комочки, частота стула также составила 1–2 раза в сутки. По данным копрограммы отмечено исчезновение или уменьшение содержания определявшихся ранее непереваренных мышечных волокон и крахмала, растительной клетчатки. Аллергических реакций на проводимую терапию с включением пробиотика не было выявлено ни у одного ребенка.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что применение пробиотика, содержащего в своем составе бактерии *L. rhamnosus GG*, при комплексном лечении острого пиелонефрита у детей раннего возраста, позволяет предотвратить развитие антибиотик-ассоциированных синдромов, а также эффективно устранить сопутствующие симптомы со стороны пищеварительной системы, которые отмечаются у большинства пациентов с инфекцией верхних мочевых путей, что позволяет считать целесообразным включение данного пробиотика в комплексную терапию детей раннего возраста с острым пиелонефритом.

ПРОБЛЕМЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА АНАФИЛАКСИИ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина У. А., Бочкова М. Е.
Детская больница №1, Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург*

Синдром анафилаксии относится к потенциально угрожающим жизни синдромам. Быстрая диагностика и своевременная терапия позволяют минимизировать риск неблагоприятного исхода. Несмотря

на многочисленные публикации, посвященные диагностике и лечению синдрома анафилаксии, осведомленность врачей по этому вопросу остается крайне низкой.

Цель работы состояла в выяснении уровня знаний врачей школьно-дошкольных учреждений о критериях диагностики и правилах оказания неотложной помощи при синдроме анафилаксии. Опрос проводился до и после лекции по синдрому анафилаксии среди 274 врачей, посещавших курсы повышения квалификации. До лекции ни один из опрошенных врачей не назвал полностью критерии диагностики синдрома анафилаксии. Большинство опрошенных считало угрожающим жизни только падение артериального давления. Только 2 из 274 врачей указали обструкцию дыхательных путей как второй угрожающий жизни признак. Ни один из опрошенных не отнес к синдрому анафилаксии такие симптомы как сочетанное поражение кожи и дыхательных путей, а также кожи и желудочно-кишечного тракта. После прослушанной лекции по синдрому анафилаксии 257 из 274 врачей правильно ответили на вопросы о критериях диагностики этого синдрома, что свидетельствует об эффективности образовательных программ, но также показывает необходимость повторных занятий для полного усвоения материала.

При опросе врачей о правилах оказания неотложной помощи при синдроме анафилаксии только 15 врачей упомянули адреналин в комплексе терапии, подавляющее большинство врачей указали только преднизолон и антигистаминные средства. Никто из врачей не зная о необходимости введения больших объемов жидкости внутривенно при падении артериального давления. После лекции правильные ответы о лечении пациентов с синдромом анафилаксии дали 169 из 274 врачей.

При опросе врачей о наличии в их кабинетах анти-анафилактических наборов оказалось, что ни в одном кабинете этот набор не представлен в полном объеме. Шесть врачей указали, что им запретили иметь какие-либо лекарства в кабинете местные руководители здравоохранения, мотивируя свой запрет тем, что в кабинете врача нет необходимых условий (холодильников) для хранения некоторых лекарств.

Таким образом, осведомленность врачей первичного звена о критериях диагностики и мерах оказания неотложной помощи при синдроме анафилаксии остается крайне низкой, что диктует необходимость образовательных программ по этой актуальной теме.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА РЫБУ И МОРЕПРОДУКТЫ У СЕНСИБИЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина У. А., Бочкова М. Е.
Детская больница №1, Санкт-Петербургский Государственный
педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург*

Рыба и морепродукты относятся к облигатным аллергенам и должны быть исключены из диеты детей с любыми аллергическими заболеваниями, а особенно из диеты пациентов с сенсibilизацией к этим аллергенам, поскольку употребление этих продуктов может приводить к тяжелым и опасным для здоровья и жизни реакциям. Некоторые пациенты могут ненамеренно употребить причинно-значимый аллерген, не зная о его наличии в продукте, в ресторане, в гостях, могут случайно контактировать с аллергеном, а также вдыхать пар, содержащий аллергены рыбы, при варке или жарке рыбы.

Целью нашего исследования была оценка тяжести клинических проявлений при случайном употреблении или контакте с причинно-значимым аллергеном у детей с сенсibilизацией к рыбе и/или морепродуктам.

В исследование включено 38 детей в возрасте 3–16 лет, у которых в анамнезе отмечались аллергические реакции на рыбу и/или морепродукты. У всех детей сенсibilизация подтверждена наличием специфических антител к соответствующим аллергенам. Для исследования отобраны дети, у которых в предшествующие исследованию 2 года был преднамеренный или непреднамеренный контакт (употребление, вдыхание пара и пр.) с причинно-значимым аллергеном. Анамнестически оценивались характер и тяжесть аллергической реакции, адекватность оказания медицинской помощи. У 26 детей (70%) реакции на аллерген были легкими или среднетяжелыми (крапивница, отеки Квинке, кратковременный кашель, незначительное затруднение дыхания). У 12 детей (30%) реакции были тяжелыми и соответствовали критериям синдрома анафилаксии (сочетание поражений кожи, дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, падение артериального давления). При легких и среднетяжелых реакциях 19 из 26 детей были госпитализированы, всем детям проводилась терапия антигистаминными препаратами, у 6 детей с поражением дыхательных путей — ингаляционными адrenomиметиками, у 4 детей с отеками

Квинке и крапивницей — кратковременное назначение глюкокортикоидов. Обращают внимание ошибки в ведении пациентов с тяжелыми реакциями — только 1 из 12 пациентов на догоспитальном этапе вводился адреналин, только 2 из 12 измерялось артериальное давление, несмотря на клинические признаки его снижения (головокружение, обмякание, тахикардия); никому не проводилась инфузионная терапия с целью восполнения объема циркулирующей крови при падении артериального давления.

ЧАСТОТА АЛЛЕРГИИ НА КУНЖУТ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЕЙ К ОРЕХАМ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина У. А., Бочкова М. Е.
Детская больница №1, Санкт-Петербургский Государственный
педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург*

Орехи относятся к облигатным аллергенам и должны исключаться из диеты детей с различными аллергическими заболеваниями, особенно у больных с поллинозами, у которых употребление орехов может приводить к тяжелым местным или общим аллергическим реакциям. В нашей клинической практике мы обратили внимание на то, что многие дети с сенсibilизацией к орехам указывали на аллергические реакции на продукты, содержащие кунжут (булочки, конфеты, салаты).

Целью нашего исследования была оценка частоты реакций на кунжут у детей с аллергией к орехам. В исследование включено 17 детей в возрасте от 4 до 16 лет с аллергией к орехам (фундук, грецкие орехи и пр.). У 12 из 17 детей выявлен также поллиноз. Обследование включало сбор анамнеза, проведение кожных проб с аллергенами, выявление специфических IgE-антител. У 12 детей с аллергией к орехам отмечались аллергические реакции на любые продукты, содержащие кунжут, которые проявлялись либо местным оральным синдромом, либо генерализованными аллергическими реакциями вплоть до синдрома анафилаксии. При проведении аллергологического обследования аллегенспецифические IgE-антитела к кунжуту выявлены только у 5 детей, кожные пробы с аллергеном кунжута были положительными у 10 из 12 детей. У 3 из 5 детей с сенсibilизацией к орехам, у которых в анамнезе не было аллергических реакций при употреблении кунжута, выявлены положительные кожные пробы на кунжут, у одного ребенка

специфические IgE-антитела к кунжуту. При наблюдении за этими 5 детьми в динамике в течение 2 лет аллергические реакции на кунжут появились у 4 детей.

Таким образом, аллергические реакции на кунжут наблюдаются у большинства детей с аллергией к орехам. Для предотвращения тяжелых реакций этот продукт следует исключать всем детям с аллергией к орехам, а также больным с поллинозом.

Главным методом диагностики остается тщательный сбор аллергоанамнеза. Кожные пробы с аллергеном кунжута положительны у большинства пациентов с аллергией к кунжуту, а лабораторные пробы по выявлению аллегенспецифических IgE-антител к кунжуту редко дают положительные результаты и являются вспомогательным методом диагностики.

ЗАВИСИМОСТЬ РЕАКЦИЙ НА КУРИНОЕ ЯЙЦО ОТ УРОВНЯ ОБЩЕГО IgE И СПЕЦИФИЧЕСКИХ IgE-АНТИТЕЛ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина У. А., Бочкова М. Е.
Детская больница №1, Санкт-Петербургский Государственный
педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург*

Одним из наиболее эффективных способов лечения пищевой аллергии является тщательная элиминация причинно-значимого аллергена. У многих детей со временем развивается толерантность к пищевым аллергенам и встает вопрос о расширении диеты и разработке способов прогнозирования потенциальной опасности введения аллергена в диету. Предпринимаются попытки прогнозирования тяжести реакций на пищевые аллергены при провокационных пробах с помощью определения уровня аллегенспецифических IgE.

Цель нашей работы состояла в определении зависимости клинических реакций при случайном употреблении куриных яиц у детей с аллергией к куриным яйцам в зависимости от уровня общего и аллегенспецифических IgE-антител к куриному яйцу. В исследование включены 36 детей в возрасте 6 месяцев–16 лет с атопическим дерматитом и доказанной с помощью определения специфических IgE-антител

сенсibilизацией к куриным яйцам. Наблюдение за детьми проводилось в течение 2 месяцев после установления диагноза и определения уровня общих и аллергенспецифических IgE-антител. Для исследования отобраны дети, которые нарушали предписанную диету и употребляли куриные яйца. Среди обследованных было 6 детей с уровнем общего IgE более 1000 ед/мл, у этих детей не было клинических симптомов при употреблении яиц при уровне аллергенспецифических IgE-антител менее 13,2 ед/мл у детей в возрасте до 2 лет, а у детей старше 2 лет симптомы не возникали при уровне аллергенспецифических IgE-антител менее 9,1 ед/мл. У детей с уровнем общего IgE менее 1000 ед/мл не было клинических симптомов при употреблении яиц при уровне аллергенспецифических IgE-антител менее 13,1 ед/мл у детей в возрасте до 2 лет, а у детей старше 2 лет симптомы не возникали при уровне аллергенспецифических IgE-антител менее 27,8 ед/мл.

Таким образом, клинические симптомы при употреблении причинно-значимого аллергена зависят от уровня общего и аллергенспецифических IgE-антител. Для разработки рекомендаций по безопасному проведению провокационных проб с аллергенами в зависимости от уровня аллергенспецифических IgE-антител требуется проведение больших популяционных исследований у детей разных возрастных групп, с разным спектром сенсibilизации и разным уровнем общего IgE.

МЕХАНИЗМ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ЛИЗАТОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: ВЛИЯНИЕ НА МАКРОФАГИ

*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина У. А., Майхуб М.
Детская больница №1, Санкт-Петербургский Государственный
педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург*

Известно, что 80–90% приступов атопической бронхиальной астмы провоцируется вирусной инфекцией. На фоне вирусного воспаления мелких бронхов и бронхиол многократно усиливается действие неинфекционных аллергенов, повышается неспецифическая реактивность бронхов. Иммуномодуляторы оказывают лечебный эффект

у части пациентов с бронхиальной астмой, снижая частоту вирусных инфекций и приступов бронхиальной астмы.

Цель нашей работы состояла в оценке влияния препарата рибомунил, содержащего бактериальные лизаты, на макрофаги у пациентов с бронхиальной астмой

В исследование включено 16 детей в возрасте 12–16 лет, с установленным на основе детального аллергологического обследования диагнозом «атопическая бронхиальная астма». У всех детей отмечена инфекционная зависимость возникновения приступов астмы на фоне вирусных инфекций. Во внеприступном периоде детям был назначен рибомунил, курс лечения проводился согласно рекомендуемой схеме, обследование детей осуществлялось до начала лечения, через 1 месяц и после окончания лечения. Регистрация частоты приступов астмы проводилась в течение 1 года до и после окончания курса рибомунила. Характеристики макрофагов исследовались с помощью поточной цитометрии, уровень цитокинов — с помощью иммуноферментного анализа.

Лечение рибомунилом приводило к существенным изменениям макрофагов — достоверно повышалась секреция противовоспалительных цитокинов — интерлейкина-10, интерлейкина-6 и CCL-1, снижалась экспрессия активационных маркеров CD163 и CD206. Частота приступов астмы после лечения рибомунилом уменьшилась на 34%. Известно, что интерлейкин-10 высвобождается при фагоцитозе, этот противовоспалительный цитокин обладает способностью подавлять аллергические реакции и способствовать развитию толерантности к аллергенам.

Мы предполагаем, что лечебный эффект бактериальных лизатов обусловлен не только их способностью повышать синтез противомикробных антител, но также стимуляцией макрофагов и выделением ими противовоспалительных цитокинов, способных подавлять аллергические реакции.

ВЛИЯНИЕ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК РОДИТЕЛЕЙ НА ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ИХ ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ РАННЕГО ДЕТСТВА

Прилуцкая В. А., Шишко Ю. А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

В последние годы особый интерес исследователей вызывают вопросы, связанные с ранними этапами формирования пищевого поведения, учитывая их тесную связь с социально значимыми проблемами современности — ожирением, метаболическим синдромом, сердечно-сосудистой патологией и др. Пищевое поведение определяется личностным отношением ребёнка к пище и способам её приема [1, 2]. Установлено, что формирование вкуса и аппетита происходит с момента рождения, а его особенности важно учитывать уже в грудном и раннем возрасте [1, 3]. Отмечен значительный вклад семьи и психологической составляющей процесса кормления в формировании пищевого поведения.

Цель исследования: оценить влияние антропометрических характеристик родителей на пищевое поведение их детей в периоде раннего детства.

Материал и методы. Проведено анкетирование 111 матерей детей раннего возраста с использованием опросника пищевого поведения Child Eating Behavior Questionnaire (CEBQ) [4]. При анализе результатов ответов на 35 вопросов группировка проведена по 8 шкалам (удовольствие от еды; ощущение сытости; медлительность при приеме пищи; эмоциональное недоедание; суетливость, привередливость в еде; эмоциональное переедание; реакция на еду; желание пить), ответы оценивались по баллам. Среди детей было 66 мальчиков и 45 девочек. Средний возраст младенцев на момент анкетирования составил $1,67 \pm 0,47$ года. Средний возраст матерей был $31,21 \pm 3,97$ лет, отцов $32,04 \pm 5,24$ года. С учетом массы при рождении дети разделены на 3 группы наблюдения: 1 группа (Гр1) — дети крупные/крупновесные к сроку гестации ($n = 47$, масса тела при рождении $4323 \pm 269,6$ г, длина тела $55,55 \pm 1,47$ см), 2 группа (Гр2) — маленькие/маловесные к сроку гестации ($n = 33$, масса тела $2469,7 \pm 196,5$ г, длина тела $47,58 \pm 2,09$ см), 3 группа (Гр3) — дети с антропометрическими параметрами, соответствующими сроку

гестации ($n = 31$, масса тела $3357,7 \pm 212,6$ г, длина $52,16 \pm 1,39$ см). Все дети были рождены доношенными. Дополнительно учитывались прямые и производные (z-score массы тела, индекс массы тела (ИМТ)) антропометрические показатели детей и их матерей и отцов на момент анкетирования с применением антропометрического калькулятора программы ВОЗ Anthro [5].

Статистическая обработка данных выполнена в программах Excel 2010 и STATISTICA 10.0. При нормальном распределении признака использовали параметрические методы вариационной статистики (критерий Стьюдента (t) и коэффициент корреляции Пирсона). Статистическую значимость различий принимали при вероятности безобидного прогноза не менее 95,5% ($p < 0,05$).

Результаты. На момент проведения анкетирования сохранялись достоверно отличия антропометрических характеристик детей групп наблюдения. Масса тела детей Гр1 составила $13,78 \pm 2,18$ кг, z-score массы тела $1,31 \pm 0,99$, длина тела $89,59 \pm 4,48$ см. Аналогичные показатели у младенцев Гр2 были $11,39 \pm 1,84$ кг, $-0,26 \pm 1,08$, $85,03 \pm 5,10$ см. в Гр3 средняя масса тела равна $12,82 \pm 1,75$ кг, z-score массы тела $0,59 \pm 0,82$, длина $88,43 \pm 4,64$ см.

Антропометрические характеристики матерей детей Гр1 (масса тела $73,77 \pm 16,69$ кг, ИМТ $25,32 \pm 5,02$ кг/м²) достоверно отличались от показателей матерей Гр2 (масса $65,71 \pm 17,36$ кг, $p = 0,043$; ИМТ $24,04 \pm 5,66$ кг/м², $p = 0,320$) и Гр3 (масса $59,77 \pm 12,09$ кг, $p < 0,001$; ИМТ $22,21 \pm 4,21$ кг/м², $p = 0,006$). Антропометрические показатели отцов не имели достоверных различий между группами. Вес отцов младенцев Гр1 был $88,36 \pm 17,26$ кг, ИМТ $26,62 \pm 4,16$ кг/м². В Гр2 указанные параметры оказались $84,90 \pm 15,61$ кг и $26,78 \pm 3,75$ кг/м² соответственно. У отцов Гр3 масса тела $82,21 \pm 13,95$ кг, ИМТ $25,32 \pm 3,66$ кг/м².

Масса тела и ИМТ матерей Гр3 имели достоверное влияние на ряд аспектов пищевого поведения их детей, таких как «удовольствие от еды» (гр3 m матери = 0,387, гр3 ИМТ матери = 0,492), «ощущение сытости» (гр3 m матери = -0,407, гр3 ИМТ матери = -0,396), «медлительность при приеме пищи» (гр3 m матери = -0,527, гр3 ИМТ матери = -0,474), «эмоциональное недоедание» (гр3 m матери = -0,502, гр3 ИМТ матери = -0,499) и «суетливость, привередливость в еде» (гр3 m матери = -0,599, гр3 ИМТ матери = -0,628). В группе маленьких/маловесных детей масса тела и ИМТ матери влияли только на «эмоциональное недоедание» (гр2 m матери = -0,568, гр2 ИМТ матери = -0,510), а группе крупных детей

на «медлительность при приеме пищи» ($r_{p1 \text{ м матери}} = -0,376$, $r_{p1 \text{ ИМТ матери}} = -0,376$). Нами не установлено достоверных корреляционных взаимосвязей между антропометрическими параметрами отцов и показателями пищевого поведения у детей раннего возраста.

Выводы. Антропометрические характеристики матерей (масса тела и ИМТ) оказывают влияние на формирования пищевого поведения детей раннего возраста, более существенное у младенцев, рожденных крупновесными к сроку гестации.

Список литературы.

1. Ранние этапы формирования пищевого поведения / Пырьева Е. А., Гмошинская М. В., Шилина Н. М., Гурченкова М. А. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2017. — Т. 62. — №3. — С. 125–129.

2. Нарушения пищевого поведения у детей раннего возраста / С. Н. Зинченко, В. Г. Козачук, О. А. Майструк // Современная педиатрия. — 2016. — №5. — С. 139–144.

3. Validation of the Children's Eating Behavior Questionnaire in 3 year old children of a multi-ethnic Asian population: The GUSTO cohort study / P. L. Quah, Y. B. Cheung, W.W. Panget al. // Appetite. — 2017. — Vol. 113. — №1. — P. 100–105.

4. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire / Wardle J., Guthrie C.A., Sanderson S., Rapoport L. // J. Child. Psychol. Psychiatry. — 2001. — Vol. 42. — №7. — 963–970.

5. Программное средство ВОЗ Anthro для персональных компьютеров. http://willheal.ru/load/medical_programs/antropometricheskij_kalkuljator_who_voz_anthro/25-1-0-35.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕЙРОИНФЕКЦИИ

Самойлова И. Г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства, 197022 Санкт-Петербург, Россия

В XXI веке ведущей стратегией здравоохранения стала реабилитация. На федеральном уровне существуют следующие проблемы оказания реабилитационной помощи: большинство пациентов не попадают на реабилитацию, существует нехватка отделений реабилитации и специалистов-реабилитологов, часто выявляется отсутствие у врачей различных специальностей знаний о необходимости и возможностях реабилитации. Федеральная программа развития здравоохранения до 2020 г. включает в себя промежуточные индикаторы достижения цели (численность пациентов, получивших помощь по медицинской реабилитации к концу 2016 г. — 25% от числа пациентов, имеющих реабилитационный потенциал (взрослых и детей) и 85 % детей-инвалидов) и конечные индикаторы, в том числе снижение уровня инвалидизации на 20%, снижение степени инвалидизации на 15%, снижение уровня госпитализации в стационары на 20%, повышение качества оказания медицинской помощи, снижение вторичных расходов, связанных с необходимостью обеспечения минимально комфортных условий жизни тяжелых больных и инвалидов. В ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России первый этап медицинской реабилитации осуществляется в острый период течения заболевания или травмы и проводится в условиях профильного отделения. Второй этап медицинской реабилитации осуществляется: в ранний восстановительный период течения заболевания или травмы; в поздний реабилитационный период; в период остаточных явлений течения заболевания; при хроническом течении заболевания вне обострения. Третий этап медицинской реабилитации осуществляется в период остаточных явлений течения заболевания в условиях дневного и круглосуточного стационара в отделении медицинской реабилитации. Целями лечения являются возможное восстановление нарушенных церебральных функций, снижение повышенного мышечного тонуса, развитие мышечной силы, восстановление подвижности в суставах, развитие координации движения, устранение патологических синкинезий, восстановление коммуникативных навыков, развитие

навыков самообслуживания. Реабилитация проводится персонализировано по протоколу «Персонализированные программы медицинской реабилитации детей с двигательным дефицитом с использованием функциональной биоуправляемой кинезиотерапии с обратной связью». Персонализация достигается путем проведения до лечения и в его процессе диагностической транскраниальной магнитной стимуляции (ТКМС) с оценкой параметров сегментарного вызванного моторного ответа (ВМО) и коррекцией применяемых схем терапии в зависимости от динамики нейрофизиологических данных. В случае регистрации признаков улучшения проведения по моторным путям (любого из нижеперечисленного: укорочения латентности, повышения амплитуды ВМО, понижения порога ВМО), терапию продолжают с выбранным режимом. В противном случае изменяют интенсивность и/или частоту воздействия.

ОЦЕНКА ЭКСПРЕССИИ АНТИТЕЛ ФАКТОРОВ АНГИОГЕНЕЗА В ПЛАЦЕНТАРНОЙ ТКАНИ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Соколова А. А.

научный руководитель Н.Ю. Яковлева (научный сотрудник НИЛ физиологии и патологии беременности и родов ФГБУ «СЗ ФМИЦ им. В. А. Алмазова» МЗ РФ) Институт Перинатологии и педиатрии

Введение. Известно, что причиной развития преэклампсии (ПЭ) является нарушение инвазии трофобласта, процессов васкуло-, ангиогенеза и дальнейшей плацентации.

Цель. Оценить уровень экспрессии антител сосудистого фактора роста — VEGF, плацентарного фактора роста — PlGF, антиангиогенного фактора — sFlt-1 на светооптическом уровне в плацентарной ткани при преэклампсии.

Материалы и методы. На основании ретроспективного анализа историй родов женщин, родоразрешенных в ФГБУ «СЗФМИЦ им. В. А. Алмазова», сформированы группы: основная — женщины с ПЭ разной степени тяжести (n = 10), контрольная — женщины с физиологически протекающей беременностью (n = 10). Проведен анализ течения беременности, исходов родов, показателей здоровья новорожденных. Иммуногистохимическим методом определена экспрессия антител

факторов VEGF, PlGF, sFlt-1 в ткани плаценты с использованием мышиных моноклональных антител (Diagnostic BioSystems) при помощи микроскопа LeicaDM 1000.

Результаты. Для интерпретации результатов учитывали интенсивность окрашивания, которую оценивали по методике подсчета положительных клеток. Наиболее интенсивное окрашивание — 4 балла, наименее — 1 балл. В группе женщин с ПЭ уровень экспрессии антител факторов VEGF, PlGF соответствовал 1 баллу, в контрольной группе — 3 баллам. Для фактора sFlt-1 наблюдалась обратная корреляция — в основной группе — 3 балла, в контрольной группе — 1 балл.

Вывод. Полученные результаты показывают, что в группе с ПЭ наблюдается уменьшение экспрессии антител ангиогенных факторов, увеличение экспрессии антител антиангиогенного фактора, что свидетельствует о нарушенных процессах васкуло-, ангиогенеза в плацентарной ткани при преэклампсии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛНОЙ АВ-БЛОКАДЫ У РЕБЕНКА НА ФОНЕ ПРИЕМА МАТЕРЬЮ ФЕНОБАРБИТАЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Судоргина Е. Ф., Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Якупова Р. Ш.
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница», г. Оренбург

Цель: изучить клинический случай полной АВ-блокады у ребенка на фоне приема матерью фенобарбитала во время беременности.

Материалы и методы: Клинический случай ребенка с полной атриовентрикулярной блокадой. Аналитический метод исследования.

Результат исследования: Девочка 9 лет обратилась к кардиологу консультативно-диагностического центра (КДЦ) с жалобами на боли в сердце. При обследовании в КДЦ по месту жительства выявлено: на ЭКГ синусовый ритм, редкие наджелудочковые экстрасистолы. Выполнено холтеровское мониторирование ЭКГ, в ходе которого зарегистрированы эпизоды АВ-блокады 2 степени Мобитц II и эпизоды АВ блокады 2 степени 2:1, а также один эпизод полной АВ блокады с паузой ритма 3315 мс; редкие наджелудочковые экстрасистолы. При контрольном

холтеровском мониторинге в апреле 2012 года регистрируются эпизоды АВ блокады с паузой ритма 2346 мс; редкие наджелудочковые экстрасистолы. Получала бициллин-5 по 1200000 ЕД в/м №2, найз по 25 мгх 2р/д (2 недели), беллатаминал по 1/2т х 2раза в день (месяц), милдронат по 1 кап. 2 раза в день, курс 1 месяц. При контрольном холтеровском мониторинге в мае регистрируются эпизоды полной АВ-блокады с паузой ритма от 2249 мс до 4397 мс (2 паузы более 3000 мс-3218 мс и 4397 мс в дневное время). Синкопальных и пресинкопальных состояний не отмечалось. Случай ВС в семье отрицают. Мама девочки всю беременность принимала фенобарбитал по поводу эпилепсии. В июне девочка поступила для обследования и решения вопроса о тактике дальнейшего лечения в отделение клинической и интервенционной аритмологии МНИИП и ДХ МЗСР России. При контрольном холтеровском мониторинге в июне регистрируются эпизоды АВ-блокады 2 степени 2:1 и эпизоды полной АВ-блокады. Также регистрируются редкие одиночные наджелудочковые выскальзывающие комплексы; единичные заблокированные экстрасистолы, остановка синусового узла. В июле в отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции большой проведена постоянная эндокардиальная стимуляция ЭКС-AdaptaADVDD01. Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольном холтеровском мониторинге (после операции): в дневное и ночное время регистрируются 107 эпизодов желудочковой стимуляции, общая представленность навязанного ритма 6% за 18,5 часов. Также регистрируются редкие одиночные наджелудочковые экстрасистолы (всего 107 э/с), редкие одиночные желудочковые экстрасистолы. Одна остановка синусового узла с паузой ритма 1224 мс. Транзиторная АВ блокада 1 степени. При дальнейшем динамическом наблюдении у врача-кардиолога детского КДЦ ДГКБ, при контрольном холтеровском мониторинге ритм навязан ЭКС в режиме VDD с базовой частотой 50 имп/мин. В течение суток синусовый ритм. Регистрируются 14 эпизодов навязанного ритма, 264 э/с навязанных ЭКС. Транзиторная АВ-блокада 1 степени. Также регистрируются редкие одиночные наджелудочковые экстрасистолы. Синоатриальная блокада. Максимальная пауза ритма за счет выскальзывающего предсердного комплекса 1361 мс. Самочувствие девочки удовлетворительное.

Выводы: случай полной АВ-блокады у детей на фоне приема матерью фенобарбитала во время беременности является редким осложнением. Данное клиническое наблюдение может быть полезно при ведении пациентов с нарушением ритма сердца.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АНАФИЛАКСИИ У ДЕТЕЙ

Царева Ю. А., Кузнецова М. А.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Актуальность. За последние десять лет отмечается отчетливая тенденция к росту частоты анафилаксии во всех возрастных группах и по данным зарубежных публикаций оценивается в детском и подростковом возрасте в диапазоне от 10,5 до 75,1 на 100 000 детей в год (Bohlke K., et al., 2004; Decker W.W., et al., 2008). В России эпидемиологические исследования анафилаксии единичны и не отражают реальных статистических показателей. Одной из причин низкой диагностики анафилаксии является недооценка начальных/легких (первой и второй степени тяжести) ее симптомов.

Цель исследования. Изучить частоту диагностирования анафилаксии у детей, имеющих ее проявления.

Материал и методы. На первом этапе проводился анализ 82 медицинских карт стационарных больных школьного возраста, получавших лечение по поводу аллергодерматозов в условиях городской детской клинической больницы г. Энгельса в 2017 году, из которых в 58 случаях была диагностирована острая крапивница. Оценивались анамнез, наличие симптомов анафилаксии и скорость развития полисистемного поражения.

На втором этапе анализировались ответы 35 врачей-педиатров, повышавших квалификацию на кафедре педиатрии ИДПО СГМУ, на ситуационные задачи, предложенные для решения в качестве контроля исходного уровня знаний. Каждому слушателю предлагалось решить по 3 задачи с различными клиническими ситуациями, одна из которых была посвящена анафилаксии. Вариантов правильных ответов не предлагалось.

Результаты. Анализ полученных результатов на всех этапах исследования показал гиподиагностику анафилаксии.

Среди всех изученных случаев крапивницы, у 8 детей (в 13,8% случаев) был отмечен характерный клинический сценарий развития анафилактической реакции (острое начало симптомов, их полиморфизм) при наличии пищевой аллергии и рецидивирования подобных

состояний в анамнезе. Наряду с кожными симптомами у таких детей отмечалось наличие респираторных и гастроинтестинальных симптомов, а также сердечно-сосудистых расстройств. Однако ни у одного ребенка с крапивницей при наличии быстро прогрессирующих мульти-системных характерных симптомов (ангиоотек, затрудненное дыхание, свистящие хрипы в легких, тошнота, головокружение, боли в животе) не была заподозрена анафилаксия. Ни на этапе скорой медицинской помощи, ни в приемном покое стационара, ни в отделении при первичном осмотре не было целостной оценки всех симптомов, не предпринимались попытки обнаружить сердечно-сосудистые расстройства (пациенту не измерялось артериальное давление). В случаях, когда измерение артериального давления проводилось, отсутствовал его мониторинг (т. е. оно измерялось однократно). Такие дети не передавались под наблюдение дежурного врача. Ни одному из таких детей не вводился адреналин (в качестве основных препаратов для лечения крапивницы использовались Супрастин® и дексаметазон).

Результат анкетирования врачей показал, что более половины из них (74,2%) не смогли распознать анафилаксию на стадии ранних ее проявлений. В отсутствие артериальной гипотонии диагноз анафилаксии не рассматривался вовсе, несмотря на то, что этот симптом не включен в диагностические признаки анафилаксии и проявляется позже или не проявляется вовсе. Таким образом, анафилаксия не всегда легко клинически распознавалась, поскольку относительно нее не было должной настороженности.

Заключение. Несвоевременное распознавание врачами анафилаксии и неадекватное ее лечение обуславливают необходимость активного изучения современных унифицированных подходов к диагностике (критериев) и терапии данного состояния и использования их в повседневной врачебной практике.

МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НА ПРИНЦИПАХ БЕРЕЖЛИВОГО ПРОИЗВОДСТВА

*Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Шеенкова М. В., Якупова Р. Ш.
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница», г. Оренбург*

В настоящее время Министерством здравоохранения Российской Федерации инициировано преобразование деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, с использованием принципов бережливого производства [1,2]. «Бережливая поликлиника» — повышение доступности и качества медицинской помощи населению за счет оптимизации процессов и устранения потерь на основе использования принципов и инструментов концепции бережливого производства.

Цель: оценить экономическую и социальную эффективность модели оказания медицинской помощи детям на принципах бережливого производства в ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (ГАУЗ ДГКБ).

Материалы и методы: основные показатели деятельности ГАУЗ ДГКБ. Используются статистический и аналитический методы.

Результаты. ГАУЗ ДГКБ является многопрофильной медицинской организацией. Детское население, прикрепленное на оказание медицинской помощи детскими поликлиниками, составляет 52 622 человек. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в 5 детских поликлиниках, фактической мощностью 3270,3 посещений в смену. Имеются: диспетчерский центр (CALL-центр); отделение неотложной помощи; консультативно-диагностический центр; детский круглосуточный стационар на 112 коек по профилю: паллиативные койки; дневные многопрофильные стационары на 36 коек; стационары на дому на 62 педиатрические койки; диагностическая служба, две стоматологические поликлиники, отделение реабилитации дневного пребывания на 50 коек, Центр здоровья для детей, отделение профилактики.

Бережливое производство в ГБУЗ ДГКБ сегодня идет по следующим направлениям:

1. Доброжелательное отношение к пациенту, проведение еженедельных тренингов персонала;

2. Организация работы колл-центра. Сокращение времени оформления записи на прием к врачу не менее чем в 3 раза;
3. «Открытая» регистратура;
4. Сокращение времени ожидания пациентом врача у кабинета — не менее чем в 3 раза;
5. Формирование полной укомплектованности персоналом за счет приема молодых специалистов;
6. Перепланировка медицинской организации;
7. Развитие медицинской информационной автоматизированной системы «Антибиотик +» с ведением электронной истории болезни и амбулаторной карты;
8. Увеличение времени работы врача непосредственно с пациентом не менее чем в 2 раза;
9. Организация забора анализов без очередей;
10. Разведение потоков пациентов в поликлиниках;
11. Приоритет профилактики;
12. Оптимизация сроков профилактических мероприятий с возможностью их проведения в выходные дни для удобства родителей. Сокращение сроков прохождения I этапа диспансеризации до 2-х дней;
13. Развитие неотложной помощи;
14. Мониторинг расходов лекарственных средств, медицинских расходных материалов, реактивов для лаборатории;
15. Повышение оплаты труда медицинских работников при высоких показателях деятельности;
16. Система обратной связи с пациентами путем анкетирования по качеству оказанных услуг.

Сегодня введение электронной медицинской карты позволяет пациенту не обращаться в регистратуру. Пациенту не надо записываться на повторный прием, на прием к врачам специалистам, на обследование, на межкабинетные консультации, так как пациента записывают сами врачи на приеме, давая информацию ему о дате и времени последующего приема.

Организован Диспетчерский Центр. Работа в 2 смены с 8.00 до 19.00 без выходных по 8 сотрудников в смену. Многоканальный центр принимает вызовы на дом и делает записи на первичный прием к врачам-педиатрам. Родители могут позвонить по телефону, или записаться через Интернет. В регистратуре прием телефонных звонков выведен в отдельный кабинет на 2 регистратора.

Разделены потоки пациентов. Информирование пациентов о необходимости вызова на дом к больному ребенку — на стенде в регистратуре, на сайте больницы, на приеме у врачей. Прием первичных пациентов с острыми проявлениями инфекции в кабинете с отдельным входом. Введение дежурных администраторов было необходимо для помощи пациентам при возникающих проблемах, регулирования потоков по цели посещения. Проведено выведение кабинета доврачебного приема для оформления справок различного рода на первый этаж.

Кабинет забора анализов переведен на первый этаж с отдельным входом по записи с указанием времени посещения.

Прошло выделение специальных дней здорового ребенка для проведения профилактических осмотров в течение недели и в субботние и воскресные дни.

Сегодня созданы условия удобного и вежливого общения с регистратором. Прошла реконструкция регистратуры, сформирована открытая регистратура. Идут еженедельные занятия с регистраторами по правилам общения с пациентами. Как результат реформ в работе регистратуры:

- сокращение пребывания пациентов около регистратуры с 7–10 минут до 2 минут,
- сокращение очередей с 5–7 человек до 1–2 и полного отсутствия очереди,
- отсутствие пересечения потоков «больной-здоровый»,
- отсутствие жалоб на работу регистратуры.

Созданы комфортные условия для пациента:

1. Введен строгий график приема пациентов врачами по дням и часам с контролем его выполнения. Пациенту не надо занимать очередь заранее — его примут в назначенное время.

2. Выдача справок в бассейн, для занятий спортом, для получения путевки, оформление санаторно-курортной карты проводится либо

в кабинете доврачебного приема после осмотра педиатра, либо по записи к врачу педиатру в плановом порядке

3. В дни профилактических осмотров, пациенты записываются участковым врачом-педиатром (медицинской сестрой участка) к врачам специалистам и на обследование в хронологии времени, что сокращает пребывание ребенка в поликлинике с 2–3 часов (до реформ) до 20–40 минут, в зависимости от объема консультаций и обследований.

Для детей раннего возраста профилактический прием проводится по программе «Ромашка». В одном кабинете ведут прием все врачи-специалисты, что позволяет сократить время профилактического осмотра, исключить хождение мамы с ребенком по кабинетам и ненужные контакты с посетителями поликлиники.

Сократились сроки ожидания консультаций врачей-специалистов, обследований и проведения процедур при реабилитации. Организация работы врачей специалистов и диагностических служб в субботние и воскресные дни по графику и по записи с 8.00 до 14.00. Это позволило свести очередность к нулю. Расширена запись к врачу на 3–5 пациентов на прием за счет увеличения времени внимания пациенту на 30% в результате перераспределения нагрузки между медицинской сестрой и врачом.

Оказать неотложную помощь ребенку на дому необходимо до прихода врача-педиатра. Служба неотложной помощи действует в объединении уже более 19 лет. Бригады врачей и фельдшеров работают с 8.00 до 19.00 в течение всей недели без выходных и праздничных дней. Служба оснащена автомобилями, дистанционной связью (рациями), ноутбуками, наборами лекарственных препаратов и медицинской аппаратурой для оказания неотложной помощи. Режим работы — 365 дней в году с 8.00 до 19.00 в две смены по графику дежурств. Неотложную помощь оказывают три врачебные и 2 фельдшерские бригады. Время доезда до адреса вызова составляет от 30 минут до 2 часов. Разработан регламент работы, чек-листы оказания неотложной помощи при различных состояниях. Вся медицинская документация оформляется в электронном виде. После оказания неотложной помощи, сведения о ребенке передаются участковому врачу-педиатру для дальнейшего лечения. В выходные и праздничные дни, бригады посещают выписанных и переданных в поликлинику новорожденных детей и осуществляют контроль за больными детьми в стационаре на дому. При анализе дневной нагрузки на всю службу неотложной помощи в 2017 году следует 36 случаев

вызова, т.е. по 18 на каждую бригаду — при 6-и часовой длительности рабочего времени — 20 минут на один вызов.

В результате перечисленных преобразований:

- у кабинетов нет очередей или не более 2 человек,
- ожидание приема не более 5–10 минут,
- время прохождения профилактических осмотров сократилось с 2–3 часов до 20–40 минут,
- дети раннего возраста на профилактических осмотрах по программе «Ромашка» не ходят по кабинетам,
- увеличилось время врача на внимание пациенту на 30%,
- количество пациентов, принятых в день возросло на 3–5 человек,
- за 2017 год неотложная помощь врачебными и фельдшерскими бригадами оказана почти 10 тысячам детей,
- пациент освобожден от записи на повторный прием, к врачам специалистам и на обследование.

В ГАУЗ ДГКБ ответственность за качество оказания медицинской помощи возложена на врача. В объединении нет экспертов. Второй уровень экспертизы осуществляется заведующими подразделениями. При выявлении дефектов лечения и обследования (несоблюдении стандартов медицинской помощи и протоколов ведения больных) проверкой страховых медицинских организаций с возложением штрафов, эти штрафы компенсируются снижением начисления стимулирующих оплат конкретному врачу, допустившему ошибку. Решение проводится через Координационный Совет по качеству и Врачебную комиссию. Утверждается главным врачом. Результаты внедрения принципов бережливого производства — уменьшение сумм штрафных санкций при проверке страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС, полное выполнение плановых объемов по всем показателям работы в 2017 году.

Только в 2017 году в поликлиники пришло 17 молодых специалистов. Организована и работает система наставничества.

В детской поликлинике №4 дополнительно открыто 1000 кв. м площади за счет модернизации и реконструкции технического этажа. Продолжаются проектные работы для расширения поликлиники №3.

В части контроля за расходом лекарственных средств, медицинских расходных материалов, реактивами для лаборатории финансовая

служба ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга в своей работе активно использует уникальный в области программный продукт, внедренный в автоматизированную систему «Антибиотик +». Программа позволяет не только вести строгий учет расхода, а также планировать потребность и формировать заявки на закупку. В случае превышения фактического потребления какого-либо ресурса над нормативным представляется обоснование структурного подразделения, допустившего такой перерасход. И наоборот, можно оперативно подсчитать экономию как в количественном, так и в денежном выражении.

В 2017 средняя начисленная заработная плата у врачей составила 45 708 руб., среднего медицинского персонала — 23 239 руб., младшего медицинского персонала — 21 554 руб. Это превышает норматив средней заработной платы, установленный по «дорожной карте» всем категориям медицинских работников.

В структуре дохода больницы наибольший удельный вес занимают средства, поступающие за оказание медицинской помощи по программе ОМС — 89%. Динамика за 3 года показала значительное увеличение поступлений денежных средств от оказания медицинской помощи по ОМС и платным услугам, а также в целом — на 2%.

Общий доход за счет средств ОМС за 2017 год на 4% увеличился по сравнению с 2016 годом и на 15% — с 2015 годом, большая часть (70%) которого составляет доход от оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Финансовый результат деятельности ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга положительный. Экономическая эффективность за три года увеличивается и в 2017 году составляет почти 5%, т.е. на 1 рубль произведенных затрат больница получила 5 копеек дохода.

Идет динамическое нарастание затрат средств на улучшение материально-технической базы:

- в обеспечении комфортности и безопасности зданий, строительство (рост затрат в 2016 году по сравнению с 2014 годом в 1,8 раза, а в 2017 году в 6,06 раза);
- в обеспечении компьютерной техникой (рост затрат на приобретение техники в 2016 году по сравнению с 2014 годом в 10 раз, в количестве в 17 раз, в 2017 году — в 17 раз и в 22,5 раза соответственно).

В результате проведенных преобразований удовлетворенность населения оказанием медицинской помощи составила 88,9% (целевой показатель по Оренбургской области — 69%).

Таким образом, новая модель медицинской организации предполагает создание пациентоориентированной медицинской организации, которая характеризуется наличием доброжелательного отношения к пациенту, отсутствием очередей за счет правильной организации процессов и работы персонала, качественным оказанием медицинской помощи, приоритетом профилактики в первичном звене здравоохранения.

Литература

1. Приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», утвержден 26 июля 2017 г. Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам.

2. Паспорт Проекта, утвержден Президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и приоритетным проектам (Протокол от 26.07.2017 №8)

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ

*Чолян С. Б., Павловская О. Г., Шеенкова М. В., Якупова Р. Ш.
ГАУЗ «Детская городская клиническая больница», г. Оренбург*

Цель исследования. Проанализировать уровни заболеваемости сахарным диабетом (СД) детей и подростков ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга за 2015–2017 гг. с учетом возраста, пола, типа заболевания и сравнить их с данными по РФ, ПФО, Оренбургской области.

Проанализировать уровни гликолизированного гемоглобина HbA1C у детей, больных сахарным диабетом, на 3, 6, 9 и 12 месяцев помповой инсулинотерапии. Выявить особенности терапии в зависимости от возраста и стажа заболевания.

Материалы и методы. Показатели первичной и общей заболеваемости СД представлены на основе данных статистической отчетности ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга за 2015–2017 гг., официальной статистической информации Минздрава России за 2015–2016 гг. Изучены показатели уровня HbA1C у пациентов с сахарным диабетом ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга, получающих помповую инсулинотерапию. Используются статистический и аналитический методы исследования.

Результаты. На 01.01.2018 г. к ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга было прикреплено 44256 детей. Уровень общей заболеваемости детей в возрасте 0–14 лет СД оставался стабильным и в 2015 г. составил 123,1 случая на 100 000 детского населения, в 2016 г. — 116,6, в 2017 г. — 117,5 соответственно. Уровень первичной заболеваемости детей данной возрастной группы в 2015 г. составил 23,1 случая на 100 000 детского населения, в 2016 г. — 26,5, а в 2017 г. снизился почти в 2 раза и составил 13,6 соответственно.

У подростков в возрасте от 15 до 17 лет включительно уровень общей заболеваемости в 2015 г. составил 271,0 случая на 100 000 соответствующего населения, в 2016 г. — 185,9 в 2017 г. — 251,0. Уровень первичной заболеваемости подростков в 2015 г. составил 0 случаев на 100 000 детского населения, в 2016 г. — 10,9, а в 2017 г. — 23,9 соответственно за счет СД 1 типа.

Анализируя показатели общей заболеваемости детей в возрасте до 14 лет СД 2 типа в 2016 г. по РФ (1,41 случая на 100 000 детского населения), ПФО (1,42), Оренбургской области (2,96), мы отметили значительный рост его (в 3,8 раза по сравнению с федеральным, и в 1,8 раза по сравнению с областным) в г. Оренбурге (5,3 соответственно).

Удельный вес СД 2 типа среди общего числа детей до 14 лет больных СД в г. Оренбурге в 2016 г. составил 3,27%. По нашим данным 2017 г. среди больных СД 1 типа 45% составляют девочки и 55% — мальчики. Однако среди подростков преобладают девочки — 57%. При СД 2 типа гендерных различий не выявлено.

В ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга наблюдалось 48 детей с сахарным диабетом с помпой Акку Чек Спирит/Комбо и 4 ребенка с помпой Медтроник Минимед Парадигма 712/722. 25 мальчиков и 27 девочек.

Сравнение статистических показателей HbA1C у 47 детей по возрасту и стажу болезни помповой инсулинотерапии по непараметрическому U-критерию Вилкоксона выявило четыре кластера пациентов.

В 1 кластер вошло 3 ребенка в возрасте $12,00 \pm 1,15$ лет ($M \pm m$), стажем болезни $112,67 \pm 9,53$ мес., у которых значения HbA1C до и на 12 мес. лечения статистически значимо не отличались ($p > 0,05$) $T = 2,0$, $Z = 0,535$ и составили соответственно $9,87 \pm 0,77$ и $8,43 \pm 0,90$ ммоль/л.

Во 2 кластере было 12 детей в возрасте $10,33 \pm 0,66$ лет, со стажем болезни $31,83 \pm 1,14$ мес., у которых, уровни HbA1C — статистически значимо отличались ($p < 0,05$), $T = 7,5$, $Z = 2,471$. Соответственно $8,73 \pm 0,30$ и $8,31 \pm 0,51$ ммоль/л.

В 3 кластер вошло 12 пациентов в возрасте $9,67 \pm 0,98$ лет, стаж заболевания $56,08 \pm 2,66$ мес. значения HbA1C до и на 12 мес. лечения статистически значимо отличались ($p < 0,05$), $T = 0$, $Z = 3,059$. Соответственно $8,99 \pm 0,25$ и $7,33 \pm 0,20$ ммоль/л.

А в 4 кластер вошло 23 пациента в возрасте $9,13 \pm 0,73$ лет, со стажем болезни $10,35 \pm 1,25$ мес. У них значения HbA1C до и на 12 мес. лечения статистически значимо отличались ($p < 0,05$) $T = 0$, $Z = 3,919$, $9,54 \pm 0,57$ и $7,32 \pm 0,17$ ммоль/л соответственно.

На фоне проводимой терапии сохранялись осложнения в виде неврологических осложнений у 97,9% пациентов, с поражением почек у 4,2%, с поражениями глаз — 2,3%, с нарушениями периферического кровообращения — 2,3%, с множественными осложнениями — 2,3%. Фоновая ретинопатия и ретинальные сосудистые изменения установлены в 10,4% случаев.

Выводы. Общая заболеваемость СД 1 типа у детей 0–14 лет в г. Оренбурге характеризуется стабильностью. Показатели общей заболеваемости СД 1 типа 2 раза выше у подростков 15–17 лет, чем у детей до 14 лет. Отмечается рост выявления у детей до 14 лет СД 2 типа в г. Оренбурге за счет улучшения возможностей диагностики. Помповая инсулинотерапия статистически значимо уменьшает уровень HbA1C в крови у всех пациентов. Лишь в кластере 1, где средний возраст составил $12,00 \pm 1,15$ лет и стаж болезни $31,83 \pm 1,14$ мес., лечение не дало статистически значимого результата. Определяющую роль в терапии играет возраст ребенка и лишь затем стаж болезни. Диабетом невозможно управлять при помощи одной лишь помпы, главное — это знания медицинских работников, мотивация, помощь родителей, а также самоконтроль.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ СПОРТСМЕНОВ НА ОСНОВЕ ПОЛИМОРФНЫХ ЛОКУСОВ ГЕНОВ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ СИСТЕМ И ТИПОВ ПОВЕДЕНИЯ ПО ШКАЛЕ AVEM

Шепелевич Н. В., Маринич В. В., Лемешевская С. Н., Лебедь Т. Л., Сень А. Г.
Полесский государственный университет, Пинск, Республика Беларусь

Цель исследования: провести оценку особенностей профессионального поведения респондентов с помощью опросника «Поведение и переживания, связанные с работой» (AVEM) у спортсменов-биатлонистов; выполнить молекулярно-генетическую диагностику полиморфных локусов L/S гена 5HTT, T102C гена 5HT2A, I/D гена ACE, G2319A гена DAT1, G472A гена COMT, I/D гена DBH, G703-T гена TRH2; выделить группы спортсменов, нуждающихся в фармакологической коррекции состояния.

Методика и объекты исследования. Исследуемая группа включала 22 спортсмена-юниора, занимающихся биатлоном. Сбор биологического материала осуществляли неинвазивным методом (соскоб буккального эпителия с внутренней поверхности щеки). Генетический материал (ДНК) спортсменов выделяли перхлоратным методом. Генотипирование по полиморфным маркерам проводили методом ПЦР и ПДРФ.

Психодиагностика испытуемых осуществлялась посредством разработанного У. Шааршмидтом и А. Фишером опросника «Поведение и переживания, связанные с работой» (AVEM), отражающего реакции человека на требования профессиональной среды и способы поведения, формируемые на основе этих реакций, а также выраженность проявлений эмоционального выгорания.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что самые высокие средние значения личностных факторов получены по шкалам «активная стратегия решения проблем» ($M = 25,54 \pm 4,09$), «готовность к энергетическим затратам» ($M = 23,36 \pm 3,71$) и «стремление к совершенству» ($M = 25,27 \pm 3,43$). Данные показатели характеризуют спортсменов как личность, имеющую активную и оптимистическую установку на появляющиеся проблемы и задачи. Пример их утверждения: «Если у меня что-то не получается, то я говорю себе: Нет, попробую еще раз!».

Низкие значения по шкале «тенденции к отказу в ситуации неудачи» ($M = 12,18 \pm 2,90$), указывают на то, что опрошенные респонденты в состоянии оценить ситуацию и направить свои силы именно на решение поставленной задачи, т. е. обладают сформированными стратегиями преодоления проблемных ситуаций.

Проведенное исследование показало, что значительная часть испытуемых (55,0%) принадлежит к типу «S», 41,0% принадлежит к типу «G» и только отчетливые симптомы профессионального выгорания обнаружены у 5,0% выборки (тип «A»). Спортсмены с типом поведения «G» представляют собой личности с положительной установкой на выполнение деятельности, усиленной мобилизирующим воздействием положительных эмоций.

Понимание генетики поведения является важным в изучении индивидуальной устойчивости к стрессовым воздействиям. Гены, кодирующие белки, которые участвуют в обмене нейромедиаторов, являются кандидатами в определении психоэмоциональных свойств. Достоверные различия были получены по шкалам: «стремление к совершенству», наиболее высокие баллы отмечены у носителей генотипа СТ гена 5HT2A ($p = 0,042$; $F = 3,73$), ТТ гена TRH2 ($p = 0,01$; $F = 5,6$); «тенденции к отказу в ситуации неудачи», высокие баллы отмечены у носителей генотипа GG гена DAT1 ($p = 0,01$; $F = 7,12$); «удовлетворенность жизнью», высокие баллы отмечены у носителей генотипа II гена ACE ($p = 0,04$; $F = 3,8$); «чувство социальной поддержки» высокие баллы отмечены у носителей генотипа LL гена 5HTT ($p = 0,01$; $F = 5,8$).

Необходимость фармакологической коррекции у ряда спортсменов по данным психологических и результатам молекулярно-генетических исследований определяется сочетанием высокого балла по шкале «тенденции к отказу в ситуации неудачи», S-аллели гена 5HTT, T-аллели гена 5HT2A.

Выводы. Полученные с помощью опросника «Поведение и переживания, связанные с работой» (AVEM) результаты позволили сделать заключение, что у большей части спортсменов данной выборки в длительной перспективе, может наблюдаться возрастание профессиональной неудовлетворенности на фоне успешности других людей. В этом случае есть необходимость психологического вмешательства, направленного на повышение мотивации деятельности (например, мотивационный тренинг).

При анализе вариабельности распределения полиморфизмов генов, определяющих состояние дофаминовой и серотониновой систем спортсменов, установлено существенное повышение частоты встречаемости гомозиготных генотипов GG гена TRN2, GG гена DAT1, SS гена 5HTT, и гетерозиготных генотипов CT гена 5HT2A, ID гена ACE, ID гена DBH.

ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ИЗ СЕМЕЙ МИГРАНТОВ

*Яровая Ю. А., Васильева Е. Б., Клочкова Л. В., Жанарстанова С. Т.
ФГБОУВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург*

Нарастающая миграция населения оказывает отрицательное влияние на эпидемическую ситуацию по туберкулезу, поскольку прибывшие лица отличаются эпидемическим благополучием местности, ограничением доступа к медицинской помощи и обследованию на туберкулез, экономическим уровнем обеспеченности, а также особенностями иммунного статуса. В результате, мигранты до последнего не обращаются за помощью, что способствует поддержанию и нарастанию резервуара туберкулезной инфекции неизвестными бактериовыделителями. Комплексная оценка эпидемической характеристики, клинических особенностей туберкулеза данного контингента детей позволит оптимизировать у них мероприятия по выявлению и профилактике туберкулеза.

Цель исследования: оценка эпидемических и клинических особенностей туберкулеза детей из семей мигрантов.

Материалы и методы: Обследовано 56 детей в возрасте от 1 до 15 лет на базе туберкулезного отделения ДИБ №3, которые составили 2 группы наблюдения: 1-ая группа — дети из семей мигрантов — 23 ребенка; 2-ая группа — жители Санкт-Петербурга и Ленинградской области (ЛО) — 33 ребенка. Всем пациентам проведено углубленное фтизиатрическое обследование, включающее сбор эпидемического анамнеза, клиническую оценку интоксикационного синдрома, постановку внутрикожных иммунологических проб (проба Манту с 2ТЕ, диаскинтест), рентгенологическое исследование с применением МСКТ, по показаниям фибробронхоскопию.

Результаты исследования: Обращало внимание отсутствие данных эпидемического анамнеза у значительно количества детей из семей мигрантов (60,9%) по сравнению с жителями СПб и ЛО (27,3%, $p < 0,05$). Неблагополучный социальный статус семей детей 1 группы отмечался в 82,6% случаев, тогда как у жителей СПб — 60,6% случаев. Детей из семейных контактов было 26,0% из семей-мигрантов и 64,7% из семей — жителей СПб и ЛО; из квартирных — 13,0% и 6,0% из 1 и 2 групп соответственно. Установление бактериовыделения МБТ у источников заболевания пациентов 1 группы происходило в 2 раза реже, чем у пациентов 2 группы: в 26,0% и в 57,6% соответственно, что было связано с частым отсутствием данных из противотуберкулезных учреждений других мест. Не было выявлено различий в количестве вакцинированных против туберкулеза у пациентов сравниваемых групп. У детей из семей мигрантов чаще имели место более длительные сроки инфицирования МБТ: более 1 года в 82,6% случаев, тогда как у детей СПб и ЛО — в 54,5% случаев, $p < 0,05$.

Переносимость туберкулеза у детей из семей мигрантов была более удовлетворительной: выраженный синдром интоксикации развивался в 17,4% случаев, тогда как у детей СПб и ЛО в чаще в 2 раза — в 33,3% случаев. Кроме того, реже развивались осложненные формы заболевания — в 13,0% случаев у детей 1 группы; у 24,2% пациентов 2 группы. Выявление локальных форм заболевания у пациентов 1 группы преобладало в фазы продолжающегося обратного развития в 69,5% случаев, что реже наблюдалось у детей 2 группы — в 48,5% случаев.

Выводы: 1. У детей из семей мигрантов преобладает несвоевременное выявление туберкулезной инфекции: через 1 год после инфицирования МБТ — у 82,6%, тогда как во 2 группе — у 54,5%, $p < 0,05$, что обусловлено прежде всего отсутствием сведений эпидемического анамнеза; 2. У детей из семей мигрантов отмечается более удовлетворительная переносимость туберкулеза; 3. Целесообразно усиление медицинского контроля на въезд в Российскую Федерацию.

Издано по заказу
Санкт-Петербургского регионального отделения общественной организации
«Союз педиатров России»
www.pediatriya-spb.ru

Печать цифровая. Формат А5
Тираж 100 экз.
Подписано в печать 26.02.2018