СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ

Союз медицинских работников
Санкт-Петербурга
и Северо-Западного региона

КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

IX ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ

«СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – БЕЛЫЕ НОЧИ – 2024»

МАТЕРИАЛЫ

21-22 ИЮНЯ 2024

Сборник материалов

IX Всероссийского форума
«СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ — БЕЛЫЕ НОЧИ — 2024».
Санкт-Петербург, 21–22 июня 2024 — СПб., 2024. — 74 с.

ОРГАНИЗАТОРЫ ФОРУМА:

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

НАУЧНЫЙ СООРГАНИЗАТОР:

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

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

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

ПРИ УЧАСТИИ:

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА России»

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

ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» МЗ РФ

ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ 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 форума не несет ответственности за содержание тезисов.

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

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

ISBN 978-5-6047543-9-9

9 785604 754399

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

IX ВСЕРОССИЙСКОГО ФОРУМА
**«СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ.
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – БЕЛЫЕ НОЧИ – 2024»**

21–22 ИЮНЯ 2024

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Возможные предикторы развития транзиторной гипертиреотропинемии у недоношенных новорожденных
Адельмурзина А. И., Викторов В. В. 7

Дисфункция тиреоидной системы у недоношенных новорождённых
Адельмурзина А. И., Викторов В. В. 9

Клинико-рентгенологические особенности течения острой пневмонии у детей раннего возраста на фоне атопического дерматита
Алиев А. Л., Абдуллаев Д. Б., Садиков Н. Т. 12

Частота встречаемости нарушений эмоционально-волевой сферы у детей с отоларингологической патологией на начальном этапе общего образования
Анисимов Д. С., Глущенко В. А., Шестакова В. Н., Удовенко А. А., Сосин Д. В. 13

Частота встречаемости внебольничной пневмонии с затяжным течением у детей различного возраста
Ахмедова Н. Р., Атабаева О. Ф. 15

Уровень кардиоспецифических маркеров у детей с различными вариантами ювенильного артрита
Ахмедова Н. Р., Сайдалиева Ф. Ш. 17

Клинико-лабораторная характеристика в зависимости от уровня билирубина у наблюдаемых новорождённых
Бобоева Н. Т. 18

Фадиатоп – скрининговый лабораторный метод в диагностике атопии
Воронцова И. М., Баранов А. А. 20

Структура соматической патологии обучающихся детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи из начальных классов, реализующих адаптированные образовательные программы
Глущенко В. А., Шестакова В. Н., Аноприкова Д. Н., Удовенко А. А. 22

Поведенческие реакции обучающихся детей с ограниченными возможностями здоровья из классов 1 ступени обучения, реализующих адаптированные образовательные программы
Глущенко В. А., Шестакова В. Н., Удовенко А. А., Аноприкова Д. Н., Сосин Д. В. 24

Детство в цифровой эпохе. Как сохранить здоровье детей и что может сделать педиатр?
Горелик Е. А., Малявская С. И. 26

Возможности ультразвуковой денситометрии в диагностике остеопенического синдрома у детей с сахарным диабетом 1 типа
Ефременкова А. С., Крутикова Н. Ю. 29

Оценка микроэлементного статуса у детей раннего и дошкольного возраста с синдромом Дауна в Узбекистане
Зуфарова Н. И., Ашурова Д. Т. 31

Содержание витамина D у детей с хроническими заболеваниями кишечника
Козловский А. А., Лапицкая Е. В., Новик Т. Д., Хмылко Л. А., Беликова Г. С., Лымарь Ж. В. 34

Комплексный подход в диагностике неонатальной энцефалопатии
Козловский Д. А. 35

Клинико-анамнестические особенности атопического дерматита у детей
Кулешова О. К. 37

Клинико-инструментальные особенности хронических запоров у детей
Кулешова О. К. 40

Особенности респираторного сезона в 2023/2024 гг.
Локшина Э. Э., Зайцева О. В., Кузнецов Г. Б., Савицкая Н. А., Хмелькова И. И., Тимакова М. В., Чегодаева Н. А., Янина Н. Р., Остроухова И. П. 43

Оценка эффективности лечения постинфекционной астении у детей
Лохматова И. А. 44

Сложности динамического наблюдения за эффектом безглютеновой диеты у больных с целиакией и дефицитом иммуноглобулина А
Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М. 46

Трудности диагностики целиакии у пациентов с полным и парциальным дефицитом сывороточного иммуноглобулина А
Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М. 48

Частота селективного дефицита иммуноглобулина А
у детей с целиакией
*Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г.,
Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.* 50

Патология зрения у детей с ожирением:
локальная или системная проблема?
*Отто Н. Ю., Джумагазиев А. А., Безрукова Д. А.,
Филипчук А. В., Сосиновская Е. В.* 51

Взаимосвязи между ультразвуковыми размерами
тимуса и антропометрическими показателями
у новорожденных с различной массой тела
при рождении и на первом году жизни
Прилуцкая В. А., Скабей Л. И. 53

Оценка эффективности использования витамина Д3
в комплексной профилактике и терапии
респираторных нарушений у доношенных
новорожденных от матерей с сахарным диабетом 1 типа
Прилуцкая В. А., Скрипленок Т. Н., Свирская О. Я. 57

Полиморфизм генов цитокинов в развитии
тяжелой врожденной пневмонии
*Салихова К. Ш., Абдурахманова Ф. Р., Ишниязова Н. Д.,
Агзамходжаева Б. У., Нуртаева Ч. К.* 61

Последствия поражения нервной системы
у недоношенных детей
Салихова К. Ш., Агзамходжаева Б. У., Абдурахманова Ф. Р., Ишниязова Н. Д. 62

Роль программы раннего вмешательства
в комплексной терапии и реабилитации
пациентов с несовершенным остеогенезом
*Хасянова Т. А., Белова Н. А., Вартомянц-Чупрякова А. А.,
Пасечник И. В., Иванченко Д. В.* 64

Киста селезенки у спортсмена. Спортивный результат
или здоровье? Клинический случай
Цецема Н. С., Матвеев С. В., Успенская Ю. К., Успенский А. К. 65

Десятилетие детства в России 2018-2027 гг.:
К систематизации реализуемых мероприятий
Чичерин Л. П., Щепин В. О. 69

ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ТРАНЗИТОРНОЙ ГИПЕРТИРЕОТРОПИНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Адельмурзина А. И., Викторов В. В.
Кафедра факультетской педиатрии и неонатологии, БГМУ, г. Уфа.
Aigulia89@yandex.ru

Современные представления о гормональной адаптации недоношенных новорожденных в мировой и отечественной литературе скудны и противоречивы. Особенность формирования и становления гипофизарно-тиреоидной оси у недоношенных новорожденных представляет научный и практический интерес, так как уже более 10 лет врачи-неонатологи активно выхаживают детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела. Выживаемость в этой группе детей разнится и достигает от 42-98% по данным Центрального федеративного округа [1]. Несмотря, на тенденцию к снижению рождаемости в Российской Федерации, на протяжении последних лет уровень преждевременных родов относительно постоянен, и составляет 5-6% [2]. По данным мировой литературы информации о распространенности гипертиреотропинемии (повышения тиреотропного гормона-ТТГ в сыворотке крови) у недоношенных новорожденных недостаточно, что послужило поводом для нашего исследования [3].

Цель исследования: оценить особенности постнатального периода недоношенных новорожденных с транзиторной неонатальной гипертиреотропинемией, и выявить возможные предикторы развития гипертиреотропинемии у недоношенных.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ медицинской документации и результатов скрининга на врожденный гипотиреоз у недоношенных новорожденных, рожденных за период 2017-2022 год в родильных учреждениях города Уфы. Анализируя результаты скрининга, мы выделили группы недоношенных детей со сроком гестации 26-36 недель (n-68), с повышением тиреотропного гормона (ТТГ) более 5 мЕД/л. Из исследования были исключены недоношенные с подтверждённым врожденным гипотиреозом, которые были переданы под наблюдение детских эндокринологов. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.1.4 (разработчик - ООО "Статтех", Россия). Количественные показатели оценивались на

предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Шапиро-Уилка. Корреляционный анализ проводился при использовании метода: U–критерий Манна–Уитни.

Результаты: Медиана ТТГ (мЕд/л) у недоношенных новорожденных при первичном тестирование составила 7,79, (Q_1 – Q_3: 5,84 – 19,97). Анализируя постнатальный период недоношенных, была выявлена слабая прямой тесноты связь уровня ТТГ и антропометрических данных, уровня ТТГ и низких значений шкалы APGAR была установлена заметной тесноты прямая связь. При анализе уровня ТТГ от заболеваний респираторной системы недоношенных установлена статистически значимая (p = 0,027) взаимосвязь от респираторного дистресс синдрома (РДС), при анализе уровня ТТГ в зависимости от дыхательной недостаточности, врожденной пневмонии, не удалось выявить статистически значимых значений. При анализе уровня ТТГ в зависимости от поражения ЦНС, уровень ТТГ от таких состояний, как церебральная ишемия, внутрижелудочковое кровоизлияние, не удалось выявить статистически значимых значений (p = 0,085, p = 0,788 соответственно). При анализе уровня ТТГ в зависимости от особенностей течения беременности и родов, выявлена статистически значимая (p = 0,031) связь от асфиксии в родах. При анализе уровня ТТГ в зависимости от наступления беременности путем экстракорпорального оплодотворения, проведения родов путем кесарева сечения, перинатального контакта по ковид19, течения многоплодной беременности, не удалось выявить статистически значимых данных (p = 0,344, p = 0,838, p = 0,591, p = 0,326 соответственно). Нами был проведен также анализ уровня ТТГ в зависимости от заболевания сердца. Уровень ТТГ в зависимости от врожденного порока сердца (ВПС) у ребенка, были выявлены статистически значимые данные (p = 0,022). При анализе уровня ТТГ в зависимости от открытого овального окна, - не удалось установить статистически значимых различий (p = 0,183). Нами был выполнен анализ уровня ТТГ при первичном тестировании в зависимости от заболеваний кроветворной системы. При сравнении уровня ТТГ при первичном тестировании в зависимости от анемии, гемолитической болезни новорожденных, геморрагического синдрома, - нам не удалось выявить значимых различий (p = 0,192, p = 0,403, p = 0,950 соответственно.)

Выводы: таким образом, проведен анализ постнатального периода недоношенных с гипертиреотропинемией, выявлена взаимосвязь гипертиреотропинемии с низкими значениями шкалы APGAR на 1 ми-

нуте. Достоверно чаще встречались РДС, асфиксия в родах, ВПС у недоношенных новорожденных с транзиторной гипертиреотропинемией.

Так, низкие значения шкалы APGAR на 1 минуте, РДС, асфиксия в родах, ВПС могут быть предикторами развития гипертиреотропинемии недоношенных. Таким образом, могут быть выявлены группы риска развития дезадаптации тиреоидной системы у данной группы детей. Дальнейшее изучение и совершенствование методов выхаживания недоношенных детей может помочь снизить риск развития гормональных нарушений у детей.

Список литературы:

1. Дегтярев Д.Н. 30-летний опыт выхаживания детей с экстремально низкой массой тела в Российской Федерации: иллюзия быстрых побед // Неонатология: новости, мнения, обучение. 2023. №11. С.6-8.
2. https://rosstat.gov.ru/folder/13721- Интернет-ресурс, дата обращения 06.05.24
3. Петракова В.А., Безлепкина О.Б., Ширяева Т.Ю., Вадина Т.А., Нагаева Е.В., Чикулаева О.А., Шредер Е.В., Конюхова М.Б, Макрецкая Н.А., Шестопалова Е.А., Митькина В.Б. Клинические рекомендации «Врожденный гипотиреоз» // Проблемы Эндокринологии. 2022. № 68. С. 90-103.

ДИСФУНКЦИЯ ТИРЕОИДНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Адельмурзина А. И., Викторов В. В.
Кафедра факультетской педиатрии с курсом педиатрии, неонатологии и симуляционным центром ИДПО, БГМУ, г. Уфа
aigulia89@yandex.ru

По данным Росстата за 2022 год недоношенными родились 75,7 тысяч человек, доля преждевременных родов в России составляет 6,3% [1]. Недоношенные новорожденные имеют ряд проблем в период постнатальной адаптации, а в частности в особенностях гормональной адаптации. Гормоны тиреоидной системы играют решающую роль в развитии мозга плода во время беременности и первых двух лет постнатального периода [2]. Особенностями функционирования

тиреоидной системы у недоношенных новорожденных является незрелость гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси (ГГТ) [3].

Цель исследования: выявить частоту нарушений тиреоидной системы у недоношенных новорожденных, оценить возможные факторы, ассоциированные с дисфункцией тиреоидной системы у недоношенных новорожденных.

Материалы и методы: Проведено ретроспективное исследование по типу «случай-контроль», оценивали результаты скрининга на врождённый гипотиреоз у недоношенных новорожденных (n-138) за период с 2019 по 2022 год на базе Республиканского Медико-Генетического центра города Уфы. В качестве верхнего допустимого предела уровня ТТГ принималось значение не более 20 мЕД/л у детей в возрасте до 13 суток жизни, после 14 суток жизни не более 5 мЕД/л. Основную группу с повышением уровня ТТГ составили 68 недоношенных новорожденных, контрольная группа составила 70 недоношенных с нормальным уровнем ТТГ. В медицинской документации анализировались антропометрические данные недоношенных новорожденных, гестационный возраст, уровень ТТГ при первичном тестирование и повторном тестирование, анамнез матери, течение беременности, перинатальный и постнатальный период новорожденных.

Результаты: В основной группе 25% недоношенных имели транзиторный гипотиреоз, у 4,4% выявлен врожденный гипотиреоз, в 70,6% случаев концентрация ТТГ при повторном тестирование пришла в норму, повышение ТТГ в этом случае обычно было незначительное (от 6-15мЕД/л), что может быть связано с функциональными нарушениями тиреоидной системы вследствие незрелости гипоталамо-гипофизарно- тиреоидной оси. При сравнении групп, было выявлено, что дети с нарушениями тиреоидной системы имели гестационный возраст (ГВ) 32±3 недели, ниже, чем в контрольной группе ГВ 34 недели, также антропометрические данные вес, гр. (1668,62±454,70<1937,47±55 5,70), рост, см (41,55± 3,77<44,00), были ниже. Женский пол преобладал над мужским (58,6%>41,4%) в основной группе, в контрольной группе разницы в соотношение полов не отмечалось. Средняя оценка по шкале Апгар на первой минуте была ниже, чем в контрольной группе (5 баллов <6 баллов). При анализе факторов, ассоциированных с развитием дисфункции тиреоидной системы, аномалии развития сердца встречались достоверно чаще: в основной группе дети с врожденным гипотиреозом в 34,5% имели ВПС, открытое овальное окно имели 65,5% детей,

p <0,05. Другие возможно ассоциированные факторы с дисфункцией тиреоидной системы не были статистически значимы.

Заключение: Недоношенные новорожденные имеют чаще нарушения гормональной адаптации, транзиторный гипотиреоз встречается чаще у недоношенных новорожденных, уровень ТТГ может повышаться отсрочено и снижаться медленнее, чем у доношенных новорожденных. При скрининге у большинства недоношенных при повторном тестирование уровень ТТГ приходил в норму. Таким образом, эту картину можно считать реакцией на незрелость работы оси гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа. В группе недоношенных с функциональными нарушениями тиреоидной системы достоверно чаще встречаются малые аномалии развития сердца, что может являться одним из возможных ассоциированных факторов нарушения тиреоидной системы. Также отмечается прямая связь со сроком гестациии, антропометрическими данными недоношенных, оценкой по шкале Апгар, возможно, чем незрелее новорожденный, тем чаще мы видим нарушения гормональной адаптации. Женский пол при нарушениях работы щитовидной железы преобладает над мужским, что соответствует литературным данным. Учитывая вышеизложенное, глубоко недоношенным новорожденным с массой тела менее 1500 гр, и сроком гестации менее 32 недели мы рекомендуем проводить повторный скрининг на врожденный гипотиреоз в возрасте от 2 до 4 недель постнатального периода.

Литература:

1. https://rosstat.gov.ru/folder/13721- Интернет-ресурс, дата обращения 25.01.24

2. Кубышкина А.В., Логинова И.И. Особенности гормонального статуса поздних недоношенных детей в раннем неонатальном периоде // Неонатология: новости, мнения, обучение. 2021 - №2. – с. 15-23.

3. Петракова В.А., Безлепкина О.Б., Ширяева Т.Ю., Вадина Т. А., Нагаева Е. В., Чикулаева О. А., Шредер Е. В., Конюхова М. Б., Макрецкая Н. А., Шестопалова Е. А., Митькина В.Б. Клинические рекомендации «Врожденный гипотиреоз». // Проблемы Эндокринологии. 2022.- Т. 68 - №2. – с.90-103.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Алиев А. Л., Абдуллаев Д. Б., Садиков Н. Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан
a.doniyor1989@gmail.com

Актуальность. Острые пневмонии у детей раннего возраста остаются существенной причиной заболеваемости и смертности, несмотря на внедрение в практику сильнодействующих антимикробных препаратов широкого спектра действия, наличие комплексных режимов поддерживающего лечения и проведение профилактических мероприятий.

Атопический дерматит (АД) до сих пор является глобальной проблемой XXI века, ввиду неуклонного роста среди населения, особенно среди детского возраста. Согласно данным мировой статистики, заболеванием страдает примерно от 7,1 до 27,4 % населения, причем рост заболеваемости прослеживается в зависимости от различных факторов как внешнего, так и внутреннего характера. АД является причиной увеличения сроков лечения больных в специализированных клиниках, ухудшения состояния за счет развития осложнений, нередко ведущих к смерти больного.

Цель исследования: анализ клинико-рентгенологических особенностей течения острых пневмоний у детей раннего возраста на фоне атопического дерматита.

Материалы и методы. В настоящее исследование были включены 58 детей с установленным диагнозом пневмонии.1-ю группу составили 28 детей с пневмонией бактериальной этиологии без АД, во 2-ю вошли 30 детей с АД. Группу контроля (сравнения) составили 22 практически здоровых ребенка, аналогичного возраста. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием компьютерной программы Statistica 6.0. Достоверность различий средних величин сравниваемых показателей оценивали по критерию Стьюдента (t).

Результаты исследования. Родители больных детей жаловались в основном на повышение температуры тела у ребёнка, беспокойство, наличие катаральных явлений, кашель, выраженную слабость. Семиотика поражения органов дыхания проявлялась, прежде всего в одышке смешанного характера у всех больных, а также повышением сопротивления дыхательных путей на выдохе у 12 детей. При этом у 16 больных выдох был особенно затруднен и удлинен, то есть имел место выраженный обструктивный синдром. Нарушение функции внешнего дыхания проявлялось в раздувании крыльев носа у 30 больных, западение податливых мест грудной клетки – у 41 больного.

На рентгеновских снимках превалировало двустороннее, а также правостороннее поражение лёгких у обеих групп.

Выводы. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что тяжесть состояния обследованных детей была обусловлена отягощенным материнским анамнезом, преморбидным фоном, искусственным вскармливанием. Эффективность терапии зависит от индивидуального выбора ее с учетом этиологии заболевания, течения и фазы патологического процесса, возраста больного, а также степени внелегочных поражений в организме. Лечение этой группы больных требует участия всех специалистов высокой квалификации, должно осуществляться в строго определенной последовательности и быть комплексным.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Анисимов Д. С., Глущенко В. А., Шестакова В. Н., Удовенко А. А., Сосин Д. В.
ФГБОУ ВО «Смоленский медицинский университет» Минздрава РФ, г. Смоленск
dmitry_anisimov_98@mail.ru

Актуальность. В России, как и во всем мире, частота встречаемости отоларингологической патологии возрастает не только за счет гиперплазии небных миндалин, хронического тонзиллита, но и острого

отита, ринита, аденоидных вегетаций и сочетанных поражений. По многим литературным источникам, частота встречаемости отоларингологической патологии у детей колеблется от 16,1% до 41,0%. При таких нарушениях часто возникают дефекты слуха и речи, что ограничивает ребенка не только в общении, но и в обучении. Поэтому изучение эмоционально-волевой сферы у таких детей является актуальным.

Цель исследования. Изучить особенности эмоционально-волевой сферы у детей младшего школьного возраста с отоларингологической патологией из классов, реализующих адаптированные образовательные программы.

Материалы и методы. Объектом исследования являлись дети младшего школьного возраста (n=40), имеющие ТНР вариант 5.1 из классов, реализующих адаптированные образовательные программы. Из них основную группу наблюдения составляли 20 детей с отоларингологической патологией. В группу сравнения вошли дети, не имеющие отоларингологической патологии (n=20). Сбор материала проводился путём выкопировки первичной информации из истории развития ребенка, медицинской карты школьника, психологического паспорта школьника. Также использовались диагностические тесты, опросники, личностная шкала проявления тревожности. Статистическая обработка проводилась по общепринятым методам вариационной статистики в пакете прикладных лицензированных программ STATISTIKA 6.0 и MIKROSOFT EXEL 2003. Для статистической группировки данных использовался непараметрический критерий $\chi 2$ Пирсона с поправкой Йетса, при значениях $p<0,05$.

Результаты исследования. Установлено, что при поступлении в общеобразовательную организацию у всех детей из основной группы наблюдения встречались нарушения эмоционально-волевой сферы, что на 50,0% чаще, чем у детей из группы сравнения (p=0,01). В процессе обучения в основной группе наблюдения увеличилось количество детей с колебаниями настроения на 15,0%, раздражительностью на 20,0%, проявлениями тревожности на 30,0%, в том числе и склонностью к плаксивости на 20,0%, появлениями страха на 10,0% (p=0,91, p=0,81, p=0,046, p=0,81, p=0,97). В тоже время в группе сравнения при поступлении в школу колебания настроения встречалось у 35,0% детей, раздражительность у 40,0%, тревожность у 45,0%, плаксивость у 50,0%, чувство страха у 25,0%, что на 10,0% меньше, чем в основной группе, но достоверных различий не установлено. При выпуске из начальных классов их прирост оказался менее выраженным и не превышал 15,0%

(p=0,91). Следовательно, дети с отоларингологической патологией, как при поступлении, так и при выпуске из начальных классов имеют нарушения эмоционально-волевой сферы, требуют постоянного динамического контроля и коррекционных мероприятий.

Заключение. Детей с отоларингологической патологией необходимо включать в группу риска по нарушению эмоционально-волевой сферы. Дети без отоларингологической патологии реже имеют нарушения эмоционально-волевой сферы, они реже склонны к колебаниям настроения, усилению раздражительности, тревожности, невротизации, плаксивости, агрессивности, чем дети с отоларингологической патологией, которые требуют более длительного наблюдения, индивидуальной коррекции с привлечением не только педиатров, отоларингологов, неврологов, психологов, но и психиатров.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ С ЗАТЯЖНЫМ ТЕЧЕНИЕМ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Ахмедова Н. Р., Атабаева О. Ф.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г Ташкент, Узбекистан
anilufar74@mail.ru

Заболевания органов дыхания у детей остаются самой распространенной патологией, среди которых пневмонии занимают лидирующие позиции и составляют 4–17 на 1000 детского населения. По данным Всемирной организации здравоохранения, пневмония является главной причиной детской смертности во всем мире, на долю которой приходится 17,5 %, что ежегодно в мире составляет около 1,1 млн смертельных случаев. Поэтому проведение научных исследований, направленных на изучение данной проблемы, не теряет своей актуальности.

Цель исследования: изучить частоту внебольничной пневмонии с затяжным течением у детей различного возраста по данным ретроспективного анализа.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 955 историй болезни детей с заболеваниями органов дыхания, госпитализированных с 1.01.2023 по 31.12.2023 года в отделение

пульмонологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии. В ходе исследования были проанализированы анамнестические и клинические данные, а также лабораторно-инструментальные показатели.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с применением программного пакета прикладных программ STATISTICA 10,0.

Результаты. Изучение структуры заболеваний органов дыхания по данным ретроспективного анализа историй болезни показало, что среди пролеченных больных превалировала острая внебольничная пневмония 525 (54,97%). Частота затяжной пневмонии составила 281 (29,4%). Количество пролеченных детей с другими заболеваниями респираторного тракта, включая муковисцидоз, составило 149 (15,6%). Оценка частоты встречаемости затяжной пневмонии в зависимости от пола детей показала, что среди 281 больных с затяжной пневмонией превалировали мальчики (59,1 % против 40,9%).

Изучение частоты встречаемости по возрастным периодам свидетельствовало о том, что возраст больных варьировал от 4 месяцев до 18 лет. При этом наибольшее количество больных с затяжной пневмонией составили дети раннего возраста (57.6%). У детей дошкольного возраста затяжная пневмония встречалась в 30.2% случаев. Дети младшего школьного возраста составили 8,2%, а также дети подросткового возраста 3,9%. Таким образом, нами выявлена тенденция снижения частоты встречаемости затяжной пневмонии с увеличением возраста детей.

Заключение. Данные ретроспективного анализа свидетельствуют о том, что каждый третий больной поступает с пневмонией с затяжным течением, которая в структуре заболеваний органов дыхания составляет 29,4%. Затяжная пневмония встречается чаще у детей раннего возраста и у детей мужского пола.

УРОВЕНЬ КАРДИОСПЕЦИФИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ЮВЕНИЛЬНОГО АРТРИТА

Ахмедова Н. Р., Сайдалиева Ф. Ш.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан
anilufar74@mail.ru

У детей с ювенильными артритами (ЮА) неконтролируемое тяжелое системное воспаление повышает риск развития тяжелых кардиоваскулярных осложнений, потому поиск новых информативных прогностических маркеров с целью их раннего выявления является актуальным.

Цель исследования: изучить роль некоторых кардиоспецифических маркеров в диагностике поражений сердца и сосудов у детей с ювенильными артритами в зависимости от варианта заболевания.

Материалы исследования. Обследовано 60 детей с ювенильными артритами, госпитализированных в отделение кардиоревматологии РСНПМЦ Педиатрии. Средний возраст детей составил 8,5±7,1 лет. В зависимости от варианта заболевания дети были разделены на 2 группы: 1 группа - 38 больных с ЮАсСН, 2 группа - 22 больных с суставным вариантом ЮА. Методы исследования, наряду с общепринятыми, включали определение креатинкиназы МВ (КФК-МВ) и мозгового натрийуретического пептида в лаборатории «Аутоиммунных состояний» Института иммунологии и геномики человека АН РУз. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ для IBM PC «Statistica 7,0».

Результаты. Анализ полученных результатов свидетельствовал, что количество больных с повышенными показателями КФК-МВ среди детей 1 группы было в 1,4 раза больше количества подобных детей 2 группы (50% против 36,4%) ($p \leq 0,01$) и средние его значения у детей 1 группы были достоверно выше (6,8±0,5 ng/ml), по сравнению с нормой и показателями детей 2 группы (4,6±0,3 ng/ml). Изучение содержания NT-proBNP плазме крови в зависимости от варианта заболевания показало, что у детей 1 группы его значения колебались от 81,6 pg/ml до 292,3 pg/ml и его средние значения составили 145,5±13,7 pg/ml, что превышает показатели больных 2 группы в 1,1 раз (134,3±12,9 pg/ml). При этом наибольшее количество больных с повышенными значениями

NT-proBNP было среди детей 1 группы (76,3% против 59,1%), что свидетельствует о дисфункции левого желудочка и застойной сердечной недостаточности.

Заключение. У детей с ЮАсСН отмечается значительное повышение кардиоспецифических маркеров NT-proBNP и КФК-МВ, что свидетельствует о поражения миокарда и дисфункции левого желудочка. Данные показатели являются высокоинформативными в диагностике доклинических признаков сердечной недостаточности, которые еще не выявляются при инструментальных исследованиях.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ БИЛИРУБИНА У НАБЛЮДАЕМЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ

Бобоева Н. Т.
Самаркандский государственный медицинский университет,
г. Самарканд, Узбекистан
shaxjaxon@yahoo.com

Актуальность. Гипербилирубинемия у новорожденных детей в последние десятилетия приобретает более длительное течение. Причина этого феномена не ясна. Определенная часть данных состояний проходит для ребенка транзиторно и не требует специальной коррекции, однако в ряде случаев неонатальные гипербилирубинемии принимают затяжное течение, вследствие чего формируется высокий риск развития осложнений, обусловленных нейротоксичностью непрямого билирубина.

Цель исследования: явилось изучение клинико-лабораторной характеристики в зависимости от уровня билирубина у наблюдаемых новорождённых.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлись новорожденные с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией (n=250). Состояние всех новорожденных при поступлении расценивалось как средне тяжелое, что было обусловлено наличием гипербилирубинемии. Новорожденные были отобраны на основании клинико-биохимических показателей. В обследуемых

группах новорожденных с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией были выявлены неонатальная пневмония (8,24%) и острые респираторные вирусные инфекции, вегетовисцеральный синдром, синдром угнетения или синдром возбуждения на фоне перенесённой гипоксико-ишемической энцефалопатии (15,29%), пролонгированная желтуха на фоне ВУИ матери (36,29%) и новорождённые с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией (41,18%).

Результаты. У обследуемых новорожденных гипербилирубинемия была основным показателем для госпитализации. Полученные данные показали, что у новорожденных с ПНГ свойственно было визуальные изменения кожных покровов, в виде затянувшейся желтухи по поводу чего и обратились большинство групп родителей. Визуально субиктеричность кожных покровов и слизистых у новорожденных детей с ПНГ чаще появлялись на 3-4 сутки, жизни: у 36,1%- на третьи сутки, у 42,5 % - на четвертые. У 9,9% новорожденных отмечено появление желтухи на второй день жизни, у 10,3% - на пятый, и у 1,2% - на шестой день жизни. При ПНГ субиктеричность кожных покровов и слизистых имела волнообразный характер появления желтухи. У новорожденных с пролонгированной гипербилирубинемией на фоне внутриутробного инфицирования и гипоксически ишемической энцефалопатии на фоне инфицирования был отмечен синдром угнетения ЦНС, проявляющийся в виде вялого сосания, снижения двигательной активности, мышечной гипотонии, гипорефлексии, истощаемости физиологических рефлексов. Он встречался у 68% новорожденных. Синдром гипервозбудимости ЦНС – у 9,1% и 10% соответственно. В клинической картине ПНГ на фоне неонатальной пневмонии доминировали признаки поражения дыхательной системы, проявляющиеся одышкой с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, приступами апноэ, продолжающимися более 10 секунд, цианозом, визуализирующимся в периорбитальной и периоральной области; раздуванием крыльев носа, втягиванием мечевидного отростка и межреберий при дыхании, дистанционными хрипами, периферическими и центральными цианозами и локальными физикальными данными – отёчностью кожной складки над очагом поражения в легких, укороченным тимпанитом в прикорневых зонах и разрежением над другими отделами грудной клетки, мелкопузырчатыми, крепитирующими хрипами - на вдохе и сухими высокими - на выдохе; оральными хрипами. Рентгенологически пневмония подтверждена.

Про сопутствующей патологии с перинатальной патологией нервной системы в группе обследуемых новорождённых наблюдалось ослабление сосания, беспокойство, снижение интенсивности крика, легкая гипотония, тремор подбородка и конечностей в покое, ослабленный рефлекс Моро, Робинсона, Бабинского, Галанта, симпатикотония (тахикардия, тахипноэ, расширенные зрачки). Также у обследуемой группы новорождённых наблюдались ослабление шагового рефлекса и рефлекса опоры. У обследуемых групп новорождённых наблюдались снижение мышечного тонуса и изменения общей активности. Пролонгированная неонатальная гипербилирубинемия, связанная с инфекцией матери, проявлялась мраморностью кожных покровов, недержанием тепла, акроцианозами, конъюнктивитом, срыгиванием, рвотой, вздутием живота, появлением опрелостей при нормальном характере испражнений.

Отмеченные клинико-лабораторные показатели в группах обследуемых новорождённых были последствием перенесённой гипоксемии, что проявлялось в разлитых изменениях ЦНС. Результаты клинических исследований показали, что исходно у больных определялись выраженные нарушения метаболических показателей венозной крови (гипербилирубинемия более 250-300 мкмоль/л, гипоальбуминемия, глюкоза менее 1,9ед/л, гипокальциемия 45ммоль/л.

Выводы. Все выявленные клинико-лабораторные изменения исследуемых групп новорождённых отражали высокий метаболический синергизм новорождённого с пролонгированной неонатальной гипербилирубинемией на имеющуюся патологию.

ФАДИАТОП – СКРИНИНГОВЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ АТОПИИ

Воронцова И. М., Баранов А. А.
ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Ярославль
vorontsova@ysmu.ru

Цель исследования: Охарактеризовать метод лабораторной диагностики, помогающий врачу-педиатру выявить детей с атопической

природой симптоматики, нуждающихся в дальнейшем обследовании у врача-аллерголога.

Материалы и методы: Анализ литературных данных в базе PubMed, elibrary.

Результаты: Фадиатоп (Phadiatop) – скрининговый метод лабораторной диагностики, позволяющий в 95% случаев выявить пациентов, сенсибилизированных к наиболее часто встречающимся аллергенам. Phadiatop выполняется методом ImmunoCAP®, признанным на данный момент золотым стандартом аллергодиагностики в мире. В методе Phadiatop твёрдой фазой служит трёхмерная активированная целлюлозная губка, на которую нанесены аллергены (1-2 мкг), чаще всего являющиеся причиной развития симптомов аллергического заболевания. На одно исследование требуется 300 мкл сыворотки крови.

Перечень аллергенов панели Phadiatop невелик, но диагностически важен. Это бытовые, пыльцевые, эпидермальные и грибковые аллергены: D. pteronyssinus, D. farinae, береза бородавчатая, тимофеевка луговая, полынь горькая, амброзия высокая, перхоть кошки, перхоть собаки, перхоть лошади, Alternaria alternata, Cladosporium herbarum. Существует разновидность метода - Phadiatop infant - в перечень аллергенов которого, кроме упомянутых, входит ряд пищевых аллергенов: белок яйца, молоко, рыба, пшеница, арахис, соя.

Обследование детей с проявлениями ингаляционной аллергии методом Phadiatop позволяет выявить IgE-зависимую природу заболевания, по данным разных авторов, в 63,8 - 82,3%, сенсибилизацию с применением Phadiatop infant – в 72,6% - 97,6%. Обследование методом Phadiatop 576 детей показало чувствительность 98,5% и специфичность 96,8%, при этом определение общего IgE показало чувствительность 86,3%, а специфичность 77,4%. Phadiatop infant при обследовании 5-летних детей показал чувствительность 84% и специфичность 98%.

Диагностика круглогодичного ринита у 140 детей выявила сенсибилизацию методом Phadiatop в 63%, а кожным прик-тестом – в 65,7%, при этом результаты совпали в 94,2%, что позволяет сделать вывод о возможности применения этого лабораторного метода в качестве альтернативы кожным пробам, если их выполнение затруднено или невозможно. Phadiatop infant также может служить надежной альтернативой кожным пробам и количественному определению sIgE в плазме при диагностике клинически важной сенсибилизации у детей 2-летнего возраста, поскольку его положительная и отрицательная

прогностическая ценность составили 89 и 99%, соответственно. Однако стоит иметь в виду, что Phadiatop или Phadiatop infant может дать ложно отрицательный результат, если причинно-значимый аллерген отсутствует в перечне аллергенов этих исследований.

Заключение: Phadiatop применяется для скринингового выявления сенсибилизации к ингаляционным аллергенам, Phadiatop infant – к ингаляционным и основным пищевым аллергенам. Уровень антител IgE выше 2,0 МЕ/мл (II класс) является положительным результатом и свидетельствует о наличии сенсибилизации, а при имеющейся соответствующей симптоматике подтверждает атопию у пациента. Оба варианта метода являются экономичным решением для устранения необходимости проведения расширенного аллерготестирования, идентифицируют пациентов, которым необходимо дальнейшее аллергообследование, а также служат надежной альтернативой кожным пробам и определению общего IgE.

СТРУКТУРА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ДЕТЕЙ С ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ ИЗ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ, РЕАЛИЗУЮЩИХ АДАПТИРОВАННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ

Глущенко В. А., Шестакова В. Н., Аноприкова Д. Н., Удовенко А. А.
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Смоленск
vebogormistrova@gmail.com

Актуальность. Проблема состояния здоровья подрастающего поколения, несмотря на государственную политику в отношении детей, остается важной, так как ежегодно у большего числа детей выявляют соматические заболевания. Важным является сохранение и укрепление здоровья учащихся общеобразовательных учреждений и формирование у них ценности здорового образа жизни, так как в период школьного обучения во всех сферах жизнедеятельности постоянно растущего и развивающегося ребёнка происходит множество изменений. Особое внимание хотелось бы уделить детям, имеющим дефекты

речевого развития, а именно фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР), что представляет собой нарушения звукопроизношения из-за дефектов восприятия фонем, которые имеют тенденцию к росту и ухудшают социализацию ребенка в обществе.

Цель исследования. Изучить структуру соматической патологии детей младшего школьного возраста с фонетико-фонематическими нарушениями из классов, реализующих адаптированные образовательные программы.

Материалы и методы. Объект исследования - дети младшего школьного возраста (n=90). Из них 45 детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи из классов, реализующих адаптированные образовательные программы (основная группа) и 45 детей без дефектов речевого развития из общеобразовательных классов (группа сравнения). Сбор материала проводился путём выкопировки первичной информации из истории развития ребенка, медицинской карты школьника, психологического паспорта школьника. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ.

Результаты. Анализ структуры соматической патологии при поступлении в школу показал, что у детей с фонетико-фонематическим и фонетическим нарушением речи ведущими заболеваниями являлись поражения сердечно - сосудистой, костно-мышечной систем и офтальмологическая патология. На четвертом году обучения наблюдался прирост соматической патологии: со стороны сердечно – сосудистой системы на 6,7%, опорно-двигательного аппарата на 8,9%, органа зрения на 11,1%, органов пищеварения на 24,4%, отоларингологической патологии на 15,6%, эндокринной системы на 4,4%. Анализ структуры соматической патологии в группе сравнения при поступлении в школу показал, что у детей общеобразовательных классов ведущими заболеваниями являлись поражения сердечно - сосудистой, костно-мышечной систем и офтальмологическая и отоларингологическая патологии. Прирост соматической патологии со стороны сердечно - сосудистой составил 4,4%, опорно-двигательного аппарата 4,4%, органов пищеварения 6,7%, органа зрения 4,4%, в то время как отоларингологическая патология, заболевания эндокринной и мочеполовой систем снизились на 8,9%, чего не наблюдалось в основной группе наблюдения.

Заключение. Структура соматической патологии однотипная, но частота встречаемости различна, по мере взросления ребенка в обеих

группах отмечался прирост заболеваний, но с большей частотой в основной группе наблюдения. Следовательно, дети младшего школьного возраста с дефектами речевого развития, являются группой высокого риска по формированию соматической патологии.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ИЗ КЛАССОВ 1 СТУПЕНИ ОБУЧЕНИЯ, РЕАЛИЗУЮЩИХ АДАПТИРОВАННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ

Глущенко В. А., Шестакова В. Н., Удовенко А. А., Аноприкова Д. Н., Сосин Д. В.
ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Смоленск
vebogormistrova@gmail.com

Актуальность. В России, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания. Существует три вида так называемого детского протеста: пассивный способ - это противодействие, когда ребенок не отказывается соблюдать правила, но при этом просьбы не выполняет; активное противодействие – когда он наотрез отказывается что-либо выполнять и не проявляет никакого страха ослушаться взрослых; пассивно-агрессивная оппозиция - это такое поведение, когда ребенок слушается родителей, но может вести себя жестоко по отношению к другим. Рассматривая особенности поведения ребенка, необходимо иметь в виду уникальность каждого. У всех есть недостатки и достоинства. В данном исследовании - особенные дети, которые имеют дефекты развития. Практика свидетельствуют о том, что любой человек, имеющий дефект развития, может, при соответствующих условиях, стать всесторонне развитой личностью, развиваться духовно, обеспечивать себя в материальном отношении и быть полезным обществу. Для того, чтобы это было осуществимым необходимо создать условия для преодоления ограничений, возникших в его жизни, предоставить ему равные

возможности участвовать в жизни общества, чего часто недостает детям с ограниченными возможностями здоровья. Поэтому изучение поведения таких детей является актуальным.

Цель исследования. Изучить особенности поведения детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья из классов, реализующих адаптированные образовательные программы.

Материалы и методы. Объект исследования - дети младшего школьного возраста (n=90). Основная группа наблюдения – дети, имеющие ТНР вариант 5.1 из классов, реализующих адаптированные образовательные программы с дополнительной логопедо-дефектологической коррекцией (n=30), группа сравнения – дети, имеющие ТНР вариант 5.1 с аналогичными нарушениями, но обучавшиеся по общеобразовательной программе «Дети России» (n=30), группа контроля - дети, не имеющие ограниченных возможностей здоровья и обучающихся по общеобразовательной программе. Сбор материала проводился путём выкопировки первичной информации из истории развития ребенка, медицинской карты школьника, психологического паспорта школьника. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ.

Результаты. Все три вида нарушений поведения, ярко проявлялись у 66,7% детей основной группы наблюдения, и не выявлялись у детей в группе сравнения и контроля. 83,3% детей группы контроля не имели отклонений в поведении и только 16,7% детей формировали один вид нарушения (p=0,001), также 50,0% детей группы сравнения не имели нарушения. Сочетание двух видов диагностировалось только у 6,7% детей основной группы наблюдения (p=0,001). В группе сравнения у 50,0%, учащихся определялся один вид нарушения поведения, что на 23,4% чаще, чем в основной группе (p=0,8) и на 36,7% чаще, чем в контрольной группе (p=0,97). В группе сравнения у 26,7%, учащихся определялся первый вид нарушения поведения, что на 13,3% чаще, чем в основной группе (p=0,8) и на 10,0% чаще, чем в контрольной группе (p=0,97). Второй вид отклонения в поведения имели 16,7% детей из группы сравнения, 10,0% обучающихся из основной группы (p=0,97) и такой вид поведенческих реакций не встречался среди детей контрольной группы (p=0,001). Третий вид поведения наблюдался у 6,7% детей группы сравнения и у 3,3% детей основной группы наблюдения, но достоверных различий не выявлено (p=0,72). В контрольной группе наблюдения такой вид поведения не зафиксирован (p=0,001).

Заключение. Все дети с ограниченными возможностями здоровья имеют различные виды поведения, поэтому постоянно нуждаются в коррекционных мероприятиях. Дети с ОВЗ из классов, реализующих адаптированные обучающие программы, уже первоначально имеют сочетанные виды поведенческих нарушений, поэтому они нуждаются в индивидуальном подходе по нивелированию такой проблемы с привлечением не только педиатров, неврологов, логопедов, дефектологов, психологов, но и психиатров. Дети, обучающиеся по адаптированным образовательным программам реже, имеют нарушения поведенческих реакций, чем дети с ОВЗ, обучающиеся по общеобразовательной программе. Дети без ОВЗ чаще имеют адекватное поведение и адекватную реакцию на замечания, просьбу, обращение.

ДЕТСТВО В ЦИФРОВОЙ ЭПОХЕ. КАК СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ЧТО МОЖЕТ СДЕЛАТЬ ПЕДИАТР?

Горелик Е. А., Малявская С. И.
ГБУЗ НАО «Ненецкая окружная больница им. Р. И. Батмановой»,
г. Нарьян-Мар, Ненецкий АО, Россия
elenagorelik87@gmail.com

Актуальность. В условиях быстро развивающего технологического прогресса, цифровизации и использования электронных экранных устройств – гаджетов, возрастают риски негативного воздействия на многие сферы растущего и созревающего детского организма, поскольку современное поколение детей начинается пользоваться гаджетами с самого раннего возраста.

В настоящее время проведено много зарубежных и российских научных исследований, в которых показана прямая взаимосвязь количества проведенного времени перед экраном в раннем возрасте с различными отрицательными последствиями на физическое и психическое здоровье. Среди них: нарушение речевого и познавательного развития; снижение когнитивных функций, уровня психологического благополучия, качества и количества взаимодействий между родителями и детьми; нарушение сна с уменьшением его продолжительности и качества; эмоциональные и поведенческие проблемы; задержки в развитии навыков; формирование неправильной пищевой привычки

(ежедневное сочетание кормления с просмотром мультиков), которая может привести к заболеваниям желудочно-кишечного тракта, ожирению и инсулинорезистентности; нарушения осанки, зрения и другие.

Дети легко вовлекаются в электронный мир, поскольку изменения в организме происходят на молекулярно-клеточном уровне с постепенным формированием «дофаминовой» зависимости. Признаки гаджетзависимости описаны в литературе, изменения касаются настроения, увеличения времени пребывания за экраном и утраты контроля, ухода от текущих проблем, появление сложностей во взаимоотношениях в семье, трудностей в учебе, нарушение физического и психического здоровья.

Данное явление приобретает острый и серьезный характер, однако теме уделяется недостаточно внимания.

Цель исследования: узнать, с какого возраста и сколько времени дети в Арктическом регионе проводят за гаджетами, оценить уровень вовлеченности детей в цифровую среду, особенности в исследуемых группах; привлечь внимание к проблеме педиатров, педагогов, родителей.

Материалы и методы. В 2019 году методом анонимного анкетирования проведен опрос родителей, чьи дети посещали детские дошкольные учреждения г. Архангельска и г. Нарьян-Мара. Возраст детей – 2-3г и 6-7 лет. Дети были разделены на группы: группа здоровых детей и с патологией нервной системы – группы компенсирующего направления (с задержкой психического и речевого развития, тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР), аутизмом, ДЦП).

Результаты и обсуждение. В результате исследования выявлено, что ежедневно пребывают за гаджетами более 71,8% здоровых детей и более 72.4% детей с заболеваниями нервной системы. Возраст введения устройств в жизнь ребенка: до 1 года в группах здоровых детей — 17,1%, с 1–3 лет — 58,9%, старше 3 лет — 22,4%; в группах компенсирующего вида до 1 года — 14,5%, с 1–3 лет — 47,7%, старше 3 лет — 37,8%, в группе детей с патологией зрения до 1 года — 6,4%, с 1–3 лет — 55,2%, старше 3 лет — 38,4%. Время у экрана составляет от 30 до 60 мин в день (от 24,3 до 51,7%) и более без значимой разницы в показателях между группами. Дети из компенсирующих групп играют в компьютерные игры больше (86,4%), чем группы здоровых детей (44,2%). Появление признаков гаджет-зависимости после выключения устройства более выражено в группах компенсирующего вида — от 45,3 до 57,5%, нежели

в группах здоровых детей. Неправильная пищевая привычка в виде употребления еды за просмотром гаджетов выше в группах компенсирующего вида (54,7%), чем в группе здоровых детей (48,7%), у детей с заболеванием органа зрения — 19,2%. Выявлено, что 59,2% детей с патологией находятся под воздействием фоновой работы гаджетов, группа здоровых детей — 40,8%. Более 64,2% родителей согласны, что проблема гаджет-зависимости есть, из них 81% отметили, что принимают меры профилактики по предупреждению ее последствий.

Заключение. Цифровые экранные гаджеты, предназначенные, прежде всего для взрослых, заняли прочное место среди детей с самого раннего возраста, что, несомненно, отражается на здоровье юного поколения. Педиатру стоит мотивировать родителей на создание для ребенка здоровой развивающей среды дома, соблюдения рекомендаций по пребыванию детей у экрана, важности живого общения внутри семьи, в выписных эпикризах указывать временные и возрастные ограничения по нахождению ребенка за гаджетами. Необходимо проводить профилактические мероприятия по предупреждению гаджетзависимости, такие как просветительские лекции для родителей, размещение плакатов и социальных видеороликов, направленных на осознанное отношение к гаджетам. В современное время важно всестороннее взаимодействие медицинских работников, педагогов и родителей, которое поможет вырастить здоровое поколение детей.

Литература:

1. Горелик Е. А. Современное детство в руках цифровой эпохи: теория, исследование в Арктическом регионе, пути профилактики / Молодой ученый. – 2021. - № 33 (375). С. 84-96.

2. Г.А. Каркашадзе, Л.С. Намазова-Баранова, Е.А. Вишнева Цифровые устройства и когнитивные функции у детей. Вопросы современной педиатрии /2021/ ТОМ 20/ № 6, doi.org/10.15690/vsp.v20i6.2357

3. Безруких М. М., Логинова Е. С., Теребова Н. Н., Усцова А. Г., Макарова Л. В. Речевое развитие подростков 10-12 лет и использование электронных устройств. Институт возрастной физиологии, Русская академия образования, Москва. Чуждоезиково обучение. Volume 49, Number 1, 2022. https://doi.org/10.53656/for22.11rech

4. Anderson DR, Subrahmanyam K. Digital Screen Media and Cognitive Development. Pediatrics. 2017;140(Suppl 2):S57–S61. doi: 10.1542/peds.2016-1758C

5. Tamana SK, Ezeugwu V, Chikuma J, et al. Screen-time is associated with inattention problems in preschoolers: Results from the CHILD birth cohort study. PLoS One. 2019;14(4):e0213995. doi: 10.1371/journal.pone.0213995

6. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between media viewing and language development in children under age 2 years. J Pediatr. 2007;151(4):364–368. doi: 10.1016/ j.jpeds.2007.04.071

7. Cespedes EM, Gillman MW, Kleinman K, et al. Television viewing, bedroom television, and sleep duration from infancy to midchildhood. Pediatrics. 2014;133(5):e1163–e1171. doi: 10.1542/peds.2013-3998

8. Jean M. Twenge, W. Keith Campbell. Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. Preventive Medicine Reports, Volume 12, December 2018, Pages 271-283

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Ефременкова А. С., Крутикова Н. Ю.
ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет, г. Смоленск
Davydenkova94@yandex.ru

Актуальность. Количественная ультразвуковая денситометрия (КУЗД) – это альтернативный и перспективный метод исследования костной ткани, являющийся скринингом в диагностике остеопенического синдрома. Нарушения трофики и метаболизма костной ткани, возникающие при различных хронических заболеваниях, в том числе и при сахарном диабете 1 типа, предопределяют высокий риск нарушений обмена веществ костной ткани, процессов костеобразования. Внедрение доступных скрининговых исследований состояния костной прочности в детском возрасте позволит избежать негативных медико-экономических последствий остеопороза в будущем.

Цель исследования. Оценить состояние костной прочности у детей с сахарным диабетом 1 типа (СД 1 типа) методом КУЗД.

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

Результаты. При изучении состояния костной ткани у детей с сахарным диабетом 1 типа наблюдалось снижение костной прочности различной степени тяжести у 77,5% (n=31) детей (Me [25Q-75Q] -1 [-1,875 – -0,6]), у 22,5% (n=9) нормальные показатели костной прочности. Выраженное снижение костной прочности отмечалось у 7,5% (n=3), умеренное снижение костной прочности у 15% (n=6) детей, тенденция к снижению костной прочности у 55% (n=25). Низкие показатели прочности кости и тенденция к снижению костной прочности у детей с диабетом встречались значимо чаще ($p<0,05$), чем в группе контроля. При сравнении показателей костной прочности установлено, что дети с сахарным диабетом имели более низкие показатели костной прочности по сравнению с детьми из группы контроля (критерий Манна-Уитни=103,5; $p=0,033$; $p<\alpha$). Распределение по полу было сопоставимым: мальчики 55% (n=22), девочки 45% (n=18). Значимых различий по полу внутри группы детей с сахарным диабетом по показателям костной прочности не выявлено (критерий Манна-Уитни=4,0; $p=0,307$; $p>\alpha$). Выявлено отсутствие значимых различий по частоте встречаемости

антенатальных факторов риска в возрасте 4-15 лет между детьми с диабетом в зависимости от состояния костной прочности. Значимых различий по частоте встречаемости патогномоничных клинических проявлений между детьми с диабетом в зависимости от состояния костной прочности не выявлено (p>0,05). Установлено, что низкие показатели костной прочности встречаются чаще у детей с субкомпенсированной формой СД, чем у детей с компенсированной формой СД (p<***α***). Получена значимая умеренная отрицательная корреляция, чем выше уровень гликированного гемоглобина, тем ниже показатели прочности кости (rs=-0,416; p=0,014; p<***α***). При изучении состояния костной прочности у детей с диабетом в зависимости от длительности сахарного диабета не было установлено связи между степенью снижения костной прочности и продолжительностью заболевания (p>***α***).

Выводы. Использование КУЗД позволяет изучить состояние костной ткани у детей с сахарным диабетом 1 типа. Высокая частота снижения костной прочности у детей с сахарным диабетом 1 типа диктует необходимость проведения своевременной диагностики остеопенического синдрома и внедрения КУЗД в стандарты исследования на педиатрическом участке.

ОЦЕНКА МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДАУНА В УЗБЕКИСТАНЕ

Зуфарова Н. И., Ашурова Д. Т.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан
nodik92@list.ru

Актуальность проблемы. Синдром Дауна – одна из наиболее частых генетических хромосомных патологий, встречающаяся примерно у одного из 700 – 800 новорожденных. Дети с трисомией по 21-й хромосоме часто болеют длительными дыхательными инфекциями, которые могут нарушать естественные барьеры и способствовать развитию инфекционного заболевания.

На сегодняшний день доказана роль макро- и микроэлементов, которые играют значительную роль в функционировании организма и вносят разный вклад в соматические и физические аномалии, повышая риск различных сопутствующих заболеваний. Несмотря на то, что нарушения при синдроме Дауна имеют, несомненно, генетическую природу, целый ряд факторов, в том числе и питание, оказывает значительное влияние на здоровье пациентов.

В исследованиях было выявлено, что в питании у детей с СД и в усвоении ими микронутриентов существуют выраженные отклонения, т.е. чрезмерное или недостаточное поступление питательных веществ в организм, связанное с неправильным выбором продуктов или пищевой непереносимостью, что может привести к различным отклонениям.

Некоторые авторы провели метаанализ, результаты которого показывают снижение уровня кальция, цинка и селена в крови, о высоком уровне меди и цинка, а также о других нарушениях минерального обмена. Также, был обнаружен пониженный уровень цинка в волосах и увеличенный уровень кальция и натрия. Данное исследование подтверждает, что статус микронутриентов у детей с СД имеет различие и в результате таких погрешностей могут возникать иммунные расстройства, дисфункция щитовидной железы и аномалии роста, которые являются одними из наиболее распространенных сопутствующих заболеваний у людей с синдромом Дауна.

Цель исследования. Изучить состояние здоровья, микроэлементного статуса у детей с синдромом Дауна.

Материалы и методы исследования. Нами было проведено обследование 30 детей с СД в возрасте от 1 года до 7 лет. Материалом исследования явились волосы, которые срезались под корень с пяти разных участков головы у детей с СД. Волосы были проанализированы нейтронно-активационным анализом, на 23 элемента, который представляет собой метод качественного и количественного определения элементов, основанный на измерении характеристик излучения радионуклидов, образующихся при облучении материалов нейтронами. Данные обрабатывали методом вариационной статистики по Фишеру-Стьюденту.

Результаты исследования. Данный метод выявил, 100% норму двух элементов – Ni, Cd. Нормальный уровень у Br = в 54,5% случаях, Sb и Zn = 90,9%, Fe и Se = 63,6%. Низкие значения дали Na = в 63,6%

случаях, Ca и Cu = 81,8%; Rb, Ag, U и La = 72,7%; Au, Hg, Sc, Cr, Mn и Co = 90,9%. Дефицит составил жизненно-важный элемент I = 100%.

Выводы. Полученные данные указывают на то, что у детей с синдромом Дауна имеется дефицит жизненно-важных макро- и микроэлементов, которые существенно влияют на водный обмен, опорно-двигательную систему, в виде задержки роста, эндокринную систему, т.к. дефицит йода в организме ведет к нарушению его интеллектуального развития, тем самым понижая качество жизни ребенка. Вовремя назначенная коррекционная работа с микронутриентным статусом может влиять на общее развитие ребенка с синдромом Дауна.

Список литературы.

1. Я.М. Сереброва. Особенности микронутриентного статуса у людей с синдромом Дауна. Журнал «Синдром Дауна. XXI век» №2(25)

2. Асанов А.Ю. Синдром Дауна: природа генетической аномалии // Синдром Дауна XXI век. 2008. № 1. С. 7.

3. А.Р. Грабеклис, О.П. Айсувакова, М.М. Левина, М.Г. Скальная. Сравнительный анализ содержания макро- и микроэлементов в волосах детей с синдромом Дауна и ожирением. Стр. 31-40.

4. Ахмеджанова З. И. [и др.]. Макро- и микроэлементы в жизнедеятельности организма и их взаимосвязь с иммунной системой: научное издание / // Журнал теоретической и клинической медицины: научно-практический медицинский журнал. - 2020. - N 1. - С. 16-20.

5. Ашурова Д. Т. Оценка эффективности мероприятий по профилактике дефицита микронутриентов среди детей в Узбекистане: научное издание / Д. Т. Ашурова, А. А. Зуфаров // Терапевтический вестник Узбекистана : Ассоциация терапевтов Узбекистана / научно-практический журнал. - Ташкент: ЗАО СЕАЛ МАГ. - 2019. - N 4. - С. 146-149

6. Бабаян В.В., Виноградов А.Ф., Зубарева Г.М., Корнюшо Е.М., Бордина Т.Е., Халяпина Я.М. Состояние здоровья детей с синдромом Дауна. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013; 1: 24–28

7. Значение исследования микроэлементного состава диеты у детей в целях профилактики микроэлементозов: научное издание / С. К. Расулов [и др.] // Инфекция, иммунитет и фармакология. - 2017. - N3. - С. 169-172.

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Козловский[1] А. А., Лапицкая[1] Е. В., Новик[1] Т. Д., Хмылко[2] Л. А., Беликова[2] Г. С., Лымарь[2] Ж. В.
1 - УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь
2 - У «Гомельская областная детская клиническая больница», г. Гомель, Республика Беларусь
almark@tut.by

Актуальность. Серьезной проблемой современной педиатрии является рост хронических заболеваний кишечника у детей, который затрагивает все возрастные группы. Витамин D играет ключевую роль в гомеостазе кишечника и может влиять на функцию практически каждой клетки кишечника, связываясь с VDR и впоследствии транскрибируя соответствующие гены. Витамин D обеспечивает соответствующий уровень антимикробных пептидов в пристеночной кишечной слизи и поддерживает целостность эпителия, укрепляя межклеточные соединения.

Цель исследования. Определить роль дефицита витамина D в развитии хронических заболеваний кишечника у детей.

Материал и методы. Обследовано 556 детей на базе У «Гомельская областная детская клиническая больница» (I группа – основная) и ГУЗ «Гомельская центральная городская детская клиническая поликлиника» (II группа – контрольная). Основную группу составили 20 детей с хроническими заболеваниями кишечника (целиакия – 9 человек, язвенный колит и болезнь Крона – 11 человек), контрольную группу – 536 детей без хронической патологии. Для оценки обеспеченности витамина D у детей методом конкурентного хемилюминисцентного иммуноанализа (CLIA) определяли уровень 25(OH)D – основного метаболита витамина D, отражающего его статус в организме.

Результаты. Средний возраст детей I группы составил 9,91±0,22 лет, II группы – 12,25±0,90 лет ($p<0,05$).

У детей с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (язвенный колит, болезнь Крона) среднее содержание метаболита витамина D в сыворотке крови составило 18,8±2,88 нг/мл. При этом

у 3 детей (27,3%) диагностирован авитаминоз D, у 3 детей (27,3%) – дефицит витамина D, у 4 (36,3%) – недостаточность витамина D. 1 ребенок (9,1%) имел достаточный уровень 25(OH)D (37,7 нг/мл).

У пациентов с целиакией среднее содержание метаболита витамина D в сыворотке крови составило 19,99±2,5 нг/мл. При этом у 1 ребенка (11,1%) диагностирован авитаминоз D, у 3 детей (33,3%) – дефицит витамина D, у 5 (55,6%) – недостаточность витамина D. Достаточный уровень 25(OH)D не обнаружен ни у одного ребенка.

У детей контрольной группы среднее содержание метаболита витамина D составило 29,06±0,75 нг/мл, что достоверно выше, чем у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника (p=0,0006) и целиакией (p<0,0006).

Заключение. Известно, что длительное нарушение всасывания в кишечнике при язвенном колите, болезни Крона, целиакии приводит к дефициту витаминов и микроэлементов, что усугубляет тяжесть течения заболевания. Однако мы не должны исключать дефицит витамина D как триггера, запускающего механизмы иммунного воспаления при хронических заболеваниях кишечника.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ НЕОНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Козловский Д. А.
Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г. Минск, Республика Беларусь
almark@tut.by

Введение. Одним из самых распространенных заболеваний нервной системы у новорожденных является неонатальная энцефалопатия — клинический синдром нарушения неврологической функции у младенца в первую неделю после рождения, проявляющийся субнормальным уровнем сознания или судорогами, часто сопровождающийся трудностями с инициацией и поддержанием дыхания, а также угнетением тонуса и рефлексов. Диагностика данной патологии основывается преимущественно на результатах клинического исследования ввиду трудностей широкого применения нейровизуализационных методов и отсутствия общепризнанных лабораторных показателей для оценки состояния нервной системы. В настоящее время в Республике Беларусь

используются клинический и инструментальный методы, поэтому разработка и внедрение в практику новых подходов, повышающих диагностическую точность выявления поражений нервной системы в неонатальном периоде, весьма актуальны.

Цель работы. Изучить эффективность комплексного подхода в диагностике неонатальной энцефалопатии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского научно-практического центра «Мать и дитя». Всего обследовано 90 человек, которые были разделены на 2 группы: первую группу составили 60 детей, имевших диагноз «неонатальная энцефалопатия», вторую группу – 30 здоровых новорожденных. Оценка уровня психоневрологического развития проведена в соответствии с инструкцией по применению «Алгоритм балльной оценки и программа комплексной коррекции психоневрологических нарушений у новорожденных детей». У всех детей определена концентрация нейротрофина-4 в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа. Нейросонография выполнена с помощью цифровой цветной ультразвуковой системы SonoScap S40Pro. Статистическая обработка и анализ результатов исследования проводились с использованием пакета программ «Microsoft Excel 2010», «Statistica 8.0».

Результаты. Для диагностики неонатальной энцефалопатии у новорожденных был использован комплексный подход, включающий в себя клинический, инструментальный и лабораторный методы. При проведении неврологического осмотра у детей из первой группы определен средний показатель общего уровня психоневрологического развития, который составил 60,54% от возрастной нормы, что расценивается как умеренное отставание в психоневрологическом развитии. В группе здоровых детей данный показатель был на уровне более 95% от возрастной нормы, что соответствует нормальному психоневрологическому развитию.

По результатам нейросонографии различные нарушения наблюдались у 86,7% пациентов первой группы, 13,3% детей этой группы не имели каких-либо структурных изменений в головном мозге. У новорожденных из второй группы наблюдалась обратная тенденция: 16,7% детей имели отклонения в виде незрелости и перивентрикулярного отёка, а в 83,3% случаев не было выявлено каких-либо нарушений.

Анализ результатов содержания нейротрофина-4 в сыворотке крови обследованных пациентов показал достоверно более

высокие значения в первой группе, чем во второй. Содержание нейротрофина-4 в сыворотке крови у детей с неонатальной энцефалопатией составило 226,09±63,44 пг/мл, в то время как у здоровых детей данный показатель был равен 6,44±2,47 пг/мл. При проведении корреляционного анализа выявлена обратная корреляционная связь между уровнем нейротрофина-4 в сыворотке крови и развитием грубой моторики, социальным развитием, общим уровнем психоневрологического развития.

Выводы. Комплексное использование трёх различных методов диагностики неонатальной энцефалопатии позволяет более точно и быстро устанавливать диагноз, а также снижает риски врачебных ошибок, связанных с верификацией патологического состояния. Применение лабораторного метода в диагностике неонатальной энцефалопатии способствует выявлению патологии на ранних этапах и обеспечивает возможность контроля эффективности лечения.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Кулешова О. К.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ставрополь
o-kuleshova@mail.ru

Атопический дерматит (АтД) – мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. Дети с АтД склонны к последующему развитию бронхиальной астмы, которая характеризуется более тяжелым течением. Данная нозология представляет собой серьёзную проблему общественного здравоохранения в связи с выраженными социально-экономическими последствиями и влиянием на качество жизни.

Цель работы - изучить и проанализировать клинико-анамнестические особенности АтД у детей (по данным аллергологического отделения ГБУЗ СК «ГДКБ им. Г.К. Филиппского»).

Материалы и методы: анализ литературных источников, выкопировка данных из историй болезни, статистическая обработка материала. В исследовании приняли участие 42 пациента в возрасте от 3 месяцев до 15 лет, с диагнозом «Атопический дерматит». Среди обследованных больных мальчиков было 17 (40,5%), девочек – 25 (59,5%). Пациентов в возрасте от 1 месяца до 1 года 11 месяцев было 5 (11,9%), с 2 лет до 11 лет 11 месяцев – 31 (73,8%), старше 12 лет – 6 (14,3%).

Результаты. Структура основного диагноза была следующей: АтД, младенческая форма, среднетяжелый, распространенный, период обострения – 5 (11,9%) пациентов; АтД, детская, тяжелая, эритематозно-сквамозная форма, с лихенизацией, распространенный, период обострения - 13 (30,9%) пациентов; АтД, детская, средне-тяжелая форма, распространенный, период обострения – у 18 (42,9%) пациентов; АтД, юношеская форма, эритематозно-сквамозная форма, средней степени тяжести, распространенный, период обострения – у 6 (14,3%) пациентов.

Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались: аллергический риноконъюнктивит– у 8 (19,0%) пациентов; БА - у 5 (11,9%) пациентов; аллергопатология ЖКТ (аллергический и алиментарный гастроэнтерит, колит) – у 1 (2,4%) пациента.

По данным историй болезни лечение амбулаторно получали 29 (69,0%) пациентов. Наиболее часто встречались следующие группы препаратов: АГ I поколения – у 28 (96,5%) больных; АГ II поколения – у 1 (3,4%) пациента; энтеросорбенты – у 23 (79,3%); ГКС – у 9 (31,0%).

Жалобы на множественные эритематозно-сквамозные высыпания на коже отмечались у всех пациентов (100,0%), пятнисто-папулезные – у 6 (14,3%), выраженный зуд кожи отмечался у 33 (78,6%) детей, умеренный зуд кожи – у 8 (19,0%), множественные экскориации – у 12 (28,6%), участки экскориации – у 14 (33,3%), сухость и шелушение кожных покровов - у 14 (33,3%), участки мокнутия - у 17 (40,5%), часть элементов покрыта корками – у 6 (14,3%), участки лихенизации – у 1 (2,4%), участки депигментации – у 1 (2,4%); периодически покраснение и зуд глаз – у 8 (19,0%); слезотечение – у 4 (9,5%); заложенность носа и насморк – у 8 (19,0%); кашель – у 3 (7,1%); повышение температуры тела до фебрильных цифр – у 1 (2,4%). Хроническое течение заболевания отмечалось у 23 (54,8%) детей, острое течение - у 19 (45,2%).

При сборе анамнеза среди факторов, приводящих к обострению заболевания, преобладали неуточненные погрешности в питании – у 60,0% больных, при этом пищевые дневники не велись.

Анализ данных анамнеза жизни пациентов, страдающих АтД, показал, что аллергологический анамнез был отягощен у 32 (76,2%) детей, лекарственная аллергия отмечалась у 5 (11,9%) больных. На учете у аллерголога состояли 19 (79,2%) пациентов. До поступления в стационар определение уровня IgE общего и IgE аллергенспецифического было проведено у 14 (33,3%) детей. Высокий уровень общего и аллергенспецифического IgE был выявлен у 8 (57,1%) пациентов с детской формой АТД и у 6 (42,9%) детей с юношеской формой АтД. У обследованных был выявлен следующий спектр аллергенов: смесь эпидермальных аллергенов (перхоть кошки, собаки, эпителий морской свинки, крысы, мыши) – у 4 (28,6%) больных; смесь сорных трав (амброзия высокая, полынь, нивянник, одуванчик, золотарник) – у 6 (42,8%); смесь злаковых трав (ежа сборная, овсяница луговая, плевел, тимофеевка луговая, мятлик луговой) – у 6 (42,8%); домашняя пыль, клещ домашней пыли, таракан – у 2 (14,3%) пациентов; грибковые аллергены – у 4 (28,6%); древесные растения (клен ясенелистный, береза, дуб, бук, грецкий орех) – у 2 (14,3%) пациентов; коровье молоко – у 1 (7,1%) пациента; апельсин, банан, яблоко, персик - у 1 (7,1%) пациента.

Анализ данных объективного осмотра показал, что в младенческом возрасте преобладали экскориации и мокнутия (60,0%), в детском возрасте - сухость, шелушения, экскориации и мокнутия (35,5%), в юношеском возрасте - сухость, мокнутия, экскориации (50,0%). В детском возрасте затруднение носового дыхание и слизистое отделяемое из носа встречалось у 5 (16,1%) пациентов, аускультативно в легких жесткое дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы, перкуторно коробочный звук – у 1 (3,2%) пациента. В юношеском возрасте затруднение носового дыхание и слизистое отделяемое из носа отмечено у 3 (50,0%) пациентов, аускультативно в легких жесткое дыхание – у 1 (16,6%) пациента, конъюнктивы незначительно гиперемированы, склеры несколько инъецированы сосудами – у 1 (16,6%) больного.

Выводы. В структуре диагноза обследованных пациентов преобладала среднетяжелая форма АтД (69,1%) над тяжелой (30,9%).

Аллергологический анамнез был отягощен у 76,2% пациентов.

Ведущей комбинацией жалоб явилось сочетание множественных высыпаний и зуда (100,0%).

У всех пациентов патологический процесс на коже носил распространенный характер. С возрастом хронизация аллергического воспаления характеризовалась изменением характера морфологических элементов кожи: появлением сухости, шелушения, лихенификации, а также присоединением респираторных симптомов у половины обследованных пациентов. Больные, имеющие отягощенный аллергоанамнез и сенсибилизацию к респираторным аллергенам, составляют группу риска по развитию БА.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Кулешова О. К..
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ставрополь
o-kuleshova@mail.ru

Хронический запор представляет собой важную медико-социальную проблему во всех странах мира из-за широкой распространенности, низкой эффективности терапии, снижения социальной активности, нарушения качества жизни пациентов и расширения использования ресурсов здравоохранения.

Цель работы – изучить и проанализировать клинико-инструментальные особенности хронических запоров у детей.

Материалы и методы: выкопировка данных из историй болезни 50 пациентов в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на лечении в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ СК «Детская городская клиническая больница им. Г.К.Филиппского» с диагнозом «Хронический запор»; статистическая обработка материала. Среди обследованных пациентов детей в возрасте от 1 года до 3 лет было 12 (24,0%), от 3 до 7 лет -10 (20,0%), детей в возрасте 7-12 лет - 21(42,0%), 12-18 лет - 7 (14,0%) больных. Мальчиков было 27(54,0%), девочек - 23 (46,0%).

Результаты. Наиболее частыми жалобами на момент поступления в стационар являлись: запор –у 50 (100,0%) пациентов, болезненная дефекация – у 24 (48,0%), каломазание – у 16 (32,0%), астеновегетативные проявления – у 9 (18,0%), сниженный аппетит –у 13 (26,0%)

пациентов, метеоризм – у 24 (48,0%), боли в животе перед актом дефекации – 7 (14,0%) пациентов. При сборе анамнеза заболевания выявлено, что в начале заболевания пациенты предъявляли жалобы на: задержку стула - 44 (88,0%) пациента, боли в животе -28 (56,0%), рвоту - 4 (8,0%), ухудшение аппетита - 7 (14,0%), отказ от приема пищи - 5 (10,0%) пациентов, вздутие живота - 8 (16,0%), каломазание - 5 (10,0%). При этом задержка стула до 3-х суток отмечалась у 25 (50,0%) пациентов, более 3-х суток -у 10 (20,0%), более 6 суток – у 15 (30,0%) больных. Самостоятельная дефекация отмечалась у 3 (6,0%) детей, отсутствие самостоятельной дефекации до поступления в стационар - у 47 (94,0%), из них стул после слабительных был у 23 (48,9%) пациентов, стул только после очистительной клизмы – у 24 (51,1%) пациентов. Продолжительность заболевания составила: до 1 года - 7 (14,0%) пациентов, 1-3 года- 14 (28,0%) пациентов, более 3 лет- 29 (58,0%) пациентов. Регулярная госпитализация (2 раза в год) отмечалась у 32 (64,0%) пациентов, нерегулярная госпитализация -у 18 (36,0%) пациентов. На Д учёте у гастроэнтеролога состояли 28(56,0%) детей.

Лечение амбулаторно получали 44 (92,0%) больных. Были назначены следующие препараты: дюфалак был назначен 31 (70,4%) больному, форлакс - 12 (27,3%), вазелиновое масло – 8 (18,2%), тримедат – 7 (15,9%), %), экспортал – 2 (4,5%) больным, макрогол – у 5 (11,4%), но-шпа – у 3 (6,8%), %), лактофильтрум –у 4 (9,1%), мотилиум –также у 4 (9,1%), очистительные клизмы – 13 (29,5%) детям.

Аллергологический анамнез отягощён по медикаментозной аллергии у 13 (29,5%) пациентов (пиковит, новокаин, метронидазол, эреспал, витамин С); пищевая аллергия отмечалась у 6 (12,0%) пациентов (белок коровьего молока, яйцо, мед). Аллергологический анамнез не отягощён у 31 (62,0%) пациента. Наследственный анамнез отягощён по линии матери: хронический гастрит – 6 (12,0%) пациентов, хронический запор – 4 (8,0%), ЯБЖ - 6 (12,0%) больных; наследственный анамнез не отягощён у 34 (68,0%) детей.

При объективном осмотре состояние средней степени тяжести отмечалось у всех 50 (100%) пациентов, вздутие живота определялось у 27 (54,0 %) детей; болезненность в эпигастральной и околопупочной областях – у 41 (82,0%); болезненность в сигмальной зоне –у 50 (100 %). При оценке стула по Бристольской шкале установлено, что 4 тип отмечался у 2 (4,0%) пациентов, 3 тип - у 5 (10,0%), 2 тип - у 27 (54,0%) детей, 1 тип – у 16 (32,0%) больных.

УЗИ брюшной полости с функциональной нагрузкой выявило дискинезию желчного пузыря по гипокинетическому типу у 36 (72,0%) пациентов, дискинезию желчного пузыря по гиперкинетическому типу – у 2 (4,0%), холепсамус - у 9 (18,0%) детей.

При проведении ФГДС Helicobacter pylori-ассоциированный поверхностный гастродуоденит определен у 12 (24,0%) пациентов, рефлюкс-эзофагит 1 ст.- у 4 (8,0%) пациентов, Helicobacter pylori- негативный поверхностный гастродуоденит - 5 (10,0%) пациентов.

ЭМГ ануса была проведена у 45 (90,0%) пациентов: чрезмерная патологическая импульсация в фазе расслабления отмечена у 8 (17,8%) пациентов, снижение амплитуды в период настуживания на фоне достаточного расслабления в фазу покоя – у 18 (40,0%) пациентов, недостаточное сокращение в фазе натуживания и недостаточное расслабление в фазе расслабления -у 13 (28,9%), патологические сокращения в фазе расслабления, недостаточное натуживание в фазе сокращения -у 6 (13,3%) больных.

Ирригография (в т.ч. при ранних госпитализациях и амбулаторно) была проведена 42 (84,0%) пациентам. Из них у 21(50,0%) ребенка был выявлен долихомегаколон с дискинезией по гипомоторному типу, а у 18 (42,9%) отмечалась долихосигма со смешанным вариантом дискинезии толстого кишечника.

Выводы. Самыми частыми жалобами явилось сочетание запора (100,0%) с болезненной дефекацией и метеоризмом (по 48,0%). На отсутствие самостоятельной дефекации до поступления в стационар жаловалось преобладающее количество больных -94,0%, стул только после очистительной клизмы отмечался у половины пациентов -51,1%. При объективном осмотре болезненность в сигмальной зоне выявлена у всех пациентов (100 %). 1 и 2 тип кала по Бристольской шкале определены у 86,0% пациентов. УЗИ брюшной полости выявило моторные нарушения желчного пузыря. ЭМГ ануса обнаружила дискоординированный акт дефекации у вех больных, а при проведении ирригографии выявлены долихомегаколон и долихосигма с нарушениями моторики толстого кишечника у преобладающего числа пациентов (92,9%). Раннее выявление причин и клинических симптомов запоров, своевременное, эффективное и последовательное лечение должно обеспечить скоординированный подход специалистов, улучшить прогноз и оказать положительное влияние на качество жизни пациентов.

ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОГО СЕЗОНА В 2023/2024 ГГ.

Локшина[1,2] Э. Э., Зайцева[1,2] О. В., Кузнецов[1,2] Г. Б., Савицкая[2] Н. А., Хмелькова[2] И. И., Тимакова[2] М. В., Чегодаева[2] Н. А., Янина[2] Н. Р., Остроухова[1] И. П.
1 - ФГБОУ ВО «Российский Университет Медицины» Минздрава России, г. Москва
2 - ГБУЗ «ДГКБ св. Владимира ДЗМ», г. Москва
elokshina@yandex.ru

Введение. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), грипп и новая коронавирусная инфекция требуют постоянного мониторинга со стороны надзорных органов. В последние годы отмечают одновременную циркуляцию разных респираторных вирусов на высоком уровне, что приводит к увеличению респираторной заболеваемости и перепрофилированию отделений на инфекционный профиль.

Цель – проанализировать этиологию ОРВИ у детей, госпитализированных с респираторными симптомами в перепрофилированное отделение детского стационара.

Материалы и методы.

В исследование были включены 624 ребенка в возрасте от 3 мес. до 17 лет, госпитализированных в перепрофилированное педиатрическое отделение №1 ДГКБ Св. Владимира с респираторными симптомами в период с 26.11.2023 по 15.03.2024. Всем детям были проведены экспресс-диагностика на вирусы гриппа А и В, COVID-19; у 534 детей выполнен ПЦР на респираторные вирусы (РНК Influenza virus A H1N1, H3N2, РНК Influenza virus B, РНК Coronavirus HKU-1, OC 43, Parainfluenza virus 1-4, ДНК Adenovirus, РНК Rhinovirus, ДНК Bocavirus, РНК Metapneumovirus, РНК Respiratory Syncytial virus).

Результаты.

Средний возраст наблюдаемых детей 6,5 [0,3;17] лет, из них 45,4% (283) девочек и 54,6% (341) мальчиков. Преобладали дети младшего возраста: от 1 года до 3 лет (24,7%–154), от 3 до 7 лет (33,3%–208). Госпитализировали пациентов преимущественно на поздние сроки заболевания, в 66,5% случаев - свыше 3-х дней от начала заболевания. Экспресс-методом грипп А был подтвержден у 9,5% (59), грипп В – у 0,6 %

(6), при дальнейшей верификации возбудителя методом ПЦР у 18% детей был подтвержден грипп. COVID-19 выявлен у 0,3% детей, сезонный коронавирус у 7,5%. Респираторно-синцитиальный (РС) вирус обнаружен у 7,5% (40) детей, аденовирус у 10,7% (57), риновирус только у 2,4% (13), вирус парагриппа у 1,9% (10), бокавирус у 3,4% и метапневмовирус у 3,9% (21) детей. Микст 2-х вирусов выявлен у 5,3% детей, 3-х вирусов у 0,6% детей, преобладали в миксте вирусы гриппа А (48,4%) и РС-вирус (38,7%). У большинства детей с респираторными симптомами был поставлен диагноз острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная (48,4% -109), у 5,6% (35) острый бронхит, у 17,8% (111) пневмония.

Выводы. Анализ полученных данных показал, что в респираторном сезоне 2023/2024 г. доминировало одновременно несколько респираторных вирусов – вирус гриппа А, аденовирус, РС-вирус и сезонные коронавирусы.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТИНФЕКЦИОННОЙ АСТЕНИИ У ДЕТЕЙ

Лохматова И. А.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Луганск
Irina-lohmatova_@mail.ru

Введение. Существует множество причинно-значимых факторов развития астении у детей, в том числе ведущую роль играют инфекционно-воспалительные заболевания и наличие очагов хронической инфекции. Известно, что дети подросткового возраста подвержены более тяжелому течению постинфекционной астении. Гормональные изменения, сопутствующий дефицит витаминов и микроэлементов, частые нарушения режима сна и питания (как следствие, недостаток полиненасыщенных жирных кислот и отдельных аминокислот), усугубляют проявление постинфекционной астении, вызывая выраженные нарушения поведенческих реакций и эмоциональной сферы.

Цель: оценить эффективность ацетиламиноянтарной кислоты, деанолаацеглумата и метаболической терапии при лечении постинфекционной астении у детей школьного возраста.

Материалы и методы: в исследование включили 54 школьника в возрасте от 11 до 16 лет с подтвержденным по результатам анамнеза, клинического обследования и результатам тестирования астеническим синдромом. Все дети наблюдались после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции. Медиана возраста составила 12,6 лет, соотношение по полу: м/ж=1,21/1. Дети произвольно были разделены на три группы: группа I, группа II и группа III. Возрастно-половое распределение по группам было равнозначным.

В 1-ю группу вошли пациенты, которые получали ацетиламиноянтарную кислоту (Когитум), во 2-ю группу – пациенты, которые получали деанолаацеглумата (Нооклерин), в 3-ю группу пациентам была рекомендована метаболическая (витамины, L-карнитин) и сосудистая (циннаризин) терапия. Терапия длилась 2 месяца, после чего оценивалась ее эффективность по модифицированной шкале астении MFI-20 до и после терапии.

Результаты исследования: при проведении теста MFI-20 в группе I суммарный результат составил 59,4баллов (в начале лечения) и снизился до 43,3 балла после лечения ($p < 0,05$). Особенно заметный эффект был выявлен по шкалам «пониженная активность» ($p < 0,05$) и «физическая астения» ($p < 0,05$). В группе II суммарный показатель астении составил 57,4 баллов до и 43,4после лечения. Отмечается улучшение по шкалам «снижение мотивации» ($p < 0,05$), «общая астения» ($p < 0,05$). В III группе также имеется положительная динамика: суммарный результат составил 59,1 балл снизился до 44,2 ($p < 0,05$), однако значимых отличий по шкалам не выявлено.

Выводы: При включении в состав терапии постинфекционной астении ацетиламиноянтарной кислоты (группа I) улучшаются показатели по шкалам «пониженная активность» ($p < 0,05$) и «физическая астения» ($p < 0,05$). При включении в состав терапии деанолаацеглумата (группа II) отмечается улучшение по шкалам «снижение мотивации» ($p < 0,05$), «общая астения» ($p < 0,05$). При назначении метаболической (витамины, L-карнитин) и сосудистой (циннаризин) терапии (группа III) отмечается улучшение суммарного показателя по шкалам, что также характеризует улучшение состояния ребенка.

СЛОЖНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ЭФФЕКТОМ БЕЗГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЫ У БОЛЬНЫХ С ЦЕЛИАКИЕЙ И ДЕФИЦИТОМ ИММУНОГЛОБУЛИНА А

Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования „Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет“ Министерства здравоохранения Российской Федерации, Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург
nisheva@rambler.ru

Целиакия является достаточно распространенным заболеванием с тяжелыми последствиями для здоровья пациента при несоблюдении безглютеновой диеты.

Для наблюдения за динамикой болезни, наряду с биопсией кишечника и гистологическими данными, используются такие иммунологические маркеры как IgA- и IgG-антитела к тканевой трансглутаминазе. Селективный дефицит IgA у больных целиакией встречается в 10-15 раз чаще, чем в общей популяции, и может приводить к ложноотрицательным результатам IgA-антител к аутоантигенам, поэтому для оценки динамики процесса и эффективности безглютеновой диеты не подходит, из лабораторных признаков у таких детей могут быть использованы только IgG-аутоантитела.

Целью нашей работы было изучение динамики уровня IgA- и IgG-антител к тканевой трансглутаминазе у детей с целиакией с разным уровнем уровня общего сывороточного IgA. В исследование включено 47 детей с целиакией, наблюдавшихся в нашем центре с возраста 6 мес. до 5-17 лет. У всех обследованных детей диагноз целиакии при динамическом наблюдении и обследовании подтвержден в различных гастроэнтерологических центрах с помощью иммунологических, генетических и гистологических методов.

Дети были разделены на 2 группы – первая группа - 8 пациентов с дефицитом IgA (у 3 пациентов селективный дефицит IgA,

у 4 транзиторная гипоиммуноглобулинемия детского возраста, у 1 пациента гипоиммуноглобулинемия А) и отрицательные лабораторные пробы на IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе, но положительные IgG-антитела к тканевой трансглутаминазе. Вторую группу составили 39 пациентов с нормальным уровнем сывороточного IgA и повышенным уровнем IgA- и IgG-антител к тканевой трансглутаминазе. Всем пациентам была назначена безглютеновая диета и через 1 и 2 года проводилось повторное обследование – в первой группе измеряли уровень IgG-антител к тканевой трансглутаминазе, во второй – уровень IgA- и IgG-антител к тканевой трансглутаминазе. У детей первой и второй группы динамика IgG-антител к тканевой трансглутаминазе была сходной – снижение этого уровня до нормы через один год соблюдения безглютеновой диеты отмечено у 1 из 8 детей (13%) первой группы и у 7 из 39 детей второй группы (18%); через 2 года соблюдения диеты – у 3 из 8 пациентов (38%) первой группы и 17 из 39 пациентов (44%) второй группы. Гораздо более высокие темпы снижения продемонстрировали IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе. Во второй группе детей с нормальным уровнем общего IgA после первого года безглютеновой диеты нормализация уровня IgA-антител к тканевой трансглутаминазе отмечено у 16 из 39 детей (41%), после второго года – у 31 из 39 детей (79%). В первой группе из-за дефицита IgA и ложноотрицательных тестов на IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе эти измерения были неинформативны. У большинства детей проводилась контрольная биопсия кишечника и в обеих группах показано улучшение или нормализация гистологической картины на фоне соблюдения безглютеновой диеты.

Таким образом, нормализация уровня IgA-антител к тканевой трансглутаминазе на фоне соблюдения безглютеновой диеты происходит быстрее и у большего количества пациентов, чем IgG-антител к тканевой трансглутаминазе. У пациентов с целиакией и сниженным уровнем общего IgA в сыворотке тесты на IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе оказываются отрицательными, у них иммунологическую оценку динамики процесса можно проводить только с помощью измерения количества IgG-антител к тканевой трансглутаминазе, которые нормализуются гораздо медленнее, чем IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе, несмотря на положительную клиническую и гистологическую динамику.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЦЕЛИАКИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНЫМ И ПАРЦИАЛЬНЫМ ДЕФИЦИТОМ СЫВОРОТОЧНОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА А

Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования „Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет“ Министерства здравоохранения Российской Федерации, Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург
nisheva@rambler.ru

Целиакия является аутоиммунным заболеванием, характеризующимся непереносимостью глютена и имеющим определенные иммунологические и гистологические признаки, а также генетические маркеры.

Целиакия является достаточно широко распространенным заболеванием, так ее частота среди детей в Европе составляет 1:100 чел., а в некоторых странах 3:100 чел. У большинства людей заболевание остается нераспознанным, а, соответственно, и лечение отсутствует. Основным лечением является соблюдение безглютеновой диеты. При несоблюдении диеты у значительной части пациентов (8-10%) развиваются такие грозные осложнения, как лимфомы кишечника, язвенные поражения кишечника, прободение кишечника, внутренние кровотечения, перитонит, бесплодие, остеопороз. Разработаны диагностические критерии целиакии, включающие такие иммунологические маркеры, как IgA-антитела к эндомизию, IgA- и IgG-антитела к тканевой трансглутаминазе. Наиболее чувствительным и специфичным тестом является повышенный уровень IgA-антител к тканевой трансглутаминазе. Учитывая то, что некоторые иммунодефициты, в частности селективный дефицит IgA, может приводить к ложноотрицательным результатам теста, в клинических рекомендациях по целиакии указана необходимость определения общего уровня IgA параллельно с другими серологическими маркерами целиакии. У детей снижение уровня IgA чаще всего отмечается при транзиторной гипоиммуноглобулинемии детского возраста, селективном дефиците IgA, общей вариабельной

иммунной недостаточности, гипоиммуноглобулинемии А. Поскольку дефицит общего IgA может оказывать существенное влиять на диагностику целиакии, целью нашей работы была оценка частоты встречаемости гипоиммуноглобулинемии А и ее влияния на диагностику целиакии у детей.

В исследование включено 47 детей с целиакией, наблюдавшихся в нашем центре с возраста 6 мес. до 5-17 лет. У всех обследованных детей диагноз целиакии при динамическом наблюдении и обследовании подтвержден в различных гастроэнтерологических центрах с помощью иммунологических, генетических и гистологических методов. Селективный дефицит IgA при повторных иммунологических обследованиях выявлен или подтвержден у 3 из 47 больных с целиакией, что составило 6,4%. У всех детей с селективным дефицитом IgA анализы на IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе были отрицательными, диагноз подтверждали с помощью биопсии кишечника, наличия характерных гистологических изменений, генетических маркеров и повышенного уровня IgG-антител к тканевой трансглутаминазе. У 12 из 47 пациентов с целиакией, наблюдавшихся с грудного возраста отмечалось транзиторное снижение одного или нескольких классов иммуноглобулинов, нормализовавшееся впоследствии, т.е. у них была транзиторная гипоиммуноглобулинемия детского возраста. У 7 из 12 пациентов с транзиторной гипоиммуноглобулинемией отмечалось снижение уровня и IgG, и IgA, у 4 из этих детей (8,5% от всех детей с целиакией) анализ на IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе также был отрицательным, но в последующей жизни после нормализации уровня IgA тест на IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе становился положительным. Еще у 5 детей с целиакией (10,6% от всех детей) в повторных анализах крови при наблюдении в динамике отмечалось снижение общего IgA ниже нижней границы возрастной нормы, т.е. была гипоиммуноглобулинемия А. У 4 из 5 этих детей, несмотря на снижение уровня общего IgA, анализ на IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе был положительным, у 1 ребенка отрицательным.

Таким образом, у 13 из 47 пациентов с целиакией отмечается транзиторное или постоянное снижение уровня IgA в сыворотке крови. У части пациентов, в частности у пациентов с селективным дефицитом IgA и некоторых пациентов с транзиторной гипоиммуноглобулинемией детского возраста и у пациентов с гипоиммуноглобулинемией А, это может приводить к ложноотрицательным лабораторным пробам на IgA-антитела к тканевой трансглутаминазе.

ЧАСТОТА СЕЛЕКТИВНОГО ДЕФИЦИТА ИММУНОГЛОБУЛИНА А У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Нишева Е. С., Валетова Л. Г., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования „Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет“ Министерства здравоохранения Российской Федерации, Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург.
nisheva@rambler.ru

Селективный дефицит иммуноглобулина А (IgA) относится к одним из наиболее часто встречающихся врожденных ошибок иммунитета. Частота его встречаемости различается в разных странах и среди разных контингентов пациентов. По нашим данным частота этого иммунодефицита в северо-западном регионе России составляет 1:300 чел. (0,33%). Критериями постановки диагноза селективного дефицита IgA является возраст ребенка старше 4 лет и содержание IgA в сыворотке крови менее 0,07 г/л и при условии исключения других причин гипоимуноглобулинемии. Клинические проявления селективного дефицита IgA варьируют от полного отсутствия каких-либо симптомов до различных по тяжести и последствиям для здоровья заболеваний. У части детей иммунодефицит проявляется частыми респираторными вирусными инфекциями, у части – рецидивирующими пневмониями и бронхитами, у некоторых детей – рецидивирующими кишечными инфекциями, у других аутоиммунными заболеваниями, такими как аутоиммунные тромбоцитопении, гемолитические анемии, гломерулонефрит, тиреоидит, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, склеродермия и пр. Давно известно, что у детей с селективным дефицитом IgA частота целиакии в 10-15 раз выше, чем в общей популяции.

Цель нашей работы состояла в изучении частоты селективного дефицита IgA у детей с установленным диагнозом целиакии, обратившихся за медицинской помощью по разным поводам в Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий. В исследование включено 47 детей с целиакией в возрасте от 6 до 17 лет. Диагноз целиакии

у обследованных детей подтвержден в различных гастроэнтерологических центрах с помощью иммунологических, генетических и гистологических методов. Основными жалобами у пациентов с целиакией были боли в животе, нарушения стула, у некоторых детей – плохие прибавки массы тела. Контрольную группу составили 259 детей аналогичного возраста, обследованных в стационаре по поводу хронических болей в животе, нарушения стула, у которых при повторных углубленных обследованиях диагноз целиакии исключен. При обследовании детей использовались общепринятые клинические и клинико-лабораторные методы обследования. Уровень сывороточных иммуноглобулинов определяли с помощью иммунотурбидиметрического метода. Селективный дефицит IgA при повторных иммунологических обследованиях выявлен или подтвержден у 3 из 47 больных с целиакией, что составило 6,4%. У детей контрольной группы с болями в животе, нарушениями стула, но без целиакии, селективный дефицит IgA выявлен у 2 из 259 детей (0,8%). У некоторых детей с целиакией и селективным дефицитом IgA при клиническом обследовании выявлены также аутоиммунные заболевания - у 1 ребенка аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура, у 1 ребенка аутоиммунная гемолитическая анемия.

Таким образом, по данным нашего детского многопрофильного центра, у пациентов с целиакией частота селективного дефицита IgA составляет 6,4%, что в 19 раз выше, чем в общей популяции и в 8 раз выше, чем у детей с похожими на целиакию клиническими симптомами. Наше исследование подтверждает необходимость определения уровня сывороточных иммуноглобулинов у всех детей с подозрением на целиакию, поскольку частота этого иммунодефицита в этой когорте пациентов значительно повышена.

ПАТОЛОГИЯ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ: ЛОКАЛЬНАЯ ИЛИ СИСТЕМНАЯ ПРОБЛЕМА?

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

Актуальность. Конституционально-экзогенное ожирении (КЭО) остается одной из серьезных проблем современной медицины. Осложнения, связанные с КЭО, возникают в детском возрасте задолго до

клинической манифестации и затрагивают все органы и системы. Выявляется связь метаболических нарушений с сосудистыми изменениями сетчатки и другими составляющими зрительного аппарата. Проблема патологии органов зрения у детей с КЭО нуждается в дальнейшем изучении.

Цель исследования. Выявить распространенность и варианты патологии органов зрения у детей с конституционально-экзогенным ожирением на территории Астраханской области.

Материал и методы исследования. Проведен анализ данных по 134 детям (от 4 до 18 лет) с диагнозом КЭО, прошедших обследование и лечение в отделении эндокринологии ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой». Изменения органов зрения оценивались врачом - офтальмологом. Использовались общепринятые статистические методы исследования. В контрольную группу (33 человека в возрасте 4-18 лет) вошли дети со средними возрастными показателями массы тела и роста.

Результаты исследования. У детей с КЭО изменения со стороны органа зрения отмечены в 18,6% случаев. По частотной характеристике в порядке убывания среди заболеваний органов зрения, выявленных офтальмологом, следующие: ангиопатия сетчатки (19,3%), миопия (7,3%), гиперметропия (4,8%), спазм аккомодации (3,6%). Ангиопатия сетчатки (19,3%) в 1,8 раза превышает частоту встречаемости ангиопатии в контрольной группе (10,5%). Изменения на глазном дне у пациентов с КЭО описаны офтальмологом, как «расширение венозной сети, сужение артерий, артериол и капилляров», что соответствуют функциональной гипертензивной ангиопатии сетчатки и встречается у пациентов при повышенном артериальном давлении. Причиной изменений сосудов на глазном дне может быть и вторичный гипоталамический синдром, который диагностирован неврологом почти у половины детей из группы ожирения 65 (48,5%), а также повышение артериального давления (АД), которое у детей с КЭО по данным осмотра встречается в 18,6% случаев. АД выше 130/80 мм.рт.ст. достоверно чаще регистрируется в группе ожирения (φ^*эмп = 4.894; $p < 0{,}01$). В группе детей без КЭО частота регистрации этого симптома при осмотре наблюдалась только у 1 ребенка (3,0%).

Заключение. Обнаружение изменений на глазном дне может свидетельствовать не только о неблагополучии в окулярной системе, но и, возможно, отражает повреждения сосудов микроциркуляторного

русла и в других органах, подобные тем, которые могут встречаться при сахарном диабете.

ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ УЛЬТРАЗВУКОВЫМИ РАЗМЕРАМИ ТИМУСА И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ И НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Прилуцкая[1] В. А., Скабей[2] Л. И.
1 - УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь
2 - ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь
2489861@rambler.ru

Актуальность. Тимус является центральным лимфатическим органом человека, выполняющим важную эндокринную функцию и участвующим в созревании иммунокомпетентных Т-лимфоцитов [1, 2]. Изучение роли размеров вилочковой железы показало, что маленький размер органа у плодов и новорожденных с низкой массой тела являлся независимым предиктором вероятности реализации инфекций и неблагоприятного исхода [6]. Тимомегалия (ТМ) встречается от 8,7 до 15,9 % у новорожденных и от 12,8 до 37,1% у детей грудного возраста [4-6, 9]. Выделяют врожденную (первичную) и приобретенную (вторичную) тимомегалию. Изучение состояния тимуса с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) является доступным неинвазивным методом оценки изменений органе при различных патологических состояниях, позволяет оценивать размеры, особенности структуры и определять степени ТМ [2, 3, 7, 8]. Согласно нормативным документам Республики Беларусь, тимомегалия 3 степени, выявленная при проведении рентгенографии органов грудной клетки или УЗИ, является критерием включения детей в группу риска развития синдрома внезапной смерти и подлежит диспансерному наблюдению в течение первого года жизни, что обосновывает необходимость дифференцированного обследования новорожденных и детей раннего возраста с тимомегалией в стационарных условиях с последующим отражением диагноза (E32.0 Стойкая гиперплазия вилочковой железы) в качестве сопутствующего в выписном эпикризе пациента.

Цель исследования: оценить взаимосвязи между ультразвуковыми размерами тимуса и антропометрическими показателями у новорожденных с различной массой тела при рождении и на первом году жизни.

Материалы и методы исследования.

На базе Республиканского научно-практического центра «Мать и дитя» обследовано 105 доношенных новорожденных детей с массой тела от 2050 до 4980 г и длиной тела 43–57 см в течение раннего неонатального периода. Гестационный возраст составил 38,7±1,64 недель. Мальчиков было 57 (54,3%), девочек 48 (45,7%). Крупновесных к сроку гестации было 48 (45,7%) ребенка, маловесных к сроку гестации 34 (31,5%) детей, нормовесных – 23 (21,8%) ребенка. Учитывали пол, весовую категорию при рождении и фенотип, способ рождения, характеристику вскармливания детей и наличие или отсутствие у матери ребенка СД 1 типа.

Для расчета производных антропометрических показателей и оценки физического развития новорожденных использовали программу Intergrowth-21st, в динамике первого года жизни ВОЗ Anthro. Размеры тимуса оценивали сонографически линейными датчиками. Ультразвуковые характеристики тимуса сравнивали с нормативами линейных размеров, объема тимуса (Vт), массы тимуса (Мт), отношения Мт к массе тела ребенка (Мт/МТр), тимического индекса (ТИ).

Статистическую обработку материала выполняли с использованием Statistica 10. Учитывая распределение некоторых признаков в группах исследования, отличное от нормального, использовали непараметрические методы. Для непараметрических переменных описаны медиана (Me) и интерквартильный размах (Q1–Q3). Достоверность различий, полученных данных оценивали с помощью непараметрических критериев (тест Краскела-Уоллиса (H) и U-критерий Манна-Уитни). Связь между показателями оценивали при помощи расчёта коэффициента корреляции Спирмена (rs). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Показаниями для УЗИ тимуса считали скрининговое обследование новорожденных при наличие выявленных факторов риска; заключение о тимомегалии при интерпретации данных ренгенографии органов грудной клетки у новорожденного или ребенка раннего возраста; динамический контроль размеров вилочковой железы у новорожденных и детей первых лет жизни с выявленной

ранее тимомегалией. ТИ составил у нормовесных новорожденных 13,0 (10,3–16,4), у маловесных – 7,8 (5,5–10,2), крупновесных – 15,0 (11,4–17,5), p <0,001. Отношение Мт к массе тела ребенка было 4,2 (3,4–5,3), 3,5 (2,8–4,6) и 5,9 (3,9–6,6) соответственно, p <0,01. При сравнении размеров тимуса всех новорожденных с учетом способа родоразрешения (через естественные родовые пути и оперативное), значимой разницы не обнаружено.

Установлена статистически значимая (p <0,05) положительная корреляция между размерами тимуса и антропометрическими показателями новорожденных. Самая высокая корреляция с размером тимуса установлена для массы тела при рождении (rs=0,41), z-score массы тела (rs=0,49), длины тела при рождении (rs=0,38), окружности головы (rs=0,36) и окружности грудной клетки (rs=0,34). Кесарево сечение было ассоциировано с индексом Мт/МТр у маловесных к сроку гестации детей. Размеры вилочковой железы в неонатальном периоде у детей, рожденных матерями с неосложненным СД 1 типа, были статистически значимо (p <0,05) выше детей группы сравнения.

Максимальная статистически значимая динамика увеличения среднего объёма и Мт установлена к 6–7 месяцам жизни. Выявлена прямая корреляционная связь между возрастом обследованных детей и объёмом и массой вилочковой железы (rs=0,48, p <0,01 и rs=0,50, p <0,01).

Выводы:

1. Установлены прямые корреляционные связи между размерами вилочковой железы и прямыми и производными антропометрическими показателями доношенных новорожденных детей с различной массой тела при рождении.

2. У детей первого года жизни результаты ультразвукового исследования тимуса характеризуются зависимостью от возраста и пола ребенка.

3. Ультразвуковой метод является доступным, безопасным и эффективным методом измерения и мониторинга размеров тимуса у доношенных новорожденных и детей первого года жизни с различной массой тела при рождении.

Литература.

1. Аспекты вилочковой железы (тимуса) детского возраста (часть VI). Аспекты лечения и профилактики «тимус-опосредованных»

патологических состояний / Ю.И. Ровда, Н.Н. Миняйлова, А.В. Ведерникова [и др.] //Мать и Дитя в Кузбассе. – 2022. – №4 (91). – С. 18–28.

2. Сиротина, О. Б. Ультразвуковая оценка тимуса плодов и новорожденных от матерей с сахарным диабетом 1-го типа / О. Б. Сиротина, Е. А. Зубарева // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2011. – № 1. – С. 41–46.

3. Сукало, А. В. Диагностические возможности ультразвукового исследования вилочковой железы / А. В. Сукало, В. А. Прилуцкая // Актуальные вопросы иммунологии и аллергологии: материалы IV съезда Белорус. науч. о-ва иммунологов и аллергологов, Гомель, 15–16 июня 2000 г. – Мозырь, 2000. – С. 324–325.

4. Сукало, А. В. Тимомегалия у детей / А. В. Сукало, В. А. Прилуцкая // Иммунопатология. Аллергология. Инфектология. – 2002. – № 1. – С. 31–39.

5. Тимомегалия у детей первого полугодия жизни как возможный предиктор течения новой коронавирусной инфекции / К. С. Заяц, Э. Ф. Геращенко, Н. В. Рымаренко [и др.] // Таврический медико-биологический вестник. – 2023. – Т. 26, № 4. – С. 7–14.

6. Толстова, Е. М. Физиология и патология тимуса в детском возрасте / Е. М. Толстова, О. В. Зайцева // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2018. – Т. 97, № 6. – С. 166–172.

7. Ультразвуковые методы исследования в педиатрии (методика проведения и возрастные нормативы): методические рекомендации / сост. А.И. Гуревич [и др.] // Серия «Лучшие практики лучевой и инструментальной диагностики». – Вып. 26. – 2-е изд., перераб. И доп. – М.: ГБУЗ «НПКЦ дитДЗМ», 2020. – 54 с

8. Mehta, S. Assessment of thymus size in healthy term neonates using sonography - A study from tertiary care hospital of Central India / S. Mehta // J. Neonatal. Perinatal Med. – 2015. – Vol. 8, № 2. – P. 143–147.

9. The paediatric thymus: recognising normal and ectopic thymic tissue / T. Wee, A.F. Lee, H. Nadel, H. Bray // Clin. Radiol. – 2021. – Vol. 76, № 7. – P. 477–487.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИТАМИНА Д3 В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ И ТЕРАПИИ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Прилуцкая[1] В. А., Скрипленок[2] Т. Н., Свирская[2] О. Я.
1 - УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь
2 - ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь
2489861@rambler.ru

Введение. В последние годы отмечается рост исследований, демонстрирующий взаимосвязь между недостаточным обеспечением витамином D и формированием, степенью тяжести и частотой обострений различных заболеваний. Произошла эволюция знаний о метаболизме витамина D и его роли в организме [1-3]. Помимо важной функции в регуляции обмена кальция и фосфора, появились данные о том, что витамин D оказывает действие на головной мозг, сердце, лимфатические сосуды, кожу, иммунную систему [3-5]. Накапливается все больше данных о роли витамина D в созревании лёгких и образовании сурфактанта, что весьма актуально для детей от матерей с сахарным диабетом (СД). Хотя существует взаимосвязь между статусом витамина D у матери или плода и респираторными исходами у детей, профилактический эффект приема добавок витамина Д3 во время беременности дискутабелен [4, 6]. В эксперименте показано, что у грызунов перинатальное введение 1,25(OH)D предотвращает повреждение легких, связанное с хориоамнионитом, и восстанавливает структуру легких у детенышей, пренатально подвергшихся гестационному дефициту витамина D. Мета-анализ исследований с участием 1387 младенцев показал, что ежедневный прием витамина Д3 беременными женщинами со второго триместре беременности до конца беременности привел к снижению на 25% риска развития астмы или рецидивирующих свистящих хрипов у трехлетних детей [7]. В настоящее время существует ряд научных исследований, определяющих связь уровня витамина D с частотой и тяжестью течения заболеваний респираторного тракта у новорожденных детей [1, 4].

Цель исследования – оценка эффективности использованием витамина Д3 в комплексной профилактике и терапии респираторных нарушений у доношенных новорожденных от матерей с сахарным диабетом 1 типа (СД1).

Материал и методы.

В ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и Дитя», являющемся республиканским центром оказания помощи беременным с СД1, обследовано 138 диад «мать-дитя». Сформировано 3 группы наблюдения. Основная группа 1 (Гр1, n=57, масса тела (МТ) 3880 (3460–4240) г, длина 54 (52–55) см) – дети от матерей с СД1 и тяжелыми респираторными нарушениями, потребовавшими оказания медицинской помощи в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации, группа 2 (Гр2, группа сравнения, n=61, МТ 3700 (3420–4000) г, ДТ 53 (51–54) см) – новорожденные от матерей с СД1 без значимых признаков респираторной компрометации. Основными причинами дыхательной недостаточности пациентов являлись врожденная пневмония, респираторный дистресс синдром или их сочетание. Группу контроля (Гр3) составили 20 условно здоровых доношенных новорожденных от матерей без нарушений углеводного обмена. Среди детей Гр1 выделено 4 подгруппы с учетом содержания витамина D в пуповинной крови. Содержание 25(OH)D в сыворотке крови >30 нг/мл интерпретировалось в качестве оптимального, 20–29,9 нг/мл – недостаточность, 10–19,9 нг/мл – дефицит, менее 10 нг/мл – тяжелый дефицит витамина D [8]. Оптимальный уровень витамина D был у 11 детей (Гр1а), недостаточность у 3 (Гр1б), дефицит у 30 (Гр1в), тяжелый дефицит у 13 (Гр1г). Забор крови проводили у женщин накануне родов, у детей при рождении и на 18-22 сутки жизни. В сыворотке крови определяли концентрацию 25(OH) D и лептина методом ИФА.

Полученные результаты обработаны с применением программ Microsoft Excel, Statistica 10. Достоверность различий данных оценивали с помощью критериев Краскела-Уоллиса (H) и Манна-Уитни (U). Различия считали статистически значимыми при p <0,05.

Результаты исследования. Срок гестации новорожденных составил в Гр1 38 (37,0–38) недель, в Гр2 38 (38–39) недель, U=1351,0, p <0,001 недель, z-score МТ 2,18 (1,12–2,90) и 1,41 (0,77–2,03), U=1555,5, p=0,003, уровень лептина 22,8 (11,7–43,0) и 12,0 (6,0–23,0) нг/мл, U=907,5, p=0,012, 25(OH)D 12,7 (10,7–19,6) и 14,5 (9,3–18,8) нг/мл, U=1709,5, p=0,889. Уровень витамина D у матерей детей Гр1 был 13,5 (10,0–16,3), Гр2

–13,8 (9,6–21,5 нг/мл, U=1399,5, p=0,696. Нами установлена частота приема женщинами препаратов, содержащих витамин D, в течение третьего триместра беременности (59,6% Гр1 и 82,0% Гр2). Проведен анализ получаемой дозировки холекальциферола, установлено, что только 15,1% матерей детей Гр1 принимали витамин D в дозировке более 1000 МЕ.

При внутригрупповом анализе показателей детей Гр1 выявлено, что у новорожденных Гр1а МТ при рождении составила 3930 (3600–4010) г, ДТ 55 (54–56) см, ИМТ 13,6 (12,8–14,1) кг/м2. У новорожденных Гр1б МТ была 3725 (3450–3970) г, ДТ 53 (52–54) см и ИМТ 13,2 (12,3–13,9) кг/м2. У детей Гр1в МТ 3750 (3350–4340) г, ДТ 53 (51–55) см, ИМТ 13,3 (12,4–14,4) кг/м2. У детей Гр1г 3855 (3570–4000) г, ДТ 54 (52–55) см, ИМТ 13,1 (12,3–14,3) кг/м2. Не выявлено значимых различий данных показателей H=0,80, p=0,850, H=2,21, p=0,529 и H=0,43, p=0,933 соответственно. В подгруппах Гр1 значимо отличался стаж СД (у матерей Гр1а 18 (16–20) лет, Гр1б 12 (8–16), Гр1в 12 (6–17), Гр1г 13 (8–16) лет, H=8,69, p=0,039). Уровень витамина D у матерей составил Гр1а – 28,3(22,6–32,0) нг/мл, Гр1б 16,6 (15,2–19,9), Гр1в 13,5 (10,4–16,7), Гр1г 9,5 (7,5–12,7) нг/мл, H=41,02, p <0,001.

Выявлена прямая высоко достоверная связь между уровнями витамина D сыворотки крови всех матерей с СД1 и их детей (rs=0,66; p <0,001). При анализе корреляции в Гр1 так же установлена статистически значимая положительная корреляция между концентрацией витамина D сыворотки матерей и детей (rs=0,70; p <0,001). Что касается длительности пребывания младенцев пациента в ОИТР и продолжительности респираторной поддержки, обнаружены отрицательные корреляционные связи с уровнем витамина D пуповинной крови (rs=-0,31, p=0,028 и rs=-0,55, p=0,013 соответственно).

Проведена оценка эффективности включения в программу профилактики и лечения тяжелых респираторных нарушений у новорожденных детей от матерей с СД1 по динамике клинико-лабораторных показателей: срокам купирования признаков дыхательной недостаточности, необходимости и длительности оказания медицинской помощи в условиях ОИТР и в стационарных условиях, длительности ИВЛ и дополнительной дотации увлажненного кислорода, динамики концентрации витамина D в сыворотке крови. Длительность оказания медицинской помощи в условиях стационара составила в Гр1а 16 (13–19) койко-дней, Гр1б 17 (15–22), Гр1в 16 (15–20), Гр1в 17 (15–20) койко-дней, H=8,91, p=0,031. Выявлены значимые различия продолжительности лечения

в ОИТР (H=8,32, p=0,040). В группе новорожденных, матери которых получали лечебную дозу витамина Д3 в третьем триместре беременности с нормализаций показателя витамина D в сыворотке крови накануне родов, а дети профилактическую дозу после рождения, наблюдалось статистически (p <0,05) более быстрое купирование признаков кислородозависимости, сокращение сроков пребывания в стационаре, что отражает экономическую эффективность.

Заключение. Перинатальное использование перорального приема витамина Д3 в диадах «мать-дитя» обеспечивает улучшение клинико-лабораторных показателей, ассоциировано со снижением тяжести респираторных нарушений, частоты осложнений и продолжительности пребывания в стационаре у детей от матерей с СД 1 типа.

Литература:

1. Витамин D у новорожденных и недоношенных детей / М.В. Нароган [и др.] // Неонатология: Новости. Мнения. Обучение. – 2018. – Т. 6, № 3. – С. 134–138.

2. Bikle, D.D. Vitamin D metabolism, mechanism of action, and clinical applications / D.D. Bikle // Chem. Biol. – 2014. – Vol. 21, № 3. – P. 319–329.

3. Holick, M.F. Vitamin D deficiency / M.F. Holick // New Eng. J. Med. – 2007. – Vol. 357. – P. 266–81.

4. Vitamin D status in preterm neonates and the effects of its supplementation on respiratory distress syndrome / M. Al-Beltagi, M. Rowiesha, A. Elmashad [et al.] // Pediatr Pulmonol. – 2020. – Vol. 55, № 1. – P. 108-115.

5. Azrielant, S. Vitamin D and the immune System / S. Azrielant, Y. Shoenfeld // Isr. Med. Assoc. J. – 2017. – Vol.19, №8. – P. 510–511.

6. Maternal vitamin D and neonatal anthropometrics and markers of neonatal glycaemia: Belfast Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study / C. Casey, A. McGinty, V.A. Holmes [et al.] // Br. J. Nutr. – 2018. – Vol.120, №1. – P. 74-80.

7. Association of maternal gestational vitamin D supplementation with respiratory health of young children / F. Loddo, S. Nauleau, D. Lapalus [et al.] // Nutrients. – 2023. – Vol.15, №10. – Art. 2380. doi: 10.3390/nu15102380.

8. Почкайло А.С., Ненартович И.А., Галашевская А.А. Дефицит витамина D в педиатрической практике: современные подходы к профилактике, диагностике, лечению: учеб. -метод. пособие. – 2-е изд., доп. и перераб. – Минск: Профессиональные издания, 2020. – 62 с.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВ В РАЗВИТИИ ТЯЖЕЛОЙ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ

Салихова[1] К. Ш., Абдурахманова[1] Ф. Р., Ишниязова[2] Н. Д., Агзамходжаева[1] Б. У., Нуртаева[1] Ч. К.
1 - Республиканский специализированный научно – практический центр педиатрии, Узбекистан
2 -Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан
barni-89@mail.ru

Целью исследования явилось изучение содержания интерлейкинов IL-1**β** и IL-6, а также влияние полиморфизмов генов IL-1**β** в позиции 511 и IL-6 в позиции 174 у новорожденных на развитие тяжелой врожденной пневмонии.

Материалы и методы. Обследовано 106 новорожденных с врожденной пневмонией (ВП), находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных РСНПМЦ Педиатрии, которые составили основную группу. Были проведены специальные биохимические методы исследования, которые заключались в определении содержания IL-1**β**, IL-6 в крови методом ИФА. Определялся полиморфизм генов промоторных регионов IL - 1**β** в позиции (-511) и IL-6 в позиции (-174).

Результаты. Содержание обоих интерлейкинов у детей основной группы было статистически достоверно повышенными в 4,5 и 1,9 раз по сравнению с показателями группы контроля (P<0,01). Согласно нашим исследования, частота распределения патологического аллеля С полиморфного локуса Т511С в гене IL-1**β**, определенная в исследуемых группах, статистически значимо отличается друг от друга ($\chi 2$ =5,3; p=0,30; OR=1,96; 95%CI 1,1–3,5), что говорит о наличии взаимосвязи увеличения частоты неблагоприятной аллели С с тяжестью течения врожденной пневмонии. Также между подгруппой недоношенных детей (I подгруппа) с детьми контрольной группы по частоте неблагоприятной аллели С ($\chi 2$ =5,43; p=0,44; OR=2,15; 95%CI 1,1-4,1) имеются значимые отличия.

Анализ частоты распределения аллелей полиморфного локуса C174G гена IL-6 в основной группе пациентов и контроля выявил, что частота неблагоприятной аллели G статистически значимо не

отличается друг от друга (χ^2 = 0,06: p=0,45; OR=0,93; 95%CI 0,55-1,56). Но по частоте неблагоприятной аллели G (χ^2=3,4; p=0,35; OR=1,94; 95%CI 0,95-3,95) прослеживается тенденция к возрастанию риска развития тяжелой врожденной пневмонии почти в 2 раза в подгруппе недоношенных новорожденных по сравнению с подгруппой доношенных новорожденных

Вывод. Полученные нами данные показали, что у новорожденных детей (доношенных и недоношенных) с ВП выявлено наличие дисбаланса в цитокиновом профиле, что подтверждается повышением уровня интерлейкинов IL-1**β** и IL-6. Единичные генетические варианты цитокинов IL-1**β** и IL-6 могут способствовать развитию тяжелых вариантов течения врожденной пневмонии у новорожденных и играть важную роль в предрасположенности к формированию данного заболевания.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Салихова[1] К. Ш., Агзамходжаева[1] Б. У., Абдурахманова[1] Ф. Р., Ишниязова[2] Н. Д.

1-Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии, Узбекистан

2-Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан
barni-89@mail.ru

Цель. Изучить отдаленные последствия поражения центральной нервной системы у недоношенных детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией.

Материалы и методы. Было обследовано 94 новорожденных с перинатальными поражениями ЦНС с различным сроком гестации. Дети были разделены на 3 группы: 1 группа - 17 новорожденных со сроком гестации – 29,4±0,12 нед., с экстремально низкой массой тела, 2 группа - 36 недоношенных новорожденных со сроком гестации 32,3±0,2 нед., с очень низкой массой тела (ОНМТ); 3 группа - 41 недоношенных новорожденных со сроком гестации 35,5±0,9 нед., с низкой массой тела (НМТ) при рождении;

Для экспертной оценки общего ЭЭГ-паттерна сна и его прогностического значения в возрасте 1 мес. мы использовали типологическую классификацию ЭЭГ, что предусматривает 5 типов общего ЭЭГ-паттерна сна у детей с перинатальными поражениями ЦНС.

Результаты и их обсуждение. При ЭЭГ исследовании основной характеристикой визуальной оценке паттерна спокойного сна служит топографическое распределение медленноволновой активности, формирующей данную фазу сна. Первый тип ЭЭГ-паттерна («норма») достоверно чаще встречался у детей 3-й группы, по сравнению с детьми 2-й и 3й группы. В 6 месяцев по корригированному возрасту в 1-й группе I тип встречался в 11,7%, во 2-й группе – в 19,4%случаев. Второй тип («задержка созревания») отмечался у детей 1-й, 2-й и 3-й групп 64,7%; 61,1%; 53,6% соответственно. Третий тип («нарушение созревания») чаще встречался у детей 1-й группы (29,4%) по сравнению с 2й группой (11,1%). Четвертый тип («патология») встречался у детей 1й и 2й групп сравнения (5,8% и 8,3% соответственно). У глубоко недоношенного ребенка выраженных нарушений функционального состояния ЦНС на ЭЭГ, полученные в динамике, могли служить не только критерием тяжести перинатального поражения головного мозга, но и предиктором формирования тяжелых двигательных нарушений. В 6 месяцев был выявлен риск развития ДЦП, который составил в 1й, 2й и 3й группе 35,2%, 19,4%, 9,7% случаев соответственно. В 12 месяцев диагноз органического поражение ЦНС (ДЦП) был выставлен 17,6% детям 1 группы, во 2 и 3 группах - 8,3% и 2,4% соответственно, что в 2-2,5 раз меньше чем в 6 месяцев. В 1й группе показатели детей без неврологического дефицита было у 41,1%, во 2й группе у 44,4%, в 3й группе – 48,7%.

Вывод. Таким образом, действие повреждающих факторов на незрелый мозг определяет разнообразие сочетаний двигательных и сенсорных расстройств, а также служит основой нарушений когнитивных и двигательных функций, что необходимо учитывать при непрерывной этапной последовательной мультидисциплинарной реабилитации недоношенных детей, направленный на предупреждение патологических состояний и нормализацию темпов развития ребенка.

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

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

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

Цель исследования: выявление нарушений психического и интеллектуального развития у пациентов с НО (282 чел.), сравнение показателей психического и двигательного развития в двух группах пациентов: первой (18 чел.), где дети до 3-х лет получали помощь по программе раннего вмешательства и стандартную медикаментозную терапию в сочетании с реабилитацией, используемую при НО, и второй (13 чел.), где дети получали только стандартную медикаментозную терапию и реабилитацию.

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

Результаты: По результатам обследования 282 пациентов с 4 до 18 лет, выявлены: нарушения речи, мыслительных процессов и внимания,

также страдали социализация, самостоятельность и самообслуживание. Взаимодействие между родителями и детьми характеризовалось следующими проблемами: родительские страхи, депривация, гиперпротекция, "волшебное" мышление. В группе раннего вмешательства к 5 годам достоверно реже регистрировались проблемы переключения внимания, нарушение мелкой моторики, пространственного восприятия и задержка речи, сроки начала ходьбы были сопоставимы.

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

КИСТА СЕЛЕЗЕНКИ У СПОРТСМЕНА. СПОРТИВНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ИЛИ ЗДОРОВЬЕ? КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Цецема[1,2] Н. С., Матвеев[1,2] С. В., Успенская[1,2] Ю. К., Успенский[1,2] А. К.
1 - СПб ГБУЗ "Межрайонный врачебно-физкультурный диспансер №1", Санкт-Петербург
2 - ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, кафедра физических методов лечения и спортивной медицины ФПО, Санкт-Петербург
adine@mail.ru

Введение. От правильной тактики ведения юных спортсменов во многом зависит дальнейшее течение имеющегося заболевания на фоне тренировочных и соревновательный мероприятий, возникновение осложнений, изменение качества жизни, что существенным образом

может отразиться на спортивном результате, его постоянстве и перспективах.

По сводным литературным данным, частота встречаемости кист селезенки составляет 0,5-2% от всех патологических состояний органа в различных возрастных группах. В педиатрической практике сообщения ограничены единичными клиническими наблюдениями. Учитывая, что объемные образования селезенки, как правило, не имеют патогномоничных клинических проявлений, допустимо предполагать, что истинная распространенность данного заболевания существенно выше. Диагностика кист селезенки напрямую связана либо с имеющимися осложнениями заболевания (нагноение, спонтанный разрыв, сопровождающийся внутрибрюшным кровотечением, кровоизлияние в полость кисты, перекрут ее сосудистой ножки, малигнизация непаразитарной кисты), либо с профилактическими медицинскими осмотрами, включающими в том числе пальпацию органов брюшной полости (ОБП) и ультразвуковые методы исследования (УЗИ).

Важно отметить, что в настоящее время нет разработанных методических (клинических) рекомендаций по вопросам допуска к тренировочным и соревновательным мероприятиям при патологических состояниях селезенки, как нет и данных по оптимальной частоте медицинских осмотров и их объему у спортсменов для снижения факторов риска развития осложнений.

Цель работы: представить клинический случай ведения спортсмена с диагностированной кистой селезенки, занимающегося плаванием.

Материалы и методы: выполнены сбор анамнеза жизни, болезни, спортивного анамнеза, сведений об отягощенной наследственности по развитию заболеваний, анализ карт по ф061/у и ф112/у, оценка физического развития, данных клинико-лабораторных исследований, функциональных показателей тренированности с учетом этапа спортивной подготовки у спортсмена с диагнозом: «Киста селезенки».

Результаты и их обсуждение: Спортсмен К.С., 15 лет. С 7 лет занимался в спортивной школе олимпийского резерва плаванием. Имел II спортивный разряд. Тренировки посещал регулярно, 6 раз в неделю по 1,5 часа. Субъективно спортсмен оценивал физическую нагрузку как достаточную. Жалоб не предъявлял.

Из анамнеза известно, что при прохождении профилактического осмотра спортсменом в возрасте 9 лет по УЗИ ОБП была выявлена киста селезенки диаметром 4 см. Обследован в детской городской больнице (ДГБ). Данных за паразитарный характер кисты не получено. Выписан домой с рекомендациями: динамическое наблюдение у врача-хирурга 2 раза в год, проведение УЗИ ОБП не реже 2 раз в год.

За 1,5 года зафиксировано увеличение размеров селезенки, не сопоставимое с увеличением длины тела спортсмена, что происходило преимущественно за счет роста кисты (диаметр кисты вырос в 2 раза, до 9 см). Данный факт не отразился на его тренировочно-соревновательной деятельности.

После очередной тренировки по плаванию возникла острая приступообразная боль в области левого подреберья, периодически купирующаяся самостоятельно. Связи с физической активностью или изменением положения тела нет. Головокружение, тошноту, рвоту, травматическое повреждение в области брюшной полости не отмечал. В связи с нарастающим болевым синдромом обратился в ДГБ. Обследован. По данным КТ ОБП и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием: "Гепатоспленомегалия. КТ картина кисты селезенки, вероятно, паразитарного генеза. Умеренная дилатация селезеночной вены. Селезенка в размерах увеличена до 127×87×125 мм, неоднородной структуры за счет кистозного аваскулярного образования денситометрической плотности +18 HU, размерами 90×86×92 мм, довольно четких, бугристых контуров, с наличием единичных частично обызвествленных перегородок в задних отделах." Проведена лапароскопическая резекция кисты селезенки. Послеоперационный период без особенностей. Швы сняты на 7е сутки. Заживление послеоперационных ран первичным натяжением. По данным лабораторной диагностики - без патологических изменений. По заключению гистологического исследования: "Морфологические изменения в пределах исследованного материала не противоречат диагнозу: "Солитарная непаразитарная истинная киста селезенки, с персистирующими реологическими расстройствами в стенке кисты, очаговыми кальцификатами, вторичным перифокальным хроническим неспецифическим рецидивирующим воспалением". Через 2 месяца после даты операции возобновил тренировочные нагрузки в полном объеме. Через 4 месяца выполнено контрольное УЗИ ОБП: "В средней трети паренхимы селезенки определяется неоднородное преимущественно гиперэхогенное включение неправильной формы до 26×14 мм, с волнистыми, местами

нечеткими контурами, с множественными мелкими участками разряжения; рядом с ним лоцируется единичная простая киста до 5 мм". В связи с рецидивирующим характером течения заболевания рекомендуется временное отстранение спортсмена от тренировок и соревнований по плаванию на период хирургического лечения вне зависимости от макроцикла для дообследования, уточнения причин прогрессирования заболевания.

Заключение:

Доброкачественные полостные образования селезенки являются редкой патологией в детском возрасте и требуют индивидуального подхода в ведении таких пациентов.

Наличие кисты селезенки в анамнезе не является абсолютным противопоказанием для занятий спортом.

Для снижения факторов риска развития патологических состояний у лиц с кистами селезенки регламентируется прохождение всех назначенных этапных и текущих медицинских осмотров в установленные врачом по спортивной медицине сроки.

При патологическом росте кистозного новообразования рекомендуется отстранение от тренировочно-соревновательных мероприятий на время дообследования, оперативного вмешательства и периода восстановления.

При выявлении многокамерной кисты обязательно обследование на наличие глистно-паразитарной инвазии и консультация врача-инфекциониста.

Действующее законодательство требует наличия компетенций врачей-специалистов, особенно врачей-педиатров первичного (амбулаторного) звена, для правильной диагностики группы здоровья детей и назначения медицинской группы по физическому воспитанию, а также определения соответствующих сроков освобождения от указанных занятий при наличии показаний.

ДЕСЯТИЛЕТИЕ ДЕТСТВА В РОССИИ 2018-2027 ГГ.: К СИСТЕМАТИЗАЦИИ РЕАЛИЗУЕМЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Чичерин Л. П., Щепин В. О.
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», Москва
leo2506@gmail.com

Введение. Управление инновационной деятельностью в Европейском Союзе, включая Российскую Федерацию, получило широкое распространение с конца 80-х – начала 90-х годов прошлого века. Под ней подразумевает детальное рассмотрение принципов программно-целевой методологии, основанной на системном подходе и системном анализе, что и применяется при формировании целевых программ. Семья, дети, их защита и поддержка являются фундаментальной ценностью, во многом определяющей политику Российского государства, отчего не случайно, что новация активно внедряется и в сферу охраны детства, здоровья подрастающего поколения.

Цель исследования: мониторирование и аналитика с позиции общественного здоровья и здравоохранения планов основных мероприятий, правового обеспечения, применения принципов программно-целевого планирования/подхода - ПЦП на этапах Советский Союз – Россия. Обоснование новаций технологических решений в рамках Десятилетия детства - ДД в Российской Федерации 2018-2027 гг.

Материал и методы. Материалами явились официальные документы ООН, ВОЗ, Детского фонда ООН/ЮНИСЕФ, Указы Президента, распоряжения Правительства, документы федеральных Минздрава, Минпросвещения, Минобрнауки, Минтруда, Росстата, иные нормативно-правовые документы, включая доклады Координационного совета при Правительстве по проведению Десятилетия, Доклады Уполномоченного по правам ребенка при Президенте России и пр. Применен комплекс традиционных методов социально-гигиенического и медико-организационного исследования: аналитический; статистический; SWOT-анализ, контент-анализ; экспертных оценок; изучения, анализа и обобщения опыта; монографический и др.

Результаты. В педиатрии в исследуемый период в числе пионеров стратегию и приоритетные направления развития дела охраны

здоровья детей в виде ПЦП, с риск-подходом представили А.А. Баранов, Ю.Е. Вельтищев, Н.Г. Веселов и другие. Характерно, что новация, потребовавшая глубинной перестройки, появилась именно в период распада СССР, переломное для страны время – 1990-е годы, явившиеся особым периодом формирования современного независимого Российского государства. Последовало её активное, реальное воплощение в таких важнейших документах, как президентская программа «Дети России» (с дальнейшим её продлением и дополнением подпрограмм), «Национальный план действий в интересах детей», Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 гг. Итоги выполнения последней, согласно Указу Президента Российской Федерации (2017 г.), и стали основанием для объявления в России на период 2018-2027 г. ДД.

Его цель - совершенствование государственной политики в сфере защиты детства В рамках проведения распоряжениями Правительства были последовательно утверждены Планы основных мероприятий с их разбивкой на 3-х и 7-летние периоды: 2018-2020 гг. и 2021-2027 гг. Мер, направленных прежде всего на повышение благосостояния семей с детьми; обеспечение достойного уровня жизни семей, имеющих детей, безопасности детей и др.

Обращает на себя внимание выраженная приверженность взятому ещё в предшествующий период – в ходе социально-экономических преобразований общества – курсу на преемственно подвергающееся в динамике определённым изменениям ПЦП с достижением запланированных результатов

Характерно, что План мероприятий до 2020 года включал 131 позицию/пунктов, будучи структурированным по 15 разделам: «Повышение благосостояния семей с детьми», «Обеспечение безопасности детей», «Здоровый ребёнок», «Развитие физкультуры и спорта для детей», «Безопасный детский отдых», «Обеспечение и защита прав и интересов детей», «Качественные детские товары и продукты питания», «Организационные мероприятия» и пр. В то же время нынешний, до 2027 года, содержит 129 пунктов в уменьшенных уже вдвое разделов числом 8.

При этом анализ ожидаемых результатов от принятия и реализации запланированных мероприятий требует особого рассмотрения. Подчеркнём лишь, что на первые три года была разработана и утверждена Правительством система (или просто перечень? Авт.), состоящая из 79 статистических показателей, характеризующих ход выполнения мер по различным разделам. В 2020 году, без подведения хотя бы

предварительных итогов, другим постановлением Правительства была утверждена аналогичная система из 75 показателей, но уже по другим разделам.

Очевидны ожидаемые существенные трудности, стоящие перед Координационным советом при Правительстве при окончательном подведении итогов Плана мероприятий. Подспорьем здесь, по нашему мнению, могут явиться конструктивные, основанные на опыте предложения с мест, при самом активном участии территориальных отделений Союза педиатров России.

Несмотря на ряд позитивных сдвигов в реализации государством таких мер, у специалистов должно быть понимание, что даже при проводимой - параллельно с другими направлениями - демографической политике ожидаемые в этом плане итоги по другим разделам могут быть получены не так скоро, например, по рождаемости. Отметим, что в нынешних политических и социально-экономических условиях, уровне жизни населения России, положении семей, появлении новых вызовов безопасному детству и иных стагнация ряда показателей, по нашему мнению, была бы тоже успехом. Как показал анализ, при всех возникающих трудностях требуются при реализации планов гибкость, преемственное трансформирование подобного подхода в соответствии со спецификой меняющейся в стране ситуации в области демографии, состояния здоровья детей, положения института семьи, как и акцент на меры профилактики.

Кроме того, в отличие от всех предшествующих Программ, выявлено отсутствие в упомянутых Планах основных мероприятий специального раздела по организации первичной медико-санитарной помощи детям. Как и до сих пор не разработана и предусмотренная в рамках Десятилетия детства долгосрочная комплексная программа фундаментальных и поисковых научных исследований в сфере охраны здоровья детей и профилактики детской инвалидности.

Заключение. Анализ применения программно-целевого подхода с учетом опыта в период СССР - Российская Федерация позволил получить обобщенные материалы об основных принципах теории и практики ПЦП в деле охраны здоровья детей и подростков, что явилось практической и научной площадкой и - вкупе с её результатами – серьезной основой формирования и исполнения заданий ДД, в том числе и на местном уровне.

Комплексное исследование выявило потребность пролонгации научного мониторирования процессов для внесения корректив, обоснования технологий межведомственного сотрудничества, в первую очередь с органами образования, социальной защиты, поиска новых оценок результативности программ с особым вниманиям влиянию в динамике - не в планах, а на практике - на медико-демографическую ситуацию, положение семей с детьми и пр. Особая роль должна принадлежать социальной педиатрии (по нашему мнению, синоним охраны здоровья детей), педиатрической службе, новациям её деятельности (прежде всего первичного звена, находящегося, по нашему мнению, вот уже два десятилетия в стагнации). Как и подготовке кадров, обмену опытом, привлечению самих подростков к делу охраны здоровья.

Сегодня не может не вызывать тревоги наличие множества официальных документов федерального уровня по отдельным разделам охраны здоровья граждан, включая детей: помимо законов, государственных концепций, стратегий, это доктрины, программы, планы, научные платформы (медицинской науки, в частности, таковая – судьба которой и поныне неизвестна - «Педиатрия», 2012) и пр. Нуждается в коррективах и усилении правовое поле. Повышению эффективности предпринимаемых мер в области государственной политики по охране здоровья подрастающего поколения, рациональному использованию финансовых ресурсов должно способствовать - на фоне постоянного аудита - сведение до минимума, имеющего место дублирования функций различных ведомств (и на федеральном, и на субъектовом уровнях).

Выходом здесь нам видится рассмотрение Государственной Думой Российской Федерации (затянувшееся, но, надеемся окончательное) инициированного ещё лет 15 назад Союзом педиатров России проекта единого федерального закона об охране здоровья детей, наименование которого мы предлагаем ныне уже в редакции «Об охране здоровья и жизни детей в России». Следовало бы в этом плане также тщательно изучить опыт подготовки не знающую пока прецедента и с привлечением основных профильных министерство и ведомств, но так и не реализованную в силу ряда причин (основная - распад СССР) единую «Комплексную программу работ по усилению профилактики заболеваний и укреплению здоровья населения СССР на 1985-1990 гг.» с разработанной при нашем непосредственном участии комплексной подпрограммой 5.2. «Гармоничное здоровье детей».

Для заметок

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 13 июня 2024 г.