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

VII ВСЕРОССИЙСКИЙ ФОРУМ

«СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – БЕЛЫЕ НОЧИ – 2022»

МАТЕРИАЛЫ

24-25 ИЮНЯ 2022

Сборник материалов

VII Всероссийского форума
«СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ — БЕЛЫЕ НОЧИ — 2022».
Санкт-Петербург, 24–25 июня 2022 — СПб., 2022. — 47 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

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 978-5-6047543-1-3

9 785604 754313

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

VII ВСЕРОССИЙСКОГО ФОРУМА
**«СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ.
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – БЕЛЫЕ НОЧИ – 2022»**

24–25 ИЮНЯ 2022

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Особенности иммуного статуса при тяжелых пневмониях у детей раннего возраста на фоне острого герпетического стоматита
Абдуллаев Д. Б., Нишанова Д. В., Ашуралиева М. А. 6

Динамика здоровья детей, воспитывающихся в учреждениях социальной сферы на этапе начального общего образования
Богормистрова В. А., Удовенко А. А., Шестакова В. Н., Сосин Д. В., Анисимов Д. С., Бурлакова П. В. 8

Инновации в соковой продукции для питания детей раннего возраста
Георгиева О. В., Пырьева Е. А. 12

Современное детство в руках цифровой эпохи. Теория, исследование в Арктическом регионе, пути профилактики
Горелик Е. А. 14

Влияние курса антенатальной стероидной профилактики респираторного дистресс синдрома плода на выбор ранней неинвазивной вентиляции легких у детей с экстремально низкой массой тела
Завьялов О. В., Пасечник И. Н., Игнатко И. В., Бабаев Б. Д. 17

Роль комплексной перинатальной оценки при выборе тактики стартовой респираторной поддержки у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде
Завьялов О. В., Пасечник И. Н., Игнатко И. В., Бабаев Б. Д. 19

Скрининговый анализ антенатальных факторов риска при выборе респираторной терапии у недоношенных детей в отделении неонатальной реанимации
Завьялов О. В., Пасечник И. Н., Игнатко И. В., Бабаев Б. Д. 22

Стартовая неинвазивная вентиляция легких в комплексной терапии дыхательной недостаточности у новорожденных детей малого гестационного возраста
Завьялов О. В., Пасечник И. Н., Игнатко И. В., Бабаев Б. Д. 24

Эффективность методики логопедического массажа с целью улучшения сосательного и глотательного рефлекса у недоношенных детей
Зубарева Т. В., Баранова О. А., Письменная О. А., Галикеева Д. В., Галимова Е. Н., Просоедова Т. Ф. 27

Эффективность оптимизированной программы реабилитации несовершеннолетних после перенесенной новой коронавирусной инфекции COVID-19 в легкой форме в амбулаторных условиях
Подпорина Л. А., Шашель В. А. 29

Состояние когнитивного функционирования первоклассников общеобразовательной школы
Салова М. Н., Салова Н. А. 31

Роль ренин-ангиотензиновой системы в прогрессировании нефропатий
Седашкина О. А., Печкуров Д. В. 32

Дисплазия соединительной ткани у детей, госпитализированных в пульмонологическое отделение
Цымбал А. А., Арсентьев В. Г. 34

Типы пищевого поведения у подростков с различным уровнем физического развития
Шангареева З. А., Файзуллина Р. М., Кочетова О. В., Санникова А. В., Мананова А. Ф., Викторов В. В. 37

Оценка интенсивности внутрикожных иммунологических проб у детей с туберкулезом органов дыхания и с хронической ЛОР патологией
Яровая Ю. А., Лозовская М. Э., Клочкова Л. В., Васильева Е. Б., Степанов Г. А. 42

Проявления параспецифических реакций туберкулезной инфекции у детей на современном этапе
Яровая Ю. А., Тимершина А. А. 44

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГО СТАТУСА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

Абдуллаев Д. Б., Нишанова Д. В., Ашуралиева М. А.
Кафедра пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии. Андижанский Государственный медициниский институт. Узбекистан
a.doniyor1989@gmail.com

Актуальность. Международные эпидемиологические исследования свидетельствуют с том, что около 25% всех пациентов приходят к врачам с жалобами на болезни органов дыхания. Из них острые пневмонии у детей раннего возраста остаются существенной причиной заболеваемости и смертности. Неблагоприятным фоном для течения пневмонического процесса у детей раннего возраста является рахит, белково-энергетическая недостаточность, анемия, дисбактериоз и др.

Герпетическая инфекция относится к числу самых распространённых и контролируемых инфекций человека, одной из распространенных форм герпетической инфекции является острый герпетический стоматит (ОГС). Наиболее часто ОГС встречается у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет.

Целью данного исследования является анализ клинико-иммунологических особенностей течения тяжелых пневмоний у детей раннего возраста на фоне ОГС.

Материал и методы.

Обследованы 120 детей, из них 50 детей с тяжелой пневмонией на фоне ОГС, в возрасте от 5 месяцев до 3-4 лет, получавших лечение в стационаре. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей.

Иммунологические исследования помогали определению основных параметров клеточного и гуморального иммунитета.

Результаты. Клиническими особенностями пневмоний на фоне ОГС у детей раннего возраста является: острое начало (73,7%), высокая температура (62,2%), наличие длительного сухого кашля (75,5%), тяжёлое течение с бронхообструктивным синдромом (39%) на фоне отягощенного преморбидного фона, двусторонний характер поражения легких (65,6%). В анализах крови отмечается умеренный лейкоцитоз (84%) лимфоцитоз (89%), ускоренная СОЭ (84%). Неэффективность лечения антибиотиками группы пенициллинов и цефалоспоринов являются отличительными особенностями типичной бактериальной пневмонии.

При пневмонии на фоне ОГС у детей раннего возраста выявлены значительные изменения в системе иммунитета, проявляющиеся снижением количества CD4+ - хелперов (индуктров), CD8+ - цитотоксических лимфоцитов и иммунорегуляторного индекса CD4+ / CD8+ при увеличении уровня естественных киллеров CD 16+ , дисиммуноглобулинемия за счет повышения содержания IgM, а также увеличение в сыворотке крови уровня провосполительных цитокинов TNFa (фактор некроза опухоли) в 3,2 раза, HL - 1β в 3,7 раза, соотношения TNFa / HL – 4 – в 2 раза и HL - 1β/ HL4 в 3,4 раза по сравнению с типичной бактериальной пневмонией.

Выводы. Традиционное комплексное лечение не обеспечивает нормализации показателей иммунитета у больных пневмонией на фоне ОГС, и перед выпиской у них сохранялись выраженные изменения иммунологической реактивности. Это свидетельствует о необходимости дальнейших исследований для оценки возможности использования иммуномодуляторов при терапии.

ДИНАМИКА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ НА ЭТАПЕ НАЧАЛЬНОГО ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Богормистрова В. А., Удовенко А. А., Шестакова В. Н., Сосин Д. В., Анисимов Д. С., Бурлакова П. В.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
г. Смоленск
vebogormistrova@gmail.com

Актуальность. ***Сиротство*** – социальное явление, обусловленное наличием в обществе детей, родители которых умерли, а также детей, оставшихся без попечения родителей вследствие лишения родительских прав, признание в установленном порядке родителей недееспособными, безвестно отсутствующими. Сюда также относят детей, родители которых не лишены родительских прав, но фактически не осуществляют какой-либо заботы о своих детях. Сиротство, как социальное явление существует столько же, сколько существует человечество, и является неотъемлемым элементом цивилизации. В последние годы стало значительное увеличение размеров «социального» сиротства, появление его новых характеристик. Обнаруживается так называемое «скрытое» социальное сиротство, которое связано с ухудшением условий жизни семьи, падением её нравственных устоев и изменения отношения к детям, вплоть до их полного вытеснения из семей. Сиротство, как фактор, разрушает эмоциональные связи ребенка с окружающей его социальной средой, с миром взрослых и сверстников, развивающихся в более благоприятных условиях, и вызывает глубокие вторичные нарушения физического, психического и социального развития. Самое драматичное последствие «социального» сиротства - это прямой вред здоровью, психическому и социальному развитию ребенка, лишившемуся попечения родителей.

Как известно в обязанности родителей входит: воспитывать детей, готовить их к общественно полезному труду, содержать несовершеннолетних детей, защищать их права и интересы во всех учреждениях, заботится о здоровье, соблюдать принципы здорового образа жизни. В последнее время в центральной прессе начинают появляться статьи,

в которых обосновывается следующая точка зрения – воспитание детей сирот в приемных или опекунских семьях дает лучшие результаты, нежели в государственных сиротских учреждениях. Отечественная и мировая практика доказывают: гарантии благополучного будущего ребенка-сироты в семье значительно выше, чем устроенного в учреждении. Тот же опыт свидетельствует, что воспитание и содержание ребенка-сироты в семье обходится государству и обществу значительно дешевле, чем в учреждении. Но в доступной литературе данные о состоянии здоровья детей, которые не могут из-за отказа родителей, распределятся в замещающие семьи, подлежать усыновлению, поэтому они временно размещаются в учреждения социальной сферы для несовершеннолетних.

Поэтому целью исследования явилось изучение состояние здоровья детей «социальных» сирот в процессе школьного обучения для своевременной коррекции и профилактических мероприятий.

Задачи исследования. 1) Оценить состояние здоровья детей из социальных учреждений в процессе школьного обучения. 2) Уточнить структуру соматической патологии у детей из социальных учреждений.

Материалы и методы исследования. Сбор материала проводился путем фиксированной выборки первичной информации ф. 026/у (медицинская карта ребенка для образовательных учреждений), ф. 112/у (история развития ребенка), формы 030 ПО/у-17 согласно приказу № 514н, диспансерной карты согласно приказу 72н, 030 - /Д/с/у - 13. Дополнялись сведения методом анкетирования и интервьюирования педагогов, воспитателей. Оценка состояния здоровья проводилась с выделением пяти групп здоровья по классификации С.М. Громбах (1984), приказу №621. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ статистических программ Microsoft Office Excel, Word 2016. Различия в качественных показателях в независимых группах оценивали, используя непараметрический критерий согласия Пирсона X – квадрат (Chi-square) с поправкой Йетса (Yates corrected Chi-square) и двустороннего критерия Фишера (Fisher exact p two-tailed). Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследования. Согласно поставленной цели было осмотрено 50 «социальных» сирот (основная группа наблюдения), временно воспитывающихся в учреждениях социальной сферы для несовершеннолетних и 30 детей, у которых умерли родители (группа

сравнения). Отмечено, что достоверно чаще изменения в состоянии здоровья возникали в основной группе наблюдения (90,0%, p=0,04), чем в группе сравнения (56,3%). Они чаще наблюдались по III - IV группам здоровья как при поступлении в общеобразовательную организацию (40,0%и 10,0% соответственно), так и при выпуске из начальной школы (50,0% и 20,0% соответственно, p=0,04). Ухудшение состояние было обусловлено формированием хронической патологии, прирост которой составил 30,0%, что на 13,4% чаще, чем в группе сравнения (p=0,01). В то время как дети из группы сравнения чаще состояли на учете по II группе здоровья (83,3% при поступлении и 66,7% при выпуске из начальной школы), за счет функциональных расстройств (p=0,69). У 33,3% детей выявлялись поражения двух и более систем, что достоверно реже, чем у детей основной группы наблюдения (66,7%, p=0,25). В этой группе наблюдения реже дети болели острыми респираторными вирусными заболеваниями, свидетельствуя о достаточной резистентности и реактивности организма, чего не наблюдалось в основной группе наблюдения, где 40,0% детей составляли группу часто болеющих детей. В структуре заболеваний у детей основной группы наблюдения, как при поступлении в общеобразовательную организацию, так и при выпуске из начальной школы первое место занимали болезни центральной нервной (50,0% и 74,0%), костно-мышечной систем (56,0% и 66,0%), органов кровообращения (48,0% и 50,0%) и пищеварения (44,0% и 46,0% соответственно). Частота встречаемости их оказалась выше, чем в группе сравнения, но достоверных различий не установлено.

Заключение. Следовательно, дети с дефектами речи, воспитывающиеся в социальных учреждениях, особенно социальные сироты, являются группой высокого риска по нарушению состояния здоровья. У них, чаще встречаются отклонения центральной нервной системы, что способствует нарушению социализации ребенка в обществе и тем самым обосновывают необходимость индивидуальной длительной, последовательной профилактической работы и реабилитационных мероприятий, направленных на его адаптацию и оптимизацию здоровья. Они чаще формируют сочетанные хронические заболевания, требующие не только профилактических мероприятий, но и длительной лечебно-оздоровительной помощи.

Литература:

1. Байбородова Л.В. Преодоление трудностей социализации детей-сирот: учебное пособие / Байбородова Л.В. Ярославль ,1997, 201 с. 16.

2. Богормистрова В.А., Васильцова А.Ю., Свобода П.Н., Анисимов Д.С. Уровень психоэмоционального статуса детей подросткового возраста, воспитывающихся в учреждениях социальной сферы для несовершеннолетних [Текст] // Научно-практический медицинский журнал Союза педиатров России «Педиатрическая фармакология». 2020. – Т. 17. - №6. – С. 561-563.

3. Зарецкий В.К., Дубровская М.О., Ослон В. Н., Холмогорова А. Б. Пути решения проблем сиротства в России. М.: ООО «Вопросы психологии», 2002г. – 208с.

4. Здоровье детей подросткового возраста. Пути его укрепления и сохранения. Книга IV. Часть I. / Под редакцией проф. Шестаковой В.Н., Чижовой Ж.Г., Сосина Д.В., Давыдовой Н.В., Смоленск «Универсум». - 2021. – 535.

5. Стиль и качество жизни детей подросткового возраста, попавших в трудную жизненную ситуацию. Миронова Т.А., Васильцова А.Ю., Шестакова В.Н., Сосин Д.В. // Смоленский медицинский Альманах №4, 2019, - С.- 46-49.

6. Пунина М.А, Чижова Ж.Г., Глазырина О.В., Самсонова Л.М. Неполная семья и ее роль в воспитании здорового ребенка. Актуальные проблемы педиатрии: Монография / под ред. Г.Н. Федорова – Смоленск: Универсум, 2011. С. 210-226.

ИННОВАЦИИ В СОКОВОЙ ПРОДУКЦИИ ДЛЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Георгиева О. В., Пырьева Е. А.
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, г. Москва, Россия
georgieva@ion.ru

Введение. Соковая продукция, отвечающая требованиям современного законодательства, применительно к продуктам детского питания, относится к специализированной пищевой продукции. Принадлежность каждого вида соковой продукции к определенной группе обусловлена содержанием в ней фруктовой/овощной части. Законодательно все соки, в т.ч. для детского питания, содержат только природные сахара. Нектары, как правило, содержат добавленный сахар (до 10%). Кроме того, для коррекции активной кислотности в состав нектаров включают лимонную кислоту. В сокосодержащих напитках спектр разрешенных пищевых добавок включает также загустители, натуральные красители и ароматизаторы. Наибольшей пищевой ценностью обладают фруктовые соки.

Цель. В современных рекомендациях по питанию детей раннего возраста соковую продукцию (фруктовые и овощные соки и нектары) позиционируют как пищевые продукты. Согласно «Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации» фруктовые, овощные соки или нектары рекомендуется использовать в рационе питания детей не ранее 8 месяцев жизни, и не предлагать их ребенку в промежутках между приемами пищи, а также контролировать объем соковой продукции в рационе детей любой возрастной категории. В мировом педиатрическом сообществе (ESPHGAN, 2017г и AAP, 2016г) существует мнение об использования соков в питании детей после 12 месяцев жизни. Для нивелирования рекомендаций по употреблению соковой продукции, разовой порции и ее объема в рационе питания детей раннего возраста, соковая индустрия предлагает инновационные подходы к изменению ингредиентного состава данной группы продуктов, минимизируя при этом изменения их химического состава и сохраняя стабильно высокие органолептические качества.

Материалы и методы. В последнее время на рынке детского питания появился разнообразный ассортимент нового вида соковой продукции отечественного и импортного производства - стерилизованных осветленных фруктовых сокосодержащих напитков, предназначенных для питания детей старше 12 месяцев. Основное сырье, используемое при производстве сокосодержащих напитков - концентрированные фруктовые соки, с возможным обогащением витаминным премиксом. Без добавления сахаров (сахарозы, фруктозы), органических кислот, без внесения загустителей, красителей, ароматизаторов, которые используют при производстве нектаров и напитков. Объемная доля фруктового сока во фруктовых сокосодержащих напитках - 50-70%. Т.е. данные продукты занимают промежуточное положение между соком и нектаром: недостаточное содержание сухих веществ по сравнению с фруктовыми соками и преимущество перед нектарами в отсутствии добавленных сахаров. Новые виды продуктов, в силу своего ингредиентного состава, имеют меньшую, чем в соках концентрацию органических кислот, но значительное, по сравнению с нектарами, содержание калия (до 60мг/100г). Кроме того, новые виды соковой продукции существенно отличаются от «сокосодержащего напитка» по всем характеристикам, декларируемым в ТР ТС 023/2011 (включая м.д. фруктовой части, превышающую более, чем в 5 раз по сравнению с напитком).

Выводы. Исходя из современных представлений о месте соковой продукции в рационе питания детей раннего возраста, данных по ингредиентному и химическому составу новых видов фруктовых сокосодержащих напитков, наиболее целесообразно их использование в питании детей с 12 месяцев. При этом объем продукта в рационе ребенка приравнен к расчету объемной доли сока. Таким образом, новые фруктовые сокосодержащие напитки могут пополнить линейку специализированной соковой продукции и разнообразить рацион питания ребенка раннего возраста.

СОВРЕМЕННОЕ ДЕТСТВО В РУКАХ ЦИФРОВОЙ ЭПОХИ. ТЕОРИЯ, ИССЛЕДОВАНИЕ В АРКТИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ, ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

Горелик Е. А.
«Ненецкая окружная больница им. Р. И. Батмановой», Ненецкий АО, г. Нарьян-Мар, Российская Федерация
elenagorelik87@gmail.com

Актуальность. Новейшие информационные технологии прочно вошли в жизнь человека и вызвали изменения во всех сферах его деятельности. Современное поколение детей начинает пользоваться гаджетами с самого раннего возраста. Тенденция к детской гаджет-зависимости приобретает массовый характер, однако теме уделяется мало внимания.

Причина вовлечения детей в электронный мир кроется на молекулярно-клеточном уровне в сформировавшейся дофаминовой зависимости [1].

С точки зрения психологической безопасности ребенок не должен видеть включенный телевизор (даже если он работает фоном) и играть в гаджет до 3 лет, потому что в этот период созревают зоны мозга, ответственные за основные двигательные, речевые навыки, элементарные мыслительные операции, память, эмоции, двигательную сферу [2], творческие способности, внутреннюю речь. Это время является наиболее оптимальным периодом для становления речи [3] и сензитивного развития человека. Сегодня уже определены критические системы организма, которые наиболее чувствительны к электромагнитному полю. Это нервная, иммунная и эндокринная системы организма человека [4].

В литературе приводятся различные примеры патологических изменений и состояний, которые являются результатом гаджет-зависимости: нарушение речевого развития, сложности восприятия информации на слух и дефицит концентрации, повышение детской жестокости и агрессивности [5]за счет деструктивных компьютерных игр и мультфильмов, уход от реальности, снижение творческой активности; недоразвитие внутренней речи; ухудшение памяти, нарушения секреции эпифизарного мелатонина [6], снижение когнитивных

достижений и памяти на цифры в возрасте от 6 до 7 лет [7]; нарушение формирования высших психических функций; снижение уровня психологического благополучия, исполнительных функций, регуляции эмоций, любопытства, появление депрессии и тревоги; формирование неправильной пищевой привычки, которая может привести к заболеваниям желудочно-кишечного тракта, а также ожирению и инсулинорезистентности; фоновое телевидение нарушает устойчивую игру детей в раннем возрасте, снижает качество и количество взаимодействий между родителями и детьми по сравнению с тем, когда телевизор не включен; цифровой аутизм; другие изменения со стороны опорно-двигательного аппарата, органа зрения и слуха, физического развития ребенка; разрушение семейных отношений.

Цель исследования: узнать объективную картину пользования гаджетами среди детей; подтвердить гипотезу о склонности детей к раннему и чрезмерному пребыванию у экрана, что может быть причиной нарушений физического и психо-речевого развития ребенка.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие здоровые дети возрасте 2-3 лет и 6-7 лет; дети 3-9 лет с задержкой психического и речевого развития, тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР), аутизмом, ДЦП; дети 3-7 лет с патологией зрения, посещающие детские дошкольные учреждения г. Архангельска и г. Нарьян-Мара. Метод - анонимное анкетирование родителей.

Результаты и обсуждение. Ежедневно пребывают за гаджетами более 71.8% детей. 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 г 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 1-3лет 55.2%, старше 3 лет 38.4%. Время у экрана составляет от 30 до 60 минут в день (от 24.3% до 51.7%) и целого дня 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 последствий гаджет-зависимости.

Заключение. Информационные технологии сегодня прочно заняли свое место среди детей самого раннего возраста, о чем говорят показатели исследования. Профилактические меры по предупреждению зависимости включают информирование родителей о минусах раннего и чрезмерного пользования гаджетами на развитие ребенка, создании для него правильной безопасной окружающей среды, формирование осознанного и здорового подхода к цифровым технологиям. Взаимодействие специалистов и родителей поможет вырастить подрастающее поколение здоровым и психологически свободным от зависимости.

Литература:

1. Кибитов А.О., Анохина И.П. Национальный научный центр наркологии Минздрава России. Генетические основы и патогенез болезней зависимости. Москва, 2013г.

2. Визель Т. Г. Основы нейропсихологии: учебник для студентов вузов. – М.: В.Секачев, 2013. – 264с., цветная вклейка 12с. Стр.92.

3. Зилов В. Г., Смиров В. М. Физиология детей и подростков: Учебное пособие. - М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. – 472 с.: ил. Стр.472.

4. Доклад Российского национального комитета по защите от неионизирующих излучений «Санитарно-гигиеническая оценка сотовых телефонов в России: Современные проблемы и пути их решения» г. Москва, 2001г. стр.1.

5. Короткова А.Л., Хабибуллина К.Н. Влияние гаджетов на развитие личности и психическое здоровье детей дошкольного возраста. В сборнике: Наука и образование: проблемы и перспективы. Материалы ежегодной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию Университета управления «ТИСБИ». 2016. С. 186-190.

6. Калиниченко С.Ю., Тюзиков И.А. Дефицит мелатонина, инсулинорезистентность: очевидные и неочевидные взаимосвязи. Журнал Вопросы диетологии. 2017. Т. 7. № 2. С. 23-32. С.27.

7. Каркашадзе Г.А., Намазова-Баранова Л.С., Вишнева Е.А., Сергеева Н.Е., Гогберашвили Т.Ю., Улькина Н.А., Кайтукова Е.В., Кратько Д.С., Кондратова С.Э., Садиллоева С.Х., Куракина М.А., Рыкунова А.И., Яцык Л.М., Поваляева И.А., Константиниди Т.А., Бушуева Д.А., Прудников П.А., Сергиенко Н.С., Нестерова Ю.В., Леонова Е.В., Газалиева А.М., Зеленкова И.В., Суханова Н.В. Цифровые устройства и когнитивные функции у детей.

ВЛИЯНИЕ КУРСА АНТЕНАТАЛЬНОЙ СТЕРОИДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС СИНДРОМА ПЛОДА НА ВЫБОР РАННЕЙ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Завьялов О. В.[1 2], Пасечник И. Н.[1], Игнатко И. В.[2 3], Бабаев Б. Д.[4]

1 Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Президента Российской Федерации, Москва

2 Перинатальный центр городской клинической больницы имени С.С.Юдина, Москва

3 Первый (Сеченовский) Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва

4 Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

oleg.zavyaloa@mail.ru

Введение. Недоношенный ребенок является главным объектом научных исследований в перинатальной медицине. Риск смертельного исхода у детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) – менее 1000 граммов при рождении в 200 раз выше таковой при нормальной массе тела. Антенатальная глюкокортикостероидная (ГКС) профилактика респираторного дистресс синдрома (РДС) плода, способствующая внутриутробному созреванию легких известна с 1972 года. При наличии угрожающих и начинающихся преждевременных родов все беременные на сроке между 23-й и 34-й неделями беременности

рассматриваются как пациенты, которым показана дородовая профилактика РДС плода. В настоящее время дородовая ГКС терапия - одна из важнейших профилактических стратегий и патогенетический метод лечения синдрома дыхательного расстройства (СДР) новорожденного, направленные на улучшение перинатальных исходов у недоношенных детей с экстремально низкой малой тела при рождении.

Цель исследования. Изучить влияние полноты курса антенатальной стероидной профилактики респираторного дистресс синдрома плода на выбор ранней неинвазивной вентиляции легких у детей с экстремально низкой массой тела.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ медицинской документации 90 женщин и 90 недоношенных детей проведен на клинической базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей родильного дома городской клинической больницы имени С.С. Юдина города Москвы в 2018-2021гг. В неонатальных группах исследования пациенты дополнительно распределены на подгруппы в зависимости от гестационного возраста в неделях: 24-25, 26-27, 28-29, 30-31.

Результаты. В процессе анализа историй ведения беременности выявлено, что у 72 % рожениц в качестве дородовых ГКС препаратов применялся дексаметазон, у 28 % - бетаметазон. При сравнительной оценке антенатальной профилактики РДС плода в младших гестационных подгруппах недоношенных раннее проведение искусственной вентиляции легких путем интубации трахеи ассоциировано с более высокой частотой отсутствия или его неполным проведением. Детальный анализ выбора тактики респираторной терапии показал преимущественное стартовое применение искусственной вентиляции легких в гестационных подгруппах пациентов (24-25 и 26-27 недели), завершенность курса ГКС – профилактики составил всего 10 % и 15 % соответственно. В старших гестационных подгруппах пациентов (28–29 и 30–31 недели) дородовая ГКС профилактика РДС плода проведена наиболее расширенно, что в совокупности с другими важными патогенетическими факторами (антенатальное повышение скорости выработки и качества сурфактанта, наиболее анатомо-морфологическая и функциональная «зрелая и сформированная» дыхательная система) позволили с рождения начать респираторную поддержку через назальные канюли. В 75 % случаев выбором стартовой респираторной терапии в данных подгруппах явилась неинвазивная вентиляция легких,

анализ полноты завершенности курса ГКС-профилактики составил 30 % и 45 % соответственно.

Заключение. Дородовая ГКС - профилактика РДС плода способствует более ускоренному созреванию легких детей с ЭНМТ. Повторная антенатальная профилактика РДС плода приводит к снижению клинической степени выраженности СДР новорожденного. Полнота и процент завершенности курса антенатальной стероидной профилактики РДС плода является крайне важным клинико-прогностическим предиктором при формировании критериев выбора и определении оптимальной тактики ранней неинвазивной вентиляции легких у детей с экстремально низкой массой тела

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ СТАРТОВОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Завьялов О. В.[1 2], Пасечник И. Н.[1], Игнатко И. В.[2 3], Бабаев Б. Д.[4]

1 Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Президента Российской Федерации, Москва

2 Перинатальный центр городской клинической больницы имени С.С.Юдина, Москва

3 Первый (Сеченовский) Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва

4 Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

oleg.zavyaloa@mail.ru

Введение. Период новорожденности – наиболее критический временной отрезок грудного возраста, часто ассоциируется с высокой заболеваемостью и летальностью недоношенных детей. Одна из наиболее распространенных клинических дыхательных нозологий раннего неонатального периода - синдром дыхательного расстройства (СДР) новорожденного (МКБ10, Р22.0). Встречаемость его тем выше, чем меньше

гестационный возраст и масса тела ребенка при рождении. Ключевое звено патогенеза СДР – дефицит сурфактанта, возникающий вследствие анатомо – функциональной незрелости легких. Тактика ведения новорожденных с СДР впервые была разработана Российской ассоциацией специалистов перинатальной медицины (РАСПМ) более 15 лет назад. Современная стратегия ранней вентиляции легких у недоношенных детей основана на целенаправленной концепции минимальной инвазивности ранней респираторной поддержки (РП). В настоящее время в качестве оптимальной стартовой РП применяют неинвазивную вентиляцию легких (НВЛ) в режиме DUOPAP (Duopositive airway pressure) через назальные канюли. Основной терапевтический эффект режима DUOPAP – повышение уровня оксигенации крови, улучшение растяжимости легких и снижение нагрузки на дыхательную мускулатуру.

Цель исследования. Изучение роли комплексной перинатальной оценки при выборе стартовой респираторной поддержки у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. В исследование включено 90 недоношенных новорожденных, находящихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) новорожденных родильного дома ГКБ имени С.С. Юдина с 2018 по 2021 годы. Клинический протокол, дизайн с критериями включения иисключения были одобрены локальным этическим комитетом больницы. В ОРИТ выполнялсякомплексный анализ анамнестических перинатальных данных, проводились клинико-лабораторно-инструментальные методы исследования и осуществлялся непрерывный мониторинг витальных функций организма. Средняя масса тела 850+/- 149 граммов, средний срок гестации 28 +/- 4 недели. Степень тяжести асфиксии по шкале Вирджинии Апгар на 1-ой минуте жизни варьировала от 4 до 6 баллов, выраженность СДР у недоношенных детей оценивалась по неонатальной шкале дыхательной недостаточности Сильверман -Андерсен [W.A.Silverman-D.Anderson.,1956] от 3 до 6 баллов.

Результаты. Сформированы перинатальные «разрешающие» предикторы стартовой респираторной терапии – неинвазивной вентиляции легких в режиме DUOPAP через назальные канюли: 30-60 % курс профилактики респираторного дистресс синдрома (РДС) плода, безводный промежуток <6часов, хориоамнионит матери – отсутствует, гестационный сахарный диабет– нет/ соблюдение диеты, кровоток в системе «мать-плацента-плод» - норма; рентгенологическая картина –отсутствие данных за пневмонию, кардиотоническая поддержка

0,5 % р-ра допамина в дозе титрования< 3 мкг/кг/мин, показатель С-реактивного белка (СРБ)< 5 мг/л и показатель прокальцитонина (ПКТ) <2 нг/мл. Перинатальные предикторы, ограничивающие стартовую НВЛ-DUOPAP: отсутствие и/или 30% курс профилактики РДС плода, безводный промежуток >12 часов, признаки хориоамнионита, гестационный сахарный диабет – проведение инсулинотерапии, кровоток в системе «мать-плацента-плод» - нарушен, рентгенологическая картина пневмонии, кардиотоническая поддержка 0,5 % р-ра допамина в дозе >5мкг/кг/мин, показатель СРБ > 5 мг/л и показатель ПКТ > 6нг/мл.

Заключение. Своевременно проведенная целенаправленная комплексная перинатальная оценка является эффективным клинико-прогностическим предиктором и служит очень важным подготовительным этапом на пути совершенствования алгоритма клинического протокола при выборе тактики стартовой респираторной поддержки у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде. Формирование группы показаний и противопоказаний к ранней неинвазивной вентиляции легких у недоношенных детей в отделении неонатальной реанимации – важный профилактический инструмент по минимизации вентилятор-ассоциированных повреждений легких, профилактики тяжелой степени бронхолегочной дисплазии. Дифференцированный подход с оптимальным выбором врачом респираторной тактики индивидуально по отношению к каждому недоношенному ребенку позволяет повысить качество жизни недоношенных детей в неонатальном периоде и грудном возрасте.

СКРИНИНГОВЫЙ АНАЛИЗ АНТЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА ПРИ ВЫБОРЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОНАТАЛЬНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Завьялов О. В.[1 2], Пасечник И. Н.[1], Игнатко И. В.[2 3], Бабаев Б. Д.[4]
1 Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Президента Российской Федерации, Москва
2 Перинатальный центр городской клинической больницы имени С.С.Юдина, Москва
3 Первый (Сеченовский) Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва
4 Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва
oleg.zavyaloa@mail.ru

Введение. Выхаживание недоношенных детей с массой тела менее 1000 граммов и рожденных ранее 28-й недели гестации– актуальная мировая проблема современной перинатальной медицины и неонатальной реаниматологии. Преждевременное начало родовой деятельности связано со многими антенатальными (дородовыми) медико-социальными и патогенетическими факторами риска в системе «мать-плацента-плод». В настоящее время в неонатальной реаниматологии современной стратегией ранней респираторной терапии у новорожденных с первых минут и часов жизни является стартовое применение неинвазивной вентиляции легких. Наиболее оптимальный выбор тактики первичной респираторной терапии у недоношенных детей кроме первичной оценки клинического состояния синдрома дыхательного расстройства новорожденного основывается на проведении скринингового анализа антенатальных как материнских, так и неонатальных факторов риска, метода родоразрешения, дистресса и синдрома задержки роста плода.

Цель исследования. Оценить клинико-прогностическую значимость скринингового анализа антенатальных факторов риска при выборе респираторной терапии у недоношенных детей в отделении неонатальной реанимации.

Материалы и методы. В отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных и недоношенных детей родильного дома Перинатального центра ГКБ имени С.С. Юдина города Москвы в 2018-2021 годах проведен ретроспективный анализ диады пациентов: 90 матерей и 90 детей. Клинический протокол и дизайн исследования одобрены локальным этическим комитетом больницы. Для детального анализа все недоношенные дети в ходе исследования были дополнительно разделены на подгруппы в зависимости от гестационного возраста в неделях: 24-25, 26-27, 28-29, 30-31.

Результаты. Наличие дистресса плода в 74 % случаев, а тяжелое течение хориоамнионита в 86 % ограничивали стартовое проведение неинвазивной вентиляции легких (НВЛ) в режиме DUOPAP (Duopositive airway pressure) через назальные канюли. При анализе методов родоразрешения у детей с ЭНМТ: операция кесарева сечения – 64 %, вагинальные роды – 36 %. Метод родоразрешения значимо не влиял на выбор тактики стартовой респираторной терапии в раннем неонатальном периоде. При оценке влияния синдрома задержки роста плода (СЗРП) и выраженного СЗРП (ВСЗРП) было отмечено, что наличие ВСЗРП у детей с ЭНМТ при сроке гестации до 27 недель значимо препятствовало выбору стартовой НВЛ в режиме DUOPAP, однако ВСЗРП у пациентов 28-31 недели только в 60 % случаев ограничивало тактику раннего проведения НВЛ в режиме DUOPAP в отделении неонатальной реанимации. Основные лимитирующие факторы стартового проведения DUOPAP в первые 168 часов жизни недоношенных детей: гестационный возраст <26 недель, масса тела <750 граммов в сочетании с лактатемией >8 ммоль/л.

Заключение. Проведение скринингового анализа антенатальных материнских и плодовых факторов риска с экспресс оценкой наличия дистресса плода и /или синдрома задержки роста плода являются актуальными дополнительными клинико-прогностическими и практически значимыми предикторами совершенствования алгоритма тактики стартовой респираторной терапии у недоношенных новорожденных в отделении неонатальной реанимации. Своевременная комплексная оценка клинико-анамнестических материнских и неонатальных особенностей - важный медико-организационный аспект минимизации перинатальных осложнений и повышения качества жизни недоношенных детей.

СТАРТОВАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ МАЛОГО ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА

Завьялов О. В.[1 2], Пасечник И. Н.[1], Игнатко И. В.[2 3], Бабаев Б. Д.[4]

1 Центральная государственная медицинская академия Управления Делами Президента Российской Федерации, Москва

2 Перинатальный центр городской клинической больницы имени С.С.Юдина, Москва

3 Первый (Сеченовский) Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Москва

4 Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

oleg.zavyaloa@mail.ru

Введение. Социально-экономическая значимость недоношенности обусловлена 5-10 % встречаемости преждевременных родов в популяции, тенденцией к их увеличению и высокой перинатальной смертностью недоношенных детей. Респираторный дистресс синдром (РДС) является наиболее частой причиной возникновения дыхательной недостаточности (ДН) у новорожденных малого гестационного возраста. Основным методом лечения ДН среднетяжелой и тяжелой степени у новорожденных детей является искусственная вентиляция легких. В последние годы в неонатальную реанимационную практику при лечении РДС у недоношенных детей внедрена концепция минимальной инвазивности. В качестве оптимального стартового метода респираторной терапии после введения сурфактанта в настоящее время рассматривают неинвазивную вентиляцию легких (НВЛ) через назальные канюли.

Цель исследования. Определить клинико-мониторные оценочные критерии выбора стартовой неинвазивной вентиляции легких в комплексной терапии дыхательной недостаточности у новорожденных детей малого гестационного возраста.

Материалы и методы. Научная работа выполнена в отделении неонатальной реанимации родильного дома ГКБ имени С.С. Юдина города Москвы в 2018-2021гг. Проведен ретроспективный анализ

историй развития 90 недоношенных новорожденных детей с массой тела от 700 до 999 граммов. Клинический протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом больницы. Разработан дизайн, сформированы критерии включения и исключения из исследования. Стандартное клинико-лабораторное и инструментальное обследование проводили в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН). У всех новорожденных оценивалось спонтанное дыхание (СД), проводилась оценка степени выраженности ДН по неонатальной шкале Сильверман-Андерсен (С-А), осуществлялся контроль мониторного показателя предуктальной сатурации (SpO2), вычислялся респираторный показатель PaO2/FiO2.

Результаты. В процессе проведенного исследования определены клинико-мониторные оценочные критериев выбора стартовой неинвазивной вентиляции легких в комплексной терапии дыхательной недостаточности у новорожденных малого гестационного возраста и дополнительно сформированы 3 группы стартовой респираторной терапии: 1) группа – искусственная вентиляция легких (ИВЛ) в режиме SIMV (Synchronized inspiratory mandatory ventilation) через эндотрахеальную трубку (ЭТТ): спонтанное дыхание (СД) – отсутствует, оценка по шкале Сильверман-Андерсен (С-А) >/= 6 баллов, мониторный показатель предуктальной сатурации SpO2< 88 %, респираторный показатель PaO2/FiO2 < 200;2) группа – неинвазивная вентиляция легких (НВЛ) в режиме DUOPAP (Duopositive airway pressure) через назальные канюли (НК): СД – регулярное/стабильное, оценка по шкале С-А </= 4 баллам, SpO2 > 92 %,PaO2/FiO2>300; 3 группа – стартовая НВЛ-DUOPAP/ИВЛ-SIMV: СД – регулярное/пограничное, оценка по шкале С-А 4-5 баллов, SpO2 88-92 %,PaO2/FiO2 250-300. Основными клинико-мониторными оценочными критериями отсутствия эффективности стартовой неинвазивной вентиляции легких в режиме DUOPAP являются: 1) увеличение на 40 % частоты дыхания и увеличение на 20 % среднего артериального давления по сравнению с исходными показателями; 2) выраженное участие вспомогательной мускулатуры грудной клетки и шумное дыхание пациента на расстоянии (грантинг) на протяжении 10 минут; 3) показатель сатурации крови (SpO2) <88% при фракции кислорода (FiO2) >0,35. Наличие асфиксии тяжелой степени тяжести при рождении, реализация инфекционного процесса, отсутствие антенатальной стероидной профилактики РДС плода, нерегулярные попытки спонтанного дыхания – основные неонатальные факторы, исключающие стартовое проведение неинвазивной вентиляции легких в комплексной

терапии дыхательной недостаточности у новорожденных детей малого гестационного возраста.

Заключение. Рациональный выбор тактики респираторной терапии в отношении стартового проведения неинвазивной вентиляции легких в режиме DUOPAP в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных определяется на основании комплексной оценки клинико-мониторных критериев и во многом зависит от перинатальных факторов риска, морфо-функциональной зрелости легочной ткани, наличия курса антенатальной стероидной профилактики РДС плода, в основном от гестационного возраста и массы тела при рождении недоношенных детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДИКИ ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО МАССАЖА С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ СОСАТЕЛЬНОГО И ГЛОТАТЕЛЬНОГО РЕФЛЕКСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Зубарева Т. В., Баранова О. А., Письменная О. А., Галикеева Д. В., Галимова Е. Н., Просоедова Т. Ф.
Самарская городская детская клиническая больница №1 имени Ивановой Н.Н.
Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей
tancha-17@mail.ru

Применение техники логопедического массажа как метода развивающего ухода позволяет стимулировать сосательный рефлекс у недоношенных детей и помогает в осуществлении грудного вскармливания.

Актуальность темы: В последние 10 лет достигнуты большие успехи в выхаживании недоношенных детей благодаря широкому применению философии развивающего ухода (минимализация стресса, создание оптимальной окружающей среды и питания, грудное вскармливание и мероприятия, направленные на его стимуляцию и поддержку, защищенный сон, семейно-ориентированный подход), что позволяет в последующем добиться улучшения неврологического прогноза. Однако остается ряд проблем в развитии детей находящихся на

ИВЛ и длительном зондовом питании, в частности с сосанием и глотанием, особенно у глубоконедоношенных детей.

Использование программы NIDCAP позволяет достичь хороших результатов. (1). Это индивидуальная комплексная программа по уходу и оценке развития новорожденных, направленная на постнатальную адаптацию, поддержку нервно-поведенческого развития ребенка, а также содействие ранним отношениям родителей и детей. Участие матерей является обязательным в этой программе. Программа позволяет матерям сосредоточиться на своем недоношенном ребенке, узнать особенности его развития, участвовать в этапах его выхаживания.

Одним из методов этой программы является проведение мамой логопедического массажа своему ребенку.

Цель: Оценить эффективность логопедического массажа с целью стимуляции сосательного и глотательного рефлекса у недоношенных детей.

Материалы и методы: Работа проводилась на базе ОПН и недоношенных детей ГБУЗ СО ДГБ №1 имени Ивановой Н.Н. (зав. отделением Баранова О.А.). Обобщены материалы по выхаживанию недоношенных детей, находящихся в отделении ОПН с 2020 по 2021 г. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 50 детей.

Нами использовалась методика логопедического массажа (2). Данный массаж обычно применяется для коррекции речевых нарушений у детей старше 2 лет. Нами технология данного массажа была адаптирована для стимуляции сосательного и глотательного рефлекса. Суть методики состоит в проведении регулярных сеансов массажа по определенным зонам на лице ребенка. Воздействие оказывается на скуловую, щечную, жевательную, подбородочную, подъязычную и круговую мышцы рта. Основные приемы – это поверхностное поглаживание, легкое растирание, вибрация и нажатие. Обязательным условием массажа является то, что все приемы массажа должны быть легкими и средней интенсивности. Массаж проводится консультантом по грудному вскармливанию в присутствии мамы, обучая ее, контролируя его выполнение и оценивая эффективность. Во время массажа мама смотрит на ребенка, контакт «глаза в глаза», разговаривает с ним, успокаивает. Эффективность массажа зависит от регулярности его выполнения (2-3 раза в день, курсами по 7-10 дней).

Полученные результаты: Дети были разделены на две группы по сроку гестации и массе тела. 31 ребенок с массой тела 2000 – 1500 и 19 детей 1500 – 1000 г. Все дети на момент начала массажа находились на зондовом питании. Дети с поздней/пограничной недоношенностью на фоне проведения логопедического массажа могли сосать грудь на 7 +/-2 дня. Дети с умеренной степенью недоношенности на 9 +/-1,8 дней, глубоконедоношенные дети уходили от зонда на 16+/-4 день. 1 ребенка (2%) из глубоконедоношенных с тяжелой церебральной комой перевести с зондового питания за 3 курса массажа не удалось.

Показания: слабость или отсутствие сосательного и глотательного рефлексов. Противопоказания: тяжелое состояние ребенка, дыхательные и гемодинамические нарушения, острые инфекционные заболевания, масса тела меньше 1000 г.

Заключение: Квалифицированная медицинская помощь недоношенным детям должна включать не только методы интенсивной терапии, но также развивающий уход и комплексную реабилитацию. Раннее начало развивающего ухода, массажных техник, индивидуальный подход к каждому новорожденному с учетом степени зрелости, тяжести перенесенных заболеваний ведет к снижению инвалидности детей, рожденных преждевременно.

Проведение логопедического массажа привело к положительному результату у 98% исследуемого контингента детей.

Литература:

1. Nelson AM, Betford PJ, Mothering a preterrn infant receiving NIDCAP care in a level III newborn intensive care unit. “Pediatr Nurse” 2016 , 31(4) p271-282.

2. Дьякова Е.А. «Логопедический массаж» Учебное пособие, с.25 – 27, 41.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПТИМИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В ЛЕГКОЙ ФОРМЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Подпорина Л. А., Шашель В. А.
ГБУЗ «Детская городская поликлиника № 3 г. Краснодара» МЗ КК
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения РФ, Краснодар
volodina.68@yandex.ru

Цель исследования: Оценить оптимизированную программу реабилитации школьников с постковидным синдромом в амбулаторных условиях детской поликлиники.

Материалы и методы.

Нами проведен анализ заболеваемости несовершеннолетних в возрасте с 7 до 17 лет включительно новой коронавирусной инфекцией, протекавшей в легкой форме в 2020 году и находящихся на амбулаторном лечении одной из детских городских поликлиник города Краснодара в количестве 123 человека, из них девочек- 53 (43,1%), мальчиков – 70 (56,9 %).

Результаты.

После перенесенной COVID-19, даже протекавшей в легкой форме у всех пациентов наблюдалось клиническое состояние, характеризующееся неспецифической неврологической симптоматикой, названное постковидным синдромом, который является одним из самых распространенных синдромов среди детей, перенесших новую коронавирусную инфекцию. Психоэмоциональные нарушения в клинической картине являются определяющими.

Практически все дети после выздоровления отмечали наличие быстрой утомляемости, слабость, тревожность или депрессивное состояние, нарушение концентрации внимания и снижение памяти. 15% выздоровевших пациентов предъявляли жалобы на снижение аппетита, тошноту и иногда диарею. Все перечисленные симптомы свидетельствуют о поражении периферической и вегетативной нервной

системы и таким образом очень схожи с Синдромом вегетативной дисфункции (СВД). Так как алгоритм лечения постковидного синдрома полностью не разработан, то нами была предложена модернизированная программа реабилитация по симптоматическому направлению. Основными направлениями программы реабилитации пациентов с пост-COVID-19 являлись: коррекция неврологических и психологических функций, преодоление беспокойства и депрессивного состояния с помощью занятий с психологом, назначение фито- и витаминотерапии, диетотерапия, обогащенная продуктами с повышенным содержанием калия, магния, витаминов группы «А», «В», «Д» и «Е», полиненасыщенных жирных кислот; ЛФК и ФТЛ (электрофорез, массаж, фитотерапия). Средняя продолжительность курса реабилитации 14 дней.

Большинство клинических показателей у пациентов подросткового возраста, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 и прошедших реабилитацию в амбулаторных условиях, наблюдалось значительное улучшение состояния здоровья: у детей практически исчезли головная боль, головокружение, чувство утомляемости, тошнота, раздражительность, появился аппетит и улучшилась успеваемость в школе.

При субъективной оценке подростками своего самочувствия отмечалось повышение самооценки у большинства детей.

Выводы:

Полученные результаты реабилитации подростков с пост-COVID-19 синдромом после полного амбулаторного курса лечения, - можно оценить как высокоэффективные, что позволяет рекомендовать предложенную программу к применению в амбулаторно-поликлинических условиях.

СОСТОЯНИЕ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЫ

Салова М. Н., Салова Н. А.
ОБУЗ ИКБ им. Куваевых, Детская городская поликлиника № 8, Иваново
salova_m@mail.ru

Актуальность. В современных условиях необходимости усвоения большого информационного потока проблема когнитивных возможностей головного мозга приобретает особую значимость. Известно, что сегодня состояние здоровья детей не имеет тенденции к улучшению, в том числе это касается и функционирования центральной нервной системы. При этом учебные школьные нагрузки являются интенсивными, вызывая затруднения в усвоении учебного материала у детей. Особенно касается это первоклассников, не имеющих достаточного уровня школьно-необходимых навыков

Цель работы. Выявить особенности когнитивного функционирования первоклассников общеобразовательной школы.

Материалы и методы. В начале учебного года была проведена диагностика уровня высших психических функций у 58 детей в возрасте 7 – 8 лет, включающая определение объема восприятия, переключения и распределения произвольного внимания, слуховой и зрительной памяти и мышления (методика Тихомировой Л.Ф., 2000). Через 6 месяцев от начала обучения дети были осмотрены неврологом.

Результаты. Уровень восприятия у 62,1% детей был средним, у 13,8% – высоким, у 24,1% – низким. Половина детей имели средний уровень переключения и распределения внимания, треть детей – низкий, каждый шестой ребенок – высокий. Аналогичные показатели характеризовали состояние слуховой памяти. Зрительная память была достаточной у 62,1% обучающихся, сниженной – у 15,5%, высокой – у 22,4%. Уровень мышления (способности выделять существенное) у 65,5% детей был средним, у 27,6% – низким, у 6,9% – высоким. Низкий уровень какого-либо исследованного показателя когнитивного функционирования был выявлен у половины первоклассников, из них у каждого пятого ребенка – сочетание 2 и более показателей. Во втором полугодии первого класса у 41,4% из этих детей неврологом был диагностирован цереброастенический синдром, у трети – синдром вегетативной дисфункции, у каждого пятого ребенка – головные боли напряжения.

Эти нарушения здоровья выявлялись и у детей с нормальным и высоким уровнем когнитивного функционирования, но в 2 – 3 раза реже.

Выводы. Выявленные особенности когнитивного функционирования младших школьников должны быть положены в основу программы медико-психолого-педагогического сопровождения для предупреждения школьной дезадаптации. Детям с низким уровнем школьно-необходимых мозговых функций необходимы нейропсихологические занятия, организованные как на базе образовательного учреждения, так и в домашних условиях. По показаниям им могут быть назначены препараты нейрометаболического ряда, а также витаминные комплексы для профилактики неврологических нарушений.

РОЛЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ В ПРОГРЕССИРОВАНИИ НЕФРОПАТИЙ

Седашкина О. А.[1], Печкуров Д. В.[2]
1 ГБУЗ СОКБ им. В.Д. Середавина, Самара
2 ГБОУ ВПО «СамГМУ» Минздрава РФ, Самара
sedashkina@inbox.ru

Введение. За последние десятилетия накапливаются сведения о генетических предпосылках хронических заболеваниях почек. Существуют клеточно-гуморальные механизмы, от которых зависит активация и торможение воспалительного процесса в почке.

Внимание нефрологов привлекает РАС, при избыточной активации оказывающаяпровоспалительный эффект и играющая ключевую роль в формировании нефросклероза.

Цель исследования. Установить особенности полиморфизма генов *ACE* (D/I), *AGT* (Thr174Met) и (Met235Thr), *AGTR1* (A1166C) у детей с ХБП и их прогностическое значение.

Результаты работы: у пациентов с заболеваниями почек выявлена тенденция к увеличению встречаемости однонуклеотидных полиморфизмов генов, влияющих на активность ренин-ангиотензиновой системы (РАС). Распределение генных полиморфизмов было следующим - *ACE* (D/I):D/D–40%, D/I-47,5%, I/I-15±12,5%; *AGT* (Thr174Met):

Thr174Thr-87,5%, Thr174Met-12,5%, Met174Met-0; *AGT* (Met235Thr): Met235Met-27,5%, Met235Thr-48,75%, Thr235Thr-10%; *AGTR1* (A1166C): A1166A-48,5%, A1166C-42,5%, C1166C-8,75%. Стойкая выраженная или умеренная протеинурия более 4 г/1,73м2/24 ч наблюдалась чаще у детей с аллелями D/D (58%) в отличие от больных с аллелями I/I (9%) гена *ACE*. У пациентов с ХБП 3-5 степени аллели D/D *ACE* сочетались с аллелями AGTThr174Met (27,5±0,67%) и Met235Thr (42,5±0,96%), Thr235Thr(27,5±0,6%) и AGTR1 A1166C (37,5±0,51%) чаще, чем при более легкой степени ХБП (0 и 7,5±0,5%; 5±0,5% и 5±0,5%; соответственно, $p \leqslant 0,05$).

Дети со средней степенью тяжести заболевания чаще были носителями D/I аллелей *ACE*, аллелей M235T и T174M гена *AGT*. Легкое течение заболевания было у носителей I/I аллели *ACE* и носителей дикого или гетерозиготного полиморфизма генов *AGT* и *AGTR1*.

Практическая значимость. Исследование полиморфных маркеров генов, кодирующих клеточные и гуморальные процессы воспаления, регуляторы апоптоза и фиброза позволяет выявить группы больных с повышенным риском развития прогрессирования патологического процесса и осложнений.

Клинически важным аспектом изучения полиморфизма генов при заболеваниях почек является и то, что эти знания могут стать основой для персонализации схем профилактики и терапии заболеваний, улучшения прогноза для этих пациентов.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Цымбал А. А., Арсентьев В. Г.
СПБ ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический центр высоких медицинских технологий им. К. А. Раухфуса»,
г. Санкт – Петербург.
ФГБВОУВО «Военно-медицинская академия им С.М. Кирова»,
г. Санкт – Петербург.
tsymbal.anastasi@gmail.com

Тема дисплазии соединительной ткани (ДСТ) долгое время вызывает большой интерес исследователей в самых разных областях: кардиологии, гастроэнтерологии, нефрологии, ортопедии, но данных о влиянии ее на дыхательную систему не так много. При изучении данной темы важно учитывать особенности детского организма – интенсивный рост, развитие органов и систем, высокие компенсаторные способности, отсутствие в раннем возрасте осознанных жалоб.

Цель работы: выявить по фенотипическим признакам наличие (ДСТ) у детей, поступающих в стационар по профилю пульмонология и аллергология. Изучить особенности клинических проявлений ДСТ, повышенной диспластической стигматизации у детей.

Материалы и методы: для диагностики ДСТ использовалась таблица, разработанная В.Г. Арсентьевым «Диагностические признаки дисплазии соединительной ткани». Пациенты осмотрены по единой методике, с оценкой каждого признака и суммирования баллов. Обследовано 380 пациентов: девочки и мальчики, в возрасте от 2 лет до 17 лет 29 дней, поступившие в пульмонологическое отделение стационара. Изучены представленные медицинские документы амбулаторные медицинские карты пациентов (ф.112) и данные историй болезни стационарных больных. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.8.3.

Результаты: Дети были разделены на 3 группы:

1 группа: 172 (45,3%) ребенка с ДСТ (диагностические признаки более 40 баллов).

2 группа: 111 (29,2%) детей с повышенной диспластической стигматизацией (30–40 баллов).

3 группа (группа сравнения): 97 (25,5%) без симптомокомплекса ДСТ (до 30 баллов).

Нами выявлено, что пол ребенка не влияет на частоту выявляемой дисплазии соединительной ткани, (p=0,274) (используемый метод: X2 Пирсона). ДСТ чаще выявляется в возрасте от 6 до 14 лет, медиана – 9 лет, (p=0,006) (используемый метод: критерий Краскела–Уоллиса). Дети с ДСТ чаще жалуются на суставные боли: 33 ребенка (19,2%), при повышенной диспластической стигматизации 15 (13,5%), у детей без ДСТ 4 (4,1%), (p<0,001данный показатель получен при расчете в группе пациентов с ДСТ, повышенной диспластической стигматизацией и в группе без признаков ДСТ, используемый метод: X2).

Жалобы на чувство нехватки воздуха предъявляли 56 человек (32,6 %) пациентов 1 группы, в то время, как у пациентов второй группы – 24 (21,6%), в группе сравнения– 7(7,2%), (p<0,001данный показатель получен при расчете в группе пациентов с ДСТ, повышенной диспластической стигматизацией и в группе без признаков ДСТ, используемый метод: X2 Пирсона). Повышенная утомляемость отмечается чаще у детей с признаками ДСТ: 56 детей (32,6%), у пациентов с повышенной диспластической стигматизацией 32 (28,8%), у детей без признаков ДСТ данные жалобы присутствовали у 6 детей (6,2%), (p<0,-001данный показатель получен при расчете в группе пациентов с ДСТ, повышенной диспластической стигматизацией и в группе без признаков ДСТ, используемый метод: X2).

Астеническое телосложение характерно для пациентов с ДСТ, нами выявлено у 25 детей –пациентов с ДСТ (14,5%), у 3 (2,7%), и 1 – без признаков ДСТ (1,0%), (p<0,001) (данный показатель получен при расчете в группе пациентов с ДСТ, повышенной диспластической стигматизацией и в группе без признаков ДСТ,используемый метод: X2). Выраженные атрофические стрии и/или видимая сосудистая у 26 (15,1%) пациентов с ДСТ, 17 (15,3%) у пациентов с повышенной диспластической стигматизацией, и у 3 (3,1%) пациентов без признаков ДСТ, (p<0,-001данный показатель получен при расчете в группе пациентов с ДСТ, повышенной диспластической стигматизацией и в группе без признаков ДСТ, используемый метод: X2). Повышенная растяжимость кожи выявлена у 4 пациентов (2,3%) с ДСТ, в группах повышенной диспластической стигматизации и без ДСТ данных изменений у пациентов не

выявлено, (p<0,001 данный показатель получен при расчете в группе пациентов с ДСТ, повышенной диспластической стигматизацией и в группе без признаков ДСТ, используемый метод:Х2). Высокое/готическое небо выявлено у 52 пациентов 1 группы, у 47 пациентов 2 группы, максимальные проявления встречались у пациентов с ДСТ и диагностированы у 144 человек, (p<0,001, данный показатель получен при расчете в группе пациентов с ДСТ, повышенной диспластической стигматизацией и в группе без признаков ДСТ, используемый метод: Х2).

Деформация грудной клетки I степени: у 18 (18,6%) пациентов группы сравнения, 68 (39,5%) у пациентов с ДСТ, 34 (30,6%) у пациентов с повышенной диспластической стигматизацией. Деформация грудной клетки II степени у пациентов без ДСТ не выявлена, у 20 (11,6%) с ДСТ, 3 (2,7%) у пациентов с повышенной диспластической стигматизацией. Деформация грудной клетки III степени не выявлена в 3 группе, у 5 (2,9%) с ДСТ, и у 1 (0,9%) с повышенной диспластической стигматизацией, (p<0,001данный показатель получен при расчете в группе пациентов с ДСТ, повышенной диспластической стигматизацией и в группе без признаков ДСТ,используемый метод:Х2).

Сколиоз I степени по В.Д. Чаклину у 18 (18,6%) группы сравнения, у 78 (45,3%) пациентов с ДСТ, у 49 (44,1%) пациентов с повышенной диспластической стигматизацией. Сколиоз II степени в группе пациентов без ДСТ не выявлен, у 21 (12,2%) с ДСТ, у 2 (1,8%) пациентов с повышенной диспластической стигматизацией. III степени в группе пациентов без ДСТ и с повышенной диспластической стигматизацией не выявлен, у 1 (0,6%) пациента с ДСТ, (p<0,001данный показатель получен при расчете в группе пациентов с ДСТ, повышенной диспластической стигматизацией и в группе без признаков ДСТ, используемый метод:Х2).

Выводы: нами отмечено, что большинство пациентов (1 группа: 172 (45,3%) ребенка с ДСТ (диагностические признаки более 40 баллов), 2 группа: 111 (29,2%) детей с повышенной диспластической стигматизацией (30–40 баллов), 3 группа (группа сравнения): 97 (25,5%) без симптомокомплекса ДСТ (до 30 баллов), поступающих в отделение пульмонологии и аллергологии имеют повышенную диспластическую стигматизацию и дисплазию соединительной ткани. Для пациентов с ДСТ характерны изменения осевого скелета, что, возможно, способствует развитию патологии дыхательной системы.

Учитывая частоту встречаемости ДСТ у пациентов пульмонологического профиля, необходимо отметить, что данная проблема требует более глубокого изучения.

ТИПЫ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Шангареева З. А.[1], Файзуллина Р. М.[1], Кочетова О. В.[2], Санникова А. В.[1 3], Мананова А. Ф.[3], Викторов В. В.[1]

1 ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

2 Институт биохимии и генетики УФИЦ РАН, Уфа, Россия

3 ГБУЗ РБ Городская детская клиническая больница №17, Уфа, Россия

shangareeva2001@mail.ru

Актуальность. ***Пищевое поведение (ПП)*** — общий термин, охватывающий такие аспекты, как ценностное отношение к пище и её приёму, как определенный стереотип питания в обыденных условиях и в условиях стресса, как поведение, ориентированное на образ собственного тела и деятельность по формированию этого образа [1]. ПП потенциально может влиять на распространенность такой глобальной проблемы общественного здоровья, как избыточная масса тела и/или ожирение [1, 2]. За последние годы в России и в развитых странах мира наблюдается неуклонный рост числа лиц с ожирением [3]. Анализ данных детей и подростков с ожирением также неутешительный [4, 5].

Для эмоциогенной, экстернальной и ограничительной моделей ПП описаны психологические триггеры переедания. Профилактика нарушений ПП может способствовать снижению распространенности ожирения.

Цель исследования. Анализ типа пищевого поведения у подростков в зависимости от уровня физического развития.

Материалы и методы. Проведено исследование случай–контроль.

Выборка подростков сформирована на базе педиатрических отделений ПО1 и ПО3 многопрофильного стационара ГБУЗ РБ Городская

детская клиническая больница №17 г. Уфа с октября по декабрь 2019 года. Все данные были получены из имеющейся медицинской документации (медицинской карты стационарного больного, истории развития ребенка).

Всего были обследованы 268 подростков на основании критериев включения/исключения. Далее по оценке физического развития проведен отбор пациентов в группы. Были сформированы две основные группы: 1 подгруппа - дети с ожирением (n=92) и 2 подгруппа - дети с дефицитом массы тела (n=56). Контрольную группу составили подростки с нормальной массой тела (n=120).

Критерии включения: возраст от 10 до 18 лет, отсутствие родства между участниками исследования, отсутствие наследственных заболеваний, наличие подписанного информированного согласие на обследование законными представителями или самостоятельно подростками старше пятнадцати лет.

Критерии исключения: возраст младше 10 лет и старше 18 лет, наличие родства между участниками исследования, наличие наследственных заболеваний, отказ от участия в исследовании.

Для оценки антропометрического статуса использовались справочные таблицы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за 2006 и 2007 годы, которые основаны на Z-баллах для индекса массы тела (ИМТ) в зависимости от пола и возраста. Для детей в возрасте от 10 до 18 лет параметры физического развития были определены следующим образом: ожирение (z+2,0 SDS); дефицит массы тела (z -2 SDS),- нормальная масса тела (z от +1,0 до -1,0 SDS).

Оценку пищевого поведения проводили с использованием психометрического опросника DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire – Голландский опросник пищевого поведения), разработанных и валидированных для европейских популяций [6]. Опросник оценивает частично связанные стороны пищевого поведения, такие как ограничительное (хаотичные эпизоды ограничения приема пищи, которые постоянно нарушаются ребенком), эмоциогенное (прием пищи на фоне эмоционального дискомфорта) и экстернальное пищевое поведение (прием пищи провоцируется внешними раздражителями, например, внешним видом, рекламой) [2, 6].

Опросник DEBQ (перевод Савчиковой Ю.Л. [6]) включает 33 вопроса, каждый с пятью вариантами ответа: «никогда», «редко»,

«иногда», «часто» и «очень часто». Каждому ответу присваивается балл по возрастанию от 0 («никогда») до 5 («очень часто»), за исключением вопроса №31, оценка ответов на который происходит в обратном порядке. Подшкалу ограничительного пищевого поведения представляют первые 10 вопросов, эмоциогенного – вопросы от 11 до 23, экстернального – от 24 до 33.

Дети заполняли опросники самостоятельно, в присутствии врача и/или родителя (при совместной госпитализации). При возникновении трудностей с пониманием вопросов допускалась помощь взрослых в их интерпретации. Если вопрос остался без ответа, то возвращались к его заполнению по просьбе врача. Продолжительность опроса не регламентировалась.

Статистические методы. Описание количественных признаков, характеризующих физическое развитие (возраст, рост, вес, ИМТ) и пищевое поведение подростков, выполнено с указанием M±m (средняя и ошибка средней с использованием критерия Крускала-Уоллеса для трех групп. Указанные вычисления проведены с использованием пакета статистических программ SPSS Statistics, версия 22.0 (IBM, США) (https://www.snpstats.net/start.htm).

Результаты и обсуждение. Гендерных и возрастных различий в сравниваемых группах не отмечалось. На долю мальчиков в группе с ожирением приходилось 48 человек (52,2%), с дефицитом массы тела – 29 человек (51,8%) и группе с нормальной массой тела – 61 человек (50,8%) (p=0,640). Возраст детей в указанных группах составил 13,4±8,8; 13,1±7,9 и 13,5±9,1 лет, соответственно (p=0,640).

Массо-ростовые показатели подростков с ожирением статистически значимо превосходили параметры подростков из группы с дефицитом массы тела и контроля. Так ИМТ (кг/м2) в группе детей с ожирением составил 25,7±3,5, у подростков с дефицитом массы тела – 14,9±1,8 и подростков с нормальной массой тела 18,6±2,2 (p=0,006).

Анализ пищевого поведения с использованием опросника DEBQ выявил статистически значимые различия при сравнении детей с ожирением (2,8±1,1 балл), с дефицитом массы тела (2,2±0,8 балл) и контрольной группы (1,7±0,7 балл) по шкале Ограничительного пищевого поведения (ОПП) (P=0,0003). Эмоциогенное (ЭмПП) (P=0,130) и Экстернальное типы нарушений (ЭкПП) (P=0,740).не достигли статистически значимых различий при сравнении детей основной и контрольной групп.

Ограничительное ПП описывают как тенденцию ограничивать питание с целью похудения или предотвращения набора массы тела [7] под когнитивным, а не под физиологическим контролем [8]. Ограничение потребления пищи достигается уменьшением потребляемых калорий [9] за счет выбора продуктов [10], длительного воздержания от приемов пищи и отсутствия перекусов в течение дня [10]. Подростки с ограничительным типом ПП часто пропускают утренний прием пищи [10, 11]. При этом прием пищи в конце дня обеспечивает меньшее чувство насыщения, чем утренний прием пищи [12]. Таким образом, лица с ограничительным ПП подвержены перееданию вечером за счет уменьшения когнитивной саморегуляции в течение дня [9, 13].

Применение голландского опросника пищевого поведения DEBQ помогает определить превалирующий характер ПП и в дополнение к клиническому исследованию позволяет облегчить принятие решения относительно персонифицированного терапевтического подхода [14].

Выводы: Нарушение пищевого поведения тесно связано с ожирением у подростков.

- Среди нарушений ПП чаще отмечалось ограничительное ПП, которое способствует пропуску утренних приемов пищи и перееданию в вечернее время.
- Формирование ПП происходит в детском и подростковом возрасте, поэтому очень важно рекомендовать родителям уделять внимание развитию правильных пищевых привычек у детей.
- Профилактика нарушений ПП является актуальной проблемой, решение которой будет способствовать снижению распространенности избыточной массы тела и/или ожирения.

Источник финансирования. Работа выполнена в рамках государственного задания (№АААА-А16-116020350031-4), при частичной поддержки гранта РФФИ (№20-013-00261) и Мегагранта Правительства Российской Федерации (№075-15-2021-595).

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов, связанных с публикацией настоящей работы.

Литература:

1. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.

2. Дадаева В.А., Еганян Р.А., Королев А.И., Ким О.Т., Драпкина О.М. Типы нарушений пищевого поведения. Профилактическая медицина. 2021; 24(4): 113–119. https://doi.org/10.17116/profmed202124041113

3. Song M. Trajectory analysis in obesity epidemiology: a promising life course approach. Curr Opin Endocr Metab Res. 2019;4:37-41. https://doi.org/10.1016/j.coemr.2018.08.002

4. Kumar S, Kaufman T. Childhood obesity. Panminerva Med. 2018;60(4): 200-212.https://doi.org/10.23736/S0031-0808.18.03557-7

5. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. WHO; Geneva; 2016.

6. Савчикова Ю.Л. Психологические особенности женщин с проблемой веса: автореф. дис. … кандидата психологических наук. СПб., 2005. 25 с.

7. Van Strien T, Engels RCME, Van Leeuwe J, Snoek HM. The Stice model of overeating: tests in clinical and non-clinical samples. Appetite. 2005; 45(3):205-213.

8. Johnson F, Pratt M, Wardle J. Dietary restraint and self-regulation in eating behavior. Int J Obes. 2012;36(5):665-674. https://doi.org/10.1038/ijo.2011.156

9. Olea Lopez AL, Johnson L. Associations between restrained eating and the size and frequency of overall intake, meal, snack and drink occasions in the UK Adult National Diet and Nutrition Survey. PLoS One. 2016;11(5): e0156320. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156320

10. Lattimore PJ, Halford JCG. Adolescence and the diet-dieting disparity: healthy food choice or risky health behaviour? Br J Health Psychol. 2003;8(4):451-463.https://doi.org/10.1348/135910703770238301

11. Timlin MT, Pereira MA, Story M, Neumark-Sztainer D. Breakfast eating and weight change in a 5-year prospective analysis of adolescents: Project EAT (Eating Among Teens). Pediatrics. 2008;121(3):638-645. https://doi.org/10.1542/peds.2007-1035

12. de Castro JM. The time of day of food intake influences overall intake in hu- mans. J Nutr. 2004;134(1):104-111.https://doi.org/10.1093/jn/134.1.104

13. Boland WA, Connell PM, Vallen B. Time of day effects on the regulation of food consumption after activation of health goals. Appetite. 2013;70:47-52. https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.06.085

14. Brunault P, Rabemampianina I, Apfeldorfer G, Ballon N, Couet C, Réveillère C, Gaillard P, El-Hage W. The Dutch Eating Behavior Questionnaire: Further psychometric validation and clinical implications of the French version in nor- mal weight and obese persons. Presse Med. 2015;44(12 Pt 1):363-372.ttps://doi.org/10.1016/j.lpm.2015.03.028

ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ ВНУТРИКОЖНЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБ У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И С ХРОНИЧЕСКОЙ ЛОР ПАТОЛОГИЕЙ

Яровая Ю. А., Лозовская М. Э., Клочкова Л. В., Васильева Е. Б., Степанов Г. А.
СПбГПМУ МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия
Julia_Yarovaya@mail.ru

На интенсивность пробы Манту оказывают влияние сопутствующие заболевания, в том числе хронические заболевания ЛОР-органов. Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) является высокоспецифичной по отношению к активной туберкулезной инфекции. Сравнительная оценка интенсивности внутрикожных иммунологических проб у детей с туберкулезом органов дыхания и с хроническими ЛОР-заболеваниями и без данных заболеваний позволит индивидуализировать интерпретацию результатов иммунодиагностики туберкулеза.

Цель исследования: сравнительный анализ интенсивности реакций пробы Манту и пробы с АТР у детей с туберкулезом органов дыхания (ТОД) при наличии хронической ЛОР-патологии вне обострения и при отсутствии данной патологии.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 74 историй данных обследования детей 2-14 лет за 2019-2021гг на базе туберкулезного отделения ГБУЗ ДИБ №3 Санкт-Петербурга, составивших две группы наблюдения: 1 группа - 74 детей с активным ТОД, 2 группа - 57 детей с наличием спонтанно сформированных остаточных изменений (ОПТИ). Были выделены подгруппы: 1А - 39 детей с хроническими ЛОР заболеваниями, 1Б – 35 детей без данных заболеваний; 2А – 30 детей с хроническими ЛОР заболеваниями, 2Б – 27 ребенка без данных заболеваний. В структуре ЛОР-заболеваний были аденоидные вегетации, гипертрофии небных миндалин, хронические тонзиллиты и аденоидиты вне обострения. Обследование детей обязательно включало постановку и оценку пробы Манту и пробы с АТР. Критериями исключения были иммуносупрессивные, аутоиммунные и аллергические заболеваниями.

Результаты. У детей 1А подгруппы выраженные (25,6±7,0% случаев) и гиперергические реакции (17,9±6,1% случаев) на туберкулин наблюдались несколько чаще, чем у детей 1Б подгруппы (выраженные реакции - в 14,2±5,9% случаев, гиперергические реакции - в 5,7±3,9% случаев). Удельный вес выраженных и гиперергических реакций на туберкулин у детей 1А подгруппы (43,6±7,9% случаев) был выше, чем у детей 1Б подгруппы (20,0±6,8% случаев, $p<0,05$). На пробу с АТР у детей 1А подгруппы гиперергические реакции развивались несколько чаще (59,0±7,9% случаев), чем у детей 1Б подгруппы (40,0±8,3% случаев), количество выраженных реакций было выше у детей 1Б подгруппы (42,9±8,4% случаев), чем у пациентов 1А подгруппы (23,1±6,8% случаев). При этом, удельный вес выраженных и гиперергических реакций на АТР у детей сравниваемых подгрупп было примерно одинаковым: 86,5±5,5% случаев и 82,9±6,4% случаев в 1А и 2Б подгруппах соответственно.

У пациентов с ОПТИ суммарные доли выраженных и гиперергических реакций пробы Манту в сравниваемых подгруппах значительно не различались (26,7±8,1% и 33,3±9,1% случаев во 2А и 2Б подгруппах). Суммарное количество выраженных и гиперергических реакций на АТР у детей с ОПТИ достоверно не различалось и составляло 83,3±6,8% и 63,0±9,3% случаев во 2А и 2Б подгруппах соответственно.

Выводы: Для детей с активным туберкулезом органов дыхания и с хронической ЛОР-патологией вне обострения характерны более выраженные реакции пробы Манту, чем при отсутствии хронических ЛОР заболеваний, что следует учитывать при интерпретации данных иммунодиагностики.

ПРОЯВЛЕНИЯ ПАРАСПЕЦИФИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Яровая Ю. А., Тимершина А. А.
СПбГПМУ МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия
Julia_Yarovaya@mail.ru

Параспецифические реакции характерны для первичного периода туберкулезной инфекции и имеют различные клинические проявления [2]. Благодаря совершенствованию методов диагностики и выявления туберкулеза в большинстве случаев у детей наблюдается благоприятное течение туберкулеза, что требует тщательного внимания к его маловыраженным клиническим проявлениям [1,2].

Цель исследования. Определить частоту и характер параспецифических реакций у детей с туберкулезной инфекцией различного течения.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ обследования пациентов с туберкулезной инфекцией в возрасте 1-14 лет за период 2020-2021гг на базе туберкулезного отделения СПбГБУЗ ДИБ №3, составивших две группы наблюдения: 1 – 29 детей с активным туберкулезом органов дыхания (ТОД), 2 – 31 ребенок с латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ). Комплекс углубленной диагностики включал оценку данных эпидемического анамнеза, результатов клинического обследования, результатов специфической иммунодиагностики, мультиспиральной компьютерной томографии органов грудной клетки (МСКТ ОГП), ультразвуковой исследования органов брюшной полости (УЗИ ОБП) и почек, лабораторных исследований.

Результаты: Пациенты обеих групп в основном были привиты против туберкулеза: 89,6% и 93,5% детей 1 и 2 групп. В структуре активного ТОД преобладал туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (68,9%), реже были диагностированы первичный туберкулезный комплекс (24,14%), инфильтративный туберкулез (6,89% случаев). Параспецифические реакции были выявлены у 72,4±8,3% детей с активным ТОД, у детей с ЛТИ - в 51,6±9,0% случаев. Из проявлений параспецифических реакций наиболее часто отмечалась периферическая полиадения, которая выявлялась у 51,7±9,3% и у 41,9±8,9% пациентов 1 и 2 групп наблюдения. При клиническом обследовании не было

выявлено кожных и других проявлений параспецифических реакций. По результатам МСКТ ОГП у части пациентов были выявлены внутрилегочные лимфатические узлы: в 27,6±8,3% и в 16,1±6,6% случаев в 1 и 2 группе соответственно, которые не являются признаком специфического поражения, но отражают повышенную иммунологическую реактивность. У небольшого количества детей УЗИ ОБП выявило реактивные изменения печени: в 3,4±3,4% и в 9,6±5,3% случаев в 1 и 2 группе соответственно, которые также обусловлены измененной реактивностью организма, они не определялись при объективном обследовании органов брюшной полости.

Выводы: На современном этапе наиболее частой параспецифической реакцией, определяемой при клиническом обследовании, является периферическая полиадения, которая была в 51,7±9,3% случаев у детей с активным ТОД и в 41,9±8,9% у детей с ЛТИ. Параспецифические реакции были выявлены по данным МСКТ ОГП в виде внутрилегочных лимфатических узлов (в 27,6±8,3% случаев у детей с ТОД и в 16,1±6,6% случаев у детей с ЛТИ), по данным УЗИ в виде реактивных изменений печени (в 3,4±3,4% случаев у детей с ТОД и в 9,6±5,3% случаев у детей с ЛТИ).

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 17 июня 2022 г.