

# V МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ съезд педиатров

19–21 ноября 2019 года

«ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ» В ПЕДИАТРИИ

〔 сборник тезисов 〕



## РОЛЬ МИКРОРНК В РЕГУЛЯЦИИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА В КЛЕТКАХ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

**Абрамов А.А., Ворона Л.Д., Неудахин Е.В., Лукаш Е.Н.**

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва*

В последнее время большое внимание уделяется роли микроРНК в развитии патологических процессов. МикроРНК регулируют экспрессию генов на посттранскрипционном уровне, влияя на образование белка, контролируют синтез ферментов и структурных белков. Исследование микроРНК при нарушениях энергетического обмена в клетках, происходящих при внутрижелудочковых кровоизлияниях у новорожденных, может дать важные биомаркеры, а также позволит выявить ключевые звенья патогенеза с перспективой последующего влияния на них.

Цель работы. Определение роли микроРНК в регуляции энергетического обмена в клетках у новорожденных детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 26 пациентов с внутрижелудочковыми кровоизлияниями. Обследовано 26 детей в возрасте от 14 дней до 2 месяцев жизни с различными сроками гестации (недоношенных 65%) с внутричерепными кровоизлияниями. Все пациенты были распределены на 2 группы: 1 – внутрижелудочковые кровоизлияния 1-2 степени (14 детей) 2 – внутрижелудочковые кровоизлияния 3-4 степени (12 детей). Диагнозы устанавливались на основании нейросонографического исследования. Выделение общей микроРНК осуществлялось на колонках из плазмы крови. Определение индивидуальных микроРНК (mir-21, mir-24, mir-125, mir-126, mir-145, mir-222, let-7a, let-7b) проводилось методом ПЦР в режиме реального времени. Полученные данные обработаны с помощью программного обеспечения Microsoft excel-2010. С целью оценки энергетического обмена клеток у всех детей осуществлялся цитохимический анализ активности некоторых митохондриальных ферментов лимфоцитов периферической крови: сукцинатдегидрогеназы, альфа-глицерофосфатдегидрогеназы, лактатдегидрогеназы количественным методом в модификации Р.П. Нарциссова (1986 год) с последующей визуальной морфометрией.

Результаты. По результатам исследования определили корреляции уровней ряда микроРНК с показателями энергетического обмена в клетках у детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями.

## ТЯЖЕЛАЯ ОЖОГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ, ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ

**Азовский Д.К., Лекманов А.У., Пилютик С.Ф.**

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Интенсивная терапия детей с ожогами в настоящее время претерпевает определенные преобразования. Довольно часто дети с тяжелыми ожогами поступают в участковые, районные или городские неспециализированные стационары, зачастую взрослые, на различных этапах оказания первой помощи, где спе-

циалисты не имеют достаточного опыта в лечении пациентов с ожогами, особенно детей, что приводит в недооценке или переоценке тяжести состояния и в свою очередь к ошибкам в тактике интенсивной терапии, развитию ятрогенных осложнений, особенно со стороны проведения инфузионной терапии. Общие принципы оказания помощи пациентам с тяжелыми ожогами врачами первичного звена можно сформулировать следующим образом. ● Детям достаточно ингаляции кислорода во время транспортировки. Дети редко требуют интубации и проведения искусственной вентиляции легких. Исключения могут составлять пациенты с термоингаляционным поражением и дети со сверхкритическими ожогами с длительным (более 120 минут) временем транспортировки. ● Достаточно покрытие области ожога чистой простыней и одеялом, что уменьшает боль и сохраняет ребенка в тепле. Обработка и перевязка ожоговых ран в догоспитальном периоде не рекомендуется. ● Необходима максимально быстрая эвакуация ребенка в больницу. Необходимо свести к минимуму вмешательств, задерживающие транспортировку. ● У детей нет необходимости в проведении инфузионной терапии при времени медицинской эвакуации до 2 часов. Пациентам со сверхкритическими ожогами и длительным временем транспортировки может потребоваться инфузионная терапия. Внутрикостное введение препаратов необходимо применять исключительно в случаях сердечно-легочной реанимации. ● Препаратами первой линии для купирования болевого синдрома являются исключительно наркотические анальгетики внутривенно. Внутримышечное введение может быть неэффективным или непредсказуемым у детей с ожогами. ● На этапе ожидания бригады скорой помощи рекомендуется охлаждение ожоговой поверхности водой комнатной температуры в течение 20 минут непосредственно после травмы. Максимально ранняя транспортировка на специализированный этап лечения создает предпосылки для индивидуализации лечебного алгоритма у пострадавших с тяжелой термической травмой, используя расширенный инвазивный и неинвазивный мониторинг. Время перевода на специализированный этап лечения не увеличивает риск смерти после термического повреждения. На госпитальном этапе применение методов расширенного мониторинга гемодинамики используя эхокардиографию, доплерографию, инвазивные методики позволяют контролировать состояние кровообращения на фоне проводимого лечения и вносить своевременные изменения в сценарий терапии. В настоящее время показано, что использование классической формулы Parkland, с учетом физиологической потребности, при расчете инфузионной терапии у детей приводит к перегрузке жидкостью, развитию синдрома капиллярной утечки, а в наиболее тяжелых случаях развитию ОРДС. В нашей клинике, как и ведущих клиниках за рубежом изменился подход к проведению интенсивной терапии у данной категории пациентов. Это стало результатом как собственных наблюдений, так и публикаций авторитетных иностранных авторов. Внедрение в рутинную клиническую практику расширенного мониторинга гемодинамики, как инвазивного (транспульмональная термодилуция и анализ контура пульсовой волны), так и неинвазивного (трансторакальная доплерография), более глубокое теоретическое понимание процессов перераспределения жидкости в организме, переосмысление модели Франка–Старлинга, открытие функции эндотелиального гликокаликса – все это способствовало поиску новых методик и алгоритмов в интенсивной терапии детей с обширными ожогами.

В первую очередь коррекции подвергаются объем, состав и способы введения жидкости в первые часы после травмы. Слаженная работа стационаров различного уровня, служб экстренной медицинской помощи и медицинской эвакуации позволят обеспечить качественное оказание медицинской помощи на всех этапах, что в сочетании с персонализированной концепцией интенсивной терапии с применением расширенного мониторинга гемодинамики, позволит удерживать показатели в пределах физиологических интервалов без развития шока, несмотря на достаточно обширные повреждения.

## ОСОБЕННОСТИ ВИТАМИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

**Басова А.А., Шапошникова А.Ф., Трофимкина Т.В.**

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

На современном этапе, в свете последних исследований, расстройства аутистического спектра уже нельзя рассматривать только с точки зрения психиатрии. В США было установлено, что дети с аутистическими расстройствами больше других подвержены заболеваниям желудочно-кишечного тракта, иммунной, эндокринной системы (Chen, 2013; Gurpey, 2006; Isaksen et al., 2012; Kohane et al., 2012). Соматическое состояние данной группы пациентов оказывает значительное влияние на их психическое благополучие, в частности, рефлюксный эзофагит и мальабсорбция биоза могут способствовать возникновению и усилению поведенческих проблем у невербальных пациентов с аутистическими расстройствами (Horvath et al., 1999). А также, наоборот, выраженность собственно аутистической симптоматики, например, избирательности в пище, потенцирует развитие коморбидных заболеваний. На базе дошкольных отделений Центра психического здоровья им. Г.Е. Сухаревой в 2018-2019 г. начато исследование возможных нарушений витаминно-минерального баланса у детей с расстройствами аутистического спектра. В исследование вошли 100 детей с диагнозом «расстройство аутистического спектра». Диагноз был выставлен на основании клинико-психопатологического обследования и верифицирован по методике Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Были проведены анализы крови на содержание витаминов и некоторых микроэлементов. Нами получены предварительные результаты, выявляющие тенденцию к снижению содержания витамина Д у детей с расстройствами аутистического спектра. Исследование продолжается.

Выводы. 1. У детей с расстройствами аутистического спектра есть склонность к формированию витаминной недостаточности, которая может угрожать здоровью ребенка. 2. Витаминная недостаточность у детей с расстройствами аутистического спектра имеет некоторые особенности, связанные со специфическими нарушениями желудочно-кишечного тракта, а также с собственно аутистической симптоматикой (расстройствами пищевого поведения).

## ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТОВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Батышева Т.Т., Петряйкина Е.Е., Платонова А.Н., Щедеркина И.О., Быкова О.В., Саржина М.Н., Плотникова И.А.**

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения Москвы, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Актуальность. Факторы риска развития острых нарушений мозгового кровообращения в детском возрасте кардинально отличаются от таковых у взрослых. У каждого ребенка должно быть проведено полное обследование, включающее гематологические, метаболические исследования, ангиографию, подробный сбор семейного анамнеза, выявление системных, инфекционных и генетических заболеваний.

Цель. Разработать критерии включения пациентов детского возраста в группы риска по инсульту.

Результаты. Разработаны критерии, включения детей в группы риска по инсульту. Важно наличие более 2-х факторов. • Врожденные и приобретенные заболевания сердца, нарушения ритма, ООС. • Отягощенный семейный анамнез по инсультам, инфарктам. • Маркеры дисплазии соединительной ткани, в том числе синдромы Марфана, синдром Элерса–Данлоса, фибромаскулярная дисплазия и т.д. • Травмы головы и шеи (любой тяжести). • Хронические и острые инфекции (особенно головы и шеи, системные). • Носительство мутаций генов системы гемостаза. • Подтвержденная врожденная или приобретенная тромбофилия, гемоцистеинемия. • Мигрень (особенно атипичное течение мигрени с аурой и частые приступы) и семейное отягощение по мигрени. • Генетические с-мы (пациенты с синдромом Дауна, нейрофиброматозом, серповидно-клеточной анемией в связи с повышенным риском болезни мойя-мойя, а также при нейрокожных заболеваниях (нейрофиброматоз, болезнь Штурге–Вебера, болезнь Рандю–Ослера, CADASIL синдром.) с высоким риском артериовенозных мальформаций. • Нарушение обмена веществ: MELAS, гемоцистинурией, болезнью Фабри, гиперлипотеинемией А, гиперлипидемия. • Аномалии строения и хода экстра- и интракраниальных сосудов (в том числе и у членов семей), особенно гемодинамически значимые по данным доплерографии. • Перенесенная ветряная оспа в течение предшествующего 1 года, носительство вирусов герпеса 1,2,6 типов, ВЭБ, ЦМВ. • Метаболический синдром у детей старше 10 лет (абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, снижение толерантности к глюкозе, гиперлипидемия), а также у детей любого возраста при сочетании абдоминального ожирения с отягощенным анамнезом по МС, СД 2-го типа, заболеваниям сердечно-сосудистой системы. • Дети с ДЦП, обусловленным геморрагическим и ишемическим поражением головного мозга в перинатальном периоде (в связи с повышенным риском повторных инсультов в пубертатном периоде). • Каверномы, ангиомы у членов семей. Необходимо проведение МР-ангиографии у детей. • Серповидноклеточная анемия, железодефицитная злокачественная анемия, талассемия. • Наличие в анамнезе онкологических, аутоиммунных заболеваний (период повышенного риска инсульта 5 лет). • Сахарный диабет 1 типа (частые кетоацидозы, неконтролируемые гипергликемии). • Гипотиреоз (со снижением артериального давления, риск гемодинамического варианта инсульта). • Прием вазоактивных медикаментов (при лечении острых состояний и длительном приеме). • Дети получающие длительную терапию: антиконвульсанты, препараты нарушающие

цикл фолиевой к-ты, противогрибковые препараты, оральные контрацептивы. • Часто болеющие дети, которым не проводится плановая вакцинация. • Пациенты наблюдающиеся у наркологов в связи с приемом наркотических запрещенных препаратов, курение – высокий риск васкулопатии.

Выводы. Выявление групп риска по инсультам среди детей является основой для проведения первичной профилактики развития сосудистой катастрофы. Важно сочетание более двух факторов риска для включения пациентов в группы риска.

## СОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Батышева Т.Т., Плотникова И.А.**

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Научно-практический центр детской психоневрологии»  
Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Актуальность. Показатели здоровья детей РФ последнего десятилетия характеризуются ростом заболеваемости и инвалидности по классам болезней нервной системы, психических расстройств и врожденных аномалий развития (ВАР), что во многом обусловлено переходом на новые критерии живорожденности, развитием репродуктивных технологий, совершенствованием реанимации и выхаживания глубоко недоношенных детей. От своевременной диагностики, лечения и реабилитации таких детей зависит их прогноз на будущее.

Цель. Рассмотреть наиболее частые физиологические и патологические состояния детей раннего возраста в разрезе дифференциальной диагностики с неврологической патологией.

Результаты. Апноэ недоношенных: дыхательные паузы >20 сек; паузы <20 сек, связанные с брадикардией (<80 уд/мин), центральным цианозом, или O<sub>2</sub>-сатурацией <85% у родившихся в сроке гестации <37 недель; центральное, обструктивное или смешанное. Наблюдаются гипоксемия, цианоз, брадикардия. Исключаются: гипогликемия, сепсис, внутричерепное кровоизлияние, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Позже апноэ во сне связывают с ожирением, ЛОР-патологией, макроглоссией (гипотиреоз), внутрижелудочковым кровоизлиянием, опухолью головного мозга, врожденной миопатией. Отмечаются беспокойный сон, дыхание ртом, храп, апноэ >10 с, потоотделение, цианоз крыльев носа. Приводит к асфиксии, замедлению психического развития, формированию синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Осложнения: аритмия, гипертония, инсульт.

Методы диагностики. МРТ, КТ головного мозга, ЭНМГ, определение КФК, генетические исследования для исключения миопатии, полисомнография – многоканальная запись параметров (движения грудной стенки, поток воздуха, сатурация O<sub>2</sub>, ЧСС, электрическая активность мозга). Синдром упорных рвот и срыгиваний: первичные, абдоминальные – функциональные (халазия кардии, ахалазия пищевода, пилороспазм, гастрит, метеоризм) и органические (пилоростеноз, кишечная непроходимость, ВАР); вторичные, при патологии ЦНС, инфекционных заболеваний, обменных нарушениях. При лабиринте у больных с вестибулярным синдромом рвоту сопровождает головокружение. «Церебральная» рвота сопровождается симптомами поражения нервной системы, развивается вне связи с едой, не улучшает состояния; рвотные массы скудные, без запаха. Рвота при бульбарных нарушениях, связанных с органическими причинами (опухоль мозжечка, ствола), сопровождается головокружением и атаксией. Рвота при нарушении мозгового

кровообращения возникает внезапно, сопровождается потерей сознания, сердечно-сосудистыми и дыхательными нарушениями, при мигрени свето- и звукобоязнь, локализованными головными болями, приносит облегчение. У детей с признаками невроза рвота возникает сразу после приема пищи, легко извергается, не приводит к похуданию. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста: экзогенные (алиментарная, токсическая, инфекционная этиология) и эндогенные (при энцефалопатии, эндокринной патологии, нарушениях обмена, мальабсорбции). Вторичные гипотрофии при патологии ЦНС сопровождаются нарушением поведения, малой активностью, преобладанием отрицательных эмоций, нарушением сна и терморегуляции, задержкой темпов психомоторного развития, мышечной гипо-, дистонией. Гипотрофия 3 степени может стать «точкой невозврата» у детей с церебральным параличом, бульбарным синдромом, спинальной мышечной атрофией. Необходимо определить энергетическую потребность с учетом дефицита массы, поправки на факторы увечья и активности, выбрать способ приема пищи, назначить подходящее лечебное питание. Спазмофилия возникает при низком уровне 25-гидрохолекальцеферола в крови, протекает с тоническими и тонико-клоническими судорогами, нервно-мышечной возбудимостью из-за низкого уровня Ca<sup>2+</sup> в экстрацеллюлярной жидкости на фоне алкалоза. Колики возникают до 5-месячного возраста, в форме повторяющихся беспричинных периодов раздражительности, беспокойства или крика, при отсутствии проблем роста, лихорадки или плохого состояния здоровья. Для дифференциальной диагностики спазмофилии или колик с эпилепсией анализируют данные анамнеза, клиники, показатели ЭЭГ. Выводы. Патология нервной системы у детей раннего возраста может протекать под «маской» функциональных соматических нарушений. Неблагоприятный перинатальный анамнез и тяжесть симптоматики – основания для проведения дополнительных исследований.

## ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И ЭПИЛЕПСИЯ: ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

**Батышева Т.Т., Пшемьская И.А., Позднякова Д.А., Слободчикова Н.С., Платонова А.Н.**

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Научно-практический центр детской психоневрологии»  
Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает ведущее место среди инвалидизирующих заболеваний и составляет 1,7-5 случаев на 1000 человек. Риск развития эпилепсии и эпилептических синдромов у детей с ДЦП составляет от 15 до 90%. Для детей с ДЦП характерно развитие как симптоматических, так и идиопатических форм эпилепсии. Наиболее часто эпилепсия встречается при спастических формах, а именно при спастической гемиплегии и спастическом тетрапарезе. До 50% случаев эпилепсии при ДЦП является фармакорезистентными. Факторы риска развития эпилепсии при ДЦП полиэтиологичны, но наиболее часто встречающимися являются: структурные поражения головного мозга, эпилептиформные изменения на электроэнцефалограмме (ЭЭГ), неонатальные судороги в анамнезе, недоношенность. Данная группа пациентов нуждается в более частом динамическом контроле и рациональной неагрессивной реабилитационной терапии.

Цель. Оценить возможности восстановительного лечения в раннем возрасте при сопутствующих эпилептическим приступам и эпизодам судорожных пароксизмов (неонатальные, фебрильные) в анамнезе.



Материалы и методы. Проведен анализ частоты встречаемости эпилепсии и эпизодов судорожных приступов (неонатальные, фебрильные) в анамнезе у детей в возрасте от 0 до 1,5 лет за период с 2016-2018 гг. (в течение 3 лет) поступивших в третье отделение ГБУЗ НПЦ Детской психоневрологии. Пациентам проводился ЭЭГ контроль. Все пациенты получали комплексную восстановительную терапию. Объем лечения зависел от полноты и длительности медикаментозного контроля над приступами, динамики электроэнцефалограммы (ЭЭГ) и наличия побочных эффектов антиэпилептического лечения (АЭП).

Результаты. Всего за период 2016–2018 гг. пролечено 2060 детей в возрасте от 0 до 1,5 лет с диагностированным перинатальным поражением центральной нервной системы (ЦНС) различного генеза, задержкой моторного, психоречевого развития, двигательными нарушениями, часть пациентов старше года с диагнозом ДЦП. Из них количество детей с симптоматической фокальной эпилепсией составило 76 (3,7%) детей, с эпизодами судорожных пароксизмов в анамнезе (неонатальные, фебрильные) – 102 (5%) ребенка. При впервые выявленной эпилепсии на фоне подбора АЭП объем восстановительной терапии был минимален, но не прекращался (посуставная гимнастика, позиционирование, кинезиотейпирование и др). При достижении контроля над приступами объем терапии расширялся и при достижении клинико-энцефалографической ремиссии (не менее 3 месяцев), терапия проводилась практически в полном объеме (за исключением электростимулирующих методик). При рациональном подходе к реабилитации за время наблюдения возобновление или увеличение частоты и интенсивности приступов не отмечалось. Ухудшение ЭЭГ-показателей отмечалось у 3 детей, без клинического проявления приступов.

Выводы. Наличие эпилептических приступов не является абсолютным противопоказанием для проведения восстановительной терапии, но требует тщательного подбора методик реабилитации на фоне адекватной антиэпилептической терапии, динамического контроля ЭЭГ и контроля побочных явлений АЭП.

## ПРИМЕНЕНИЕ КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ЦЕРВИКАЛГИЯМИ

*Батышева Т.Т., Тарасова Н.А., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Типсина Н.В., Уханова А.Н., Кирсанова Е.Ю., Проскурина Ю.К., Филиппова Т.Н., Платонова А.Н.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва*

Актуальность. Цервикалгия – это болевой синдром в области шеи, сопровождающийся напряжением, болезненностью мышц, ограничением подвижности в шейном отделе. Дополнительно могут отмечаться головокружение, шум в ушах, нечеткостью зрения, парестезии и онемение, неустойчивость. Лечение данного синдрома включает в себя хирургические и консервативные методы, в частности – кинезиотейпирование. В основе действия кинезиотейпов лежат следующие эффекты: активация микроциркуляции в коже, подкожно-жировой клетчатке и поверхностных мышцах, уменьшение болевого синдрома поврежденного участка за счет понижения внутритканевого давления и оптимизации лимфодренажа данного региона, восстановление функциональной активности мышц, и эластических свойств фасций, нормализация функции суставов, а также сегментарное влияние на внутренние органы. Методика заключается в наложении кинезиотейпа на покровные структуры тела с различным натяжением. В зависимости от натяжения, кинезиотейп

способен понижать внутритканевое давление, оптимизировать микроциркуляцию и «разгружать» рецепторы, либо, напротив, оказывать давление на кожу, стимулируя тем самым афферентную проприоимпульсацию.

Цель. Оценить эффективность метода кинезиотейпирования для уменьшения боли и снижения ограничения подвижности в шейном отделе у детей с цервикалгией.

Материалы и методы. Проведено динамическое наблюдение 20 пациентов в возрасте 10 до 16 лет. Для всех больных были использованы два вида наложения, такие как лимфотейпинг и послабляющая (про-странственная) коррекция. Каждый пациент субъективно оценивал уровень боли в шее по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) от 1 до 5 баллов до начала лечения и после окончания курса. Определялось наличие или отсутствие болезненности при пальпации разной степени интенсивности (легкое касание, умеренная пальпация и глубокая пальпация). Степень ограничения подвижности определялась измерением амплитуды ротации головы в горизонтальной плоскости при помощи угломера.

Результаты. После курса тейпирования у всех пациентов уровень боли по ВАШ снизился в среднем на 2-3 балла, вплоть до полного исчезновения болевого синдрома. Также боль при пальпации исчезла или снизилась до возникновения только при глубокой пальпации. Пациенты, у которых жалобы возникали только при физической нагрузке во время ЛФК, больше не испытывали боли во время занятий. У детей с ограничением подвижности в шейном отделе наблюдалась положительная динамика: увеличение объема ротации на пораженной стороне в среднем на 40-45 градусов.

Выводы. Метод кинезиотейпирования является эффективной методикой обезболивания у пациентов с цервикалгией, позволяет улучшить качество жизни пациента, дает возможность проводить более интенсивную реабилитацию.

## ФОРМИРОВАНИЕ УГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

*Блохин Б.М., Королев А.В., Делягин В.М.*

*Российский национальный медицинский исследовательский университет, Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Москва*

Введение. Одним из наиболее потенциально опасных заболеваний является артериальная гипертензия, что обусловлено ее высокой распространенностью и возможностью развития тяжелых жизнеугрожающих осложнений. В течение длительного времени нарушения в системе регуляции артериального давления (АД) оценивались исключительно по абсолютным значениям систолического и диастолического давления. С появлением возможности суточного мониторинга артериального давления (СМАД) оказались доступными для оценки его циркадные изменения. В настоящее время СМАД является единственной неинвазивной методикой, обеспечивающей измерение АД во время сна. При этом по данным литературы, изменения АД в дневные и ночные периоды являются диагностически и прогностически более информативными показателями ранних нарушений сердечно-сосудистой системы, нежели абсолютные значения артериального давления.

Цель работы: оценить возможность раннего выявления предикторов формирования патологии сердечно-сосудистой системы у детей с различными заболеваниями.

Материалы и методы. В работе были использованы ретроспективные данные СМАД, взятые из архива отделения функциональной

диагностики Российской Детской Клинической Больницы. Проводилась оценка показателей у 177 пациентов с 6 до 18 лет, с разными заболеваниями: 78 чел., с патологией почек, 49 чел. с эндокринной патологией, 50 детей с другими заболеваниями органов дыхания, пищеварения, опорно-двигательного аппарата. Проводилась оценка показателей среднего суточного давления, степень ночного снижения систолического и диастолического АД осциллометрическим методом при помощи аппаратов BPLab (модель МнСДП-2, Россия). Результаты и обсуждение. В результате анализа данных среднего суточного давления, можно отметить, что нормальные показатели среднего суточного АД были отмечены в 34,5%, прегипертензия (высокое нормальное давление) в 14,1%, а показатели превышающие норму у 51,4% детей. Нормальное среднее суточное систолическое АД встречалось у 37,3% пациентов, состояние прегипертензии выявлялось в 13,6%, а высокое – у 49,2%. Среднее суточное диастолическое давление было в нормальных пределах у 59,9% пациентов, прегипертензия выявлялась у 12,4%, высокое среднее суточное диастолическое давление – у 27,7%. По степени ночного снижения систолического и диастолического АД дипперами (что является нормой) оказались 61,7% и 45,8% детей соответственно, райзерами (с подъемом АД ночью выше дневного) были 2,3% и 3,4% пациентов, нон-дипперами (ночное давление ниже дневного, но падение менее 10%) 28,6% и 15,8% соответственно и овер-дипперами (с чрезмерным падением ночного АД свыше 20%) – 7,4% и 35% соответственно. По данным исследований, в последнее время показатели суточной вариабельности артериального давления, являющиеся крайними (райзеры и нон-дипперы с одной стороны, и овер-дипперы с другой) рассматриваются как значимые факторы риска развития патологии сердечно-сосудистой системы. При этом, отсутствие адекватного ночного снижения АД является весьма значимым независимым фактором риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Установлена четкая взаимосвязь между смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний и степенью снижения АД в ночные часы. Каждое 5%-ное увеличение соотношения ночь/день ассоциировалось с увеличением риска смерти на 20%, даже при нормальных суточных показателях АД. Кроме того, отсутствие адекватного снижения АД в ночные часы связано с воздействием патологического процесса на органы-мишени и может являться ранним индикатором формирования вторичных форм артериальной гипертензии. В результате полученных данных можно сделать вывод о возможности выявления ранних маркеров формирования угрожающих состояний сердечно-сосудистой системы у детей с различной патологией при помощи суточного мониторинга артериального давления.

## ПРОБЛЕМА НЕДООЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, СКРЫВАЕМАЯ ПОД ПОНЯТИЕМ «ВОЗРАСТНАЯ НОРМА»

*Бородулина Т.А., Панков Д.Д.*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Центр «Нейромед»*

С внедрением компьютерных технологий, возможность интерпретации результатов функциональной диагностики (включая электроэнцефалографию (ЭЭГ)) возросли многократно, как и возможность все более дифференцированно анализировать накопившийся в процессе работы с пациентами материал регистрации проводимых исследований, сопоставлять его с клинической информацией. Особенно актуально это при обследовании подростков,

у которых граница между нормой и патологией весьма условная. Например, считается, что артериальная гипотензия, это вариант конституциональной нормы, но насколько это действительно так, определенного ответа нет. Это объясняет, почему на сегодняшний день, заключение по данным, например, ЭЭГ обследования не всегда устраивает практикующих врачей, так как зачастую все выявленные особенности электроэнцефалограммы, за исключением эпилептиформных, трактуются, как вариант возрастной нормы. Такой бинарный подход к анализу результатов электроэнцефалограммы, направленный только на определения есть или нет эпилептиформные изменения, по данным нашего исследования является сужением возможностей данного функционального метода обследования ЦНС. В данном исследовании мы поставили перед собой цель изучить у подростков с артериальной гипотензией наряду с неврологическим статусом вариабельность биоэлектрической активности головного мозга с точки зрения вероятности выявления дисрегуляторных проявлений на том или ином уровне ЦНС. С этой целью нами было обследовано 208 пациентов с первичной артериальной гипотензией. Для решения задачи прогностической оценки течения артериальной гипотензии выделены три возрастные группы. Первую (основную) возрастную группу составили 130 пациентов подросткового возраста (от 10 до 18 лет включительно), из них 73,8% – девочки, 26,2% – мальчики. Вторую и третью (группы сравнения) составили соответственно: пациенты в возрасте от 20 до 39 лет (37 человек), и пациенты от 40 до 65 лет (41 человек). По результатам электроэнцефалографического обследования подростков с артериальной гипотензией на первое место выходили такие электроэнцефалографические феномены как: билатерально-синхронные генерализованные вспышки острых высокоамплитудных альфа-, тета- или дельта-волн, вспышки полифазных волн альфа- и тета-диапазонов, генерализованный альфа ритм. Такие проявления на ЭЭГ можно трактовать как дисфункциональные изменения на уровне неспецифических срединных структур головного мозга. Описанные ЭЭГ-феномены в детском и подростковом возрасте, обычно рассматриваются в качестве вариантов возрастной нормы, обусловленных физиологическим доминированием подкорковых структур над корой. Однако наше исследование показывает, что такой характер ЭЭГ, возможно, отражает конституциональные особенности подростков с артериальной гипотензией (являясь патогенетическим ядром для последней). В пользу этого предположения свидетельствует наличие аналогичных феноменов у обследованных нами взрослых пациентов с артериальной гипотензией. Статистическая обработка выявляемости данных ЭЭГ-феноменов у подростков и в группах сравнения (у взрослых) значимых различий не выявила, что подтверждает предположение об их преемственности в этих возрастных группах. Таким образом, выявленные на ЭЭГ у обследованных нами подростков феномены можно трактовать как дисфункциональные изменения на уровне неспецифических срединных структур головного мозга. Это позволяет с клинической точки зрения полагать существование у них начальных проявлений дисрегуляторного синдрома, что прогностический можно считать тревожным фактором, требующим к себе врачебного внимания. А потому и рассмотрение подобного варианта ЭЭГ в качестве «возрастной нормы» может привести к серьезной недооценке опасности формирующихся дисрегуляторных механизмов на ранних этапах, когда их коррекция может быть особенно эффективна.

## **ДОСТУПНАЯ СРЕДА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ НА БАЗЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ДГП № 94» ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ**

**Бухарина Л.Н., Рязанцева С.И., Соловьева Т.А.**

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 94» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва*

Вопросы государственной социальной политики в отношении людей с инвалидностью в последние годы становятся все более актуальными для Российской Федерации. Доступная среда – это создание всех условий для полноценной интеграции маломобильных граждан в общественную городскую жизнь. Главная цель – сделать жизнь детей с ограниченными возможностями намного более комфортной. Для этого необходимо создавать доступную среду для инвалидов комплексно. Обустройство и реализация безбарьерного пространства способствует изменению: детям-инвалидам будет легче адаптироваться к современному темпу жизни в городе и чувствовать себя счастливее.

Цель: показать важность создания доступной среды для особенных детей и их родителей в детской городской поликлинике.

Задачи. 1. Создать беспрепятственный доступ к объектам здравоохранения детей-инвалидов. 2. Повысить уровень доступности к медицинским услугам детей с ограниченными возможностями здоровья. 3. Оценить эффективность безбарьерной среды.

Материал и методы. В своей работе использовали Государственную программу Российской Федерации «Доступная среда на 2011–2020 года», «Паспорт доступности для инвалидов в общественных зданиях». Результаты. В ГБУЗ «ДГП № 94» Департамента здравоохранения Москвы создана доступная среда для особенных детей и их родителей. Дети с ограничениями здоровья могут беспрепятственно посетить врача, пройти в поликлинике необходимые сложные обследования, реабилитационные мероприятия. Созданы безопасные и комфортные условия на территории поликлиники. Все приспособления и услуги внутри здания доступны для использования инвалидами всех категорий. Безбарьерная и комфортная среда создана для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, незрячих или слабовидящих людей, для инвалидов по слуху. ГБУЗ «ДГП № 94» Департамента здравоохранения Москвы за активное участие в «Социальной интеграции инвалидов» была награждена грамотой префекта СЗАО.

## **ИЗУЧЕНИЕ БИОМАРКЕРОВ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С ГЛИКОГЕНОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Васильева Е.А. (1), Строкова Т.В. (1,2), Багаева М.Э. (1,2), Зубович А.И. (1), Павловская Е.В. (1), Сурков А.Г. (1), Таран Н.Н. (1,2), Прохорова И.В. (1)**

*1 Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии», Москва, 2 Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва*

Гликогеновая болезнь (ГБ) – тяжелое наследственное заболевание, характеризующееся метаболическими кризами, нарушениями минеральной плотности костной ткани.

Цель. Изучить биомаркеры костного ремоделирования у детей с ГБ. Материалы и методы. Обследовано 72 ребенка с подтвержденным диагнозом ГБ в возрасте 7 месяцев до 16 лет. В зависимости от типа заболевания пациенты были разделены на пять групп. В I группе – 6 детей с Ia типом ГБ в возрасте 3 [0,7; 12] лет, во II группе – 10 детей с Ib типом ГБ в возрасте 8,5 [1;16] лет, в III группе – 14 детей с III типом ГБ в возрасте 4 [2;13] лет, в IV группе – 5 детей с VI типом в возрасте 12,5 [6;14] лет, в V группе – 37 детей с IX типом ГБ в возрасте 5 [1;16] лет. Всем детям оценивали активность маркеров костеобразования и резорбции костной ткани в сыворотке крови: остеокальцин, C-терминальный телопептид сыворотки (b-CrossLaps), N-терминальный пропептид проколлагена 1 типа (P1NP).

Результаты. Выявлены достоверные различия концентрации остеокальцина и показателей b-CrossLaps у детей с различными типами ГБ. Установлено, что остеокальцин был значимо ниже при Ib (35,78 [16,23;73,75] нг/мл) и III типах ГБ (41,88 [169,1;511,2] нг/мл), по сравнению с детьми с Ia (58,12 [9,28;119,3] нг/мл, VI (81,36 [44,72;112,2] нг/мл), IX типами (62,46 [9,28;119,3] нг/мл),  $p < 0,01$ . Содержание P1NP было повышено у всех пациентов с ГБ. Однако у 2 детей с Ib типом заболевания данный показатель соответствовал норме. Концентрация P1NP в сыворотке крови у детей с Ib типом (220 [39; 634,5] нг/мл) была ниже, чем при других типах ГБ (Ia – 481,5 [39; 1056] нг/мл, III – 446,6 [254,2;836,6] нг/мл, VI – 695,9 [189,8;756,2] нг/мл, IX – 496,3 [209,5;1056] нг/мл),  $p > 0,05$ . Концентрация b-CrossLaps была повышена у 57 (79%) пациентов в общей группе детей с ГБ. Сравнительный анализ показал, что наиболее низкая концентрация b-CrossLaps в сыворотке зарегистрирована у детей с Ib (0,67 [0,34;1,29] нг/мл) и III типами (0,96 [0,51;1,53] нг/мл), по сравнению с пациентами с Ia (1,16 [0,34; 2,62] нг/мл), VI (1,43 [0,68;2,62] нг/мл) и IX типами ГБ (1,20 [0,44;2,42] нг/мл),  $p < 0,05$ . У пациентов с ГБ выявлена статистически значимая корреляция между остеокальцином, P1NP, CrossLaps. Концентрация остеокальцина прямо коррелировала с P1NP ( $r=0,60$ ,  $p=0,0000$ ), b-CrossLaps ( $r=0,79$ ,  $p=0,0000$ ), что свидетельствует об интенсивности костного ремоделирования.

Заключение. На основании полученных результатов можно говорить, что у детей с наиболее тяжелыми с точки зрения метаболической декомпенсации типами (Ib и III) имеется низкая интенсивность костного ремоделирования, что дает возможность выделять детей с высоким риском развития остеопороза и предупреждать его формирование.

## **УДВОЕНИЕ УРЕТРЫ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ**

**Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Демина А.М., Врублевский А.С.**  
*Научно-практический центр специализированной помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва*

Цель. Поделиться опытом и результатами лечения редкого порока развития уретры – врожденного заднеуретрально-промежностного свища (ВЗУПС).

Материалы и методы. В исследование включены результаты диагностики и лечения 26 детей с ВЗУПС описанные в зарубежной литературе за последние 50 лет с учетом собственного клинического наблюдения. Известно, что аномальное срединное сращение латеральных гребней уроректальной складки дает начало добавочному участку мочевого пузыря, который впоследствии индуцирует развитие полного удвоения уретры, или ВЗУПС. Больной, 3 лет, с рождения наблюдался по поводу свищевого хода в области промежности. Родители отмечали периодическое отделяемое из свища, схожее с мочой. Во время физического осмотра было



обнаружено крошечное отверстие диаметром около 1 мм на коже промежности на расстоянии 4 см впереди от анального отверстия по средней линии. При УЗИ перианальной области выявлена гиперэхогенная структура (свищевой ход), идущая в направлении задней уретры. Ретроградная уретрография в комбинации с микционной цистографией выявила свищевой ход между задней уретрой и кожей промежности. Выполнена уретроцистоскопия с введением метиленового синего через отверстие свищевого хода на промежности и отмечено поступление красящего раствора в простатической части уретры проксимальнее и правее семенного бугорка. Был верифицирован диагноз ВЗУПС.

В ходе оперативного вмешательства выполнен окаймляющий разрез вокруг свища. Диссекция производилась до тех пор, пока не осталось несколько миллиметров до открытия свища в простатическую часть уретры. Патологический ход первоначально имел направление в сторону прямой кишки, потом огибал левую половину бульбоспонгиозной мышцы и в завершении направлялся к месту открытия в простатической части уретры. Проксимальная часть свищевого хода была лигирована нитью vicryl 3-0, прошита и перевязана дополнительно дистально. Длина иссеченного участка составила 4,5 см, диаметр свища варьировал от 0,4 до 0,2 см и сужался в направлении промежности. Гистологическое исследование показало, что свищевой ход на всем протяжении выстлан многослойным плоским ороговевающим эпителием. В течение 1 года наблюдения после операции рецидив свища не наблюдалось. По данным УЗИ промежности патологических структур не выявлено. Мочеиспускание не нарушено.

Выводы. Врожденные заднеуретрально-промежностные свищи встречаются крайне редко. Представленное наблюдение соответствует II типу А 2, Y-образного удвоения мочеиспускательного канала, описанное Effmann (1979 г.). Отличие заключается в том, что при ВЗУПС имеет место нормально функционирующая дорсальная уретра и гипоплазированная добавочная вентральная уретра. Выполнение алгоритма обследования позволяет наиболее точно поставить диагноз, а иссечение добавочной вентральной уретры дает хороший результат.

## АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Вязова Л.И., Шенец С.Г., Мороз Е.А.*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

Состояние здоровья женщины во время беременности, воздействие различных факторов на ее течение может способствовать развитию перинатальной патологии у новорожденного ребенка.

Цель и задачи исследования. Выявить основные факторы перинатального риска у новорожденного ребенка.

Материалы и методы. Произведена выборка анамнестических данных из стационарных карт 122 женщин, родивших 69 доношенных и 53 недоношенных ребенка с перинатальной патологией (переведенных в дальнейшем на второй этап выхаживания в специализированные отделения). Роженицы были в возрасте от 17 до 41 года, у каждой третьей из них беременность была повторной. Вне брака беременность наступила у 47 (38,5%) женщин (каждая четвертая из них (25,5%) родила преждевременно), на врачебном учете по беременности не состояли 14 (11,5%) человек, тяжелым физическим трудом на производстве продолжали заниматься 22 (18%) беременных (5 женщин (22,7%) родили раньше срока). Отягощенный акушерский анамнез (выкидыши, аборты, внематочная беременность) имели 59

(48,4%) роженицы. У всех женщин в анамнезе отмечались различные соматические и хронические инфекционно-воспалительные заболевания. Настоящая беременность у большинства (76,2%) осложнилась воспалительными гинекологическими заболеваниями, причем у женщин, родивших раньше срока, они регистрировались в 3 раза чаще. У каждой второй (54,1%) наблюдалась угроза прерывания беременности, что потребовало госпитализации в стационар. Токсикоз первой половины беременности отмечался у 37 (30,3) женщин, причем чаще регистрировался у родивших в срок, а гестоз в 3 раза чаще осложнял беременность у преждевременно родивших матерей. Внутриматочную гипоксию плода выявили у 52 (42,6%) беременных (родивших 32 недоношенных и 20 доношенных младенцев). У каждой третьей женщины (27,9%) беременность осложнилась воспалительной патологией органов дыхания (бронхиты, пневмонии). Анемия беременных выявлена у 20 (16,4%) человек. Реже отмечались заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной систем (10,6%, 12,3%, 14,7% соответственно). У большинства беременных (78,7%) роды характеризовались осложненным течением. Преждевременное излитие околоплодных вод отмечалось у 19 человек (15,6%), длительный безводный промежуток был у каждой пятой роженицы. Слабость родовой деятельности развилась у 21 (17,2%) женщины. Родоразрешение плановым кесаревым сечением было выполнено в 15 (12,3%) случаях, по экстренным показаниям – 26 (21,3%) женщинам. Проведение реанимационных мероприятий в родзале потребовалось 12 (9,7%) новорожденным детям.

Выводы. 1. Чаще всего беременность осложнялась инфекционно-воспалительной патологией генитальной сферы (76,2%), угрозой прерывания (54,1%), внутриматочной гипоксией плода (42,6%), токсикозом первой половины (30,3%). 2. Из экстрагенитальной патологии чаще отмечались болезни органов дыхания (27,9%), анемия (16,4%), эндокринные заболевания (14,7%). 3. Каждая вторая беременная (48,4%) имела отягощенный акушерский анамнез. 4. У большинства женщин (78,7%) роды протекали с осложнениями. 5. Факторы социально-биологического риска (наступление беременности вне брака, отсутствие врачебного наблюдения во время беременности, тяжелый физический труд беременной на производстве) способствуют преждевременным родам.

## ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ

*Гаврютина И.В.*

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва*

Качественное и успешное оказание неотложной медицинской помощи детям подразумевает мультидисциплинарный подход к решению поставленных перед врачом задач. Оказавшись на месте событий, педиатр выступает не только в роли спасателя, но часто и в роли защитника маленького пациента от агрессии со стороны взрослых. Актуальность проблемы детского насилия подтверждается ростом числа зарегистрированных случаев жестокого обращения. Своевременное проявление настороженности со стороны врача к возможному несоответствию клинической картины и данных анамнеза может в дальнейшем обезопасить ребенка от грубого обращения, а иногда спасти жизнь. Детское насилие или жестокое обращение с ребенком все чаще становится причиной смертей детей и включает все формы физического и/или эмоционального



плохого обращения, сексуальное насилие, отсутствие заботы, пренебрежение, торговля или другие формы эксплуатации, способные привести или приводящие к фактическому ущербу для здоровья ребенка, его выживания, развития или достоинства в контексте отношений ответственности, доверия или власти. Несмотря на активную работу по предотвращению случаев жестокого обращения с детьми, актуальность проблемы остается. В настоящее время обозначены две основные перспективы работы. Первая – изучение открытого и явного насилия против детей. Вторая – анализ форм и причин неявного насилия, его последствий для развития детей и формирования негативных явлений в обществе: агрессии, жестокости, преступности. Необходимо раннее выявление случаев детского насилия с помощью четких критериев диагностики, а также своевременная профилактика, включающая информирование как врачей, так и детей о своих правах и обязанностях.

## СОТНОШЕНИЕ ДИСГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ УЧАЩИХСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ ШКОЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ

**Гончарова Г.А., Скоблина Н.А.**

*Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва*

Важнейшим критерием, отражающим состояние здоровья школьников, является уровень физического развития, поэтому особую значимость приобретают научные исследования, направленные на изучение физических и психофизиологических особенностей организма детей и подростков и их сравнительный анализ с позиций донозологической диагностики. Основной целью исследования было изучение взаимосвязи между показателями физического развития с состоянием нервно-психического здоровья учащихся в период школьного онтогенеза. Проведено проспективное комплексное исследование учащихся московских школ. Объем выборки составил 220 учащихся в каждом возрасте в течение школьного обучения. Для оценки состояния нервно-психической сферы использовался метод экспресс-оценки донозологических нервно-психических нарушений, основанный на комплексном опросе обучающихся, их родителей и классных руководителей. Сбор информации о симптомах нарушений здоровья обучающегося, включая особенности его самочувствия, самовосприятия и поведенческие проявления социального функционирования, проводился на основе комплексного индивидуального опроса по трем анкетам (7260 анкет). Анкета для обучающихся состояла из основных блоков, позволяющих оценить наиболее распространенные симптомокомплексы (СК) нервно-психических нарушений пограничного уровня с набором характерных для каждого из них симптомов: вегетативного, астенического, аффективного и личностных особенностей. Каждый СК представлен в % его встречаемости. Также мы учитывали раннюю перинатальную патологию (РПП). Анкеты анализировались с помощью программного обеспечения на основе бланково-компьютерной технологии путем сопоставления между собой ответов обучающихся, родителей и педагогов. Физическое развитие оценивалось по унифицированной антропометрической методике, основанной на региональных шкалах регрессии с использованием стандартного инструментария. Были

выделены группы с нормальным физическим развитием (НФР), с дефицитом (ДМТ) и избытком массы тела (ИМТ).

Сравнительный анализ гармоничности физического развития проводился в сопоставлении с состоянием нервно-психического здоровья учащихся на основе комплексной оценки по изучаемым симптомокомплексам. Анализ показал, что у учащихся с ДМТ (29,81%) вегетативные нарушения чаще встречались по сравнению с лицами с НФР (27,91%) и детьми с ИМТ (24,66%) ( $p < 0,05$ ), особенно значимы эти различия в группе девочек ( $p < 0,001$ ). Астеническая симптоматика чаще встречалась у учащихся с ДМТ в среднем в 39,49%: как у девочек (40,76%), так и у мальчиков (37,98%). Наименьшее количество астенических нарушений наблюдалось у учащихся с НФР и ИМТ. У учащихся с ДМТ астеническая симптоматика превалировала по сравнению с детьми с НФР на всем протяжении школьного онтогенеза, достигая в 5-8 классах значимых различий ( $p < 0,01$ ). Наибольшее количество аффективных нарушений наблюдалось у учащихся с ДМТ 27,56% по сравнению с лицами с НФР 23,70% ( $p < 0,01$ ) или ИМТ 23,05% ( $p < 0,01$ ). Эта тенденция наблюдалась в младшем ( $p < 0,05$ ) и особенно в среднем ( $p < 0,001$ ) школьном возрасте преимущественно у девочек. Личностные нарушения чаще встречались у учащихся с ДМТ (17,32%) по сравнению с лицами с НФР 12,38% ( $p < 0,01$ ), особенно у мальчиков. А у девочек – как с ДМТ – 13,95%, так и с ИМТ 15,04%, т.е. у лиц с дисгармоничностью физического развития. Динамические наблюдения показали, что наибольшее количество личностных нарушений наблюдалось у учащихся в средней школе с ДМТ 21,10%. РПП достоверно чаще встречалась у учащихся с ИМТ во всей выборке учащихся 28,16% по сравнению со школьниками с НФР 22,50% и ДМТ 23,58% ( $p < 0,001$ ), особенно у девочек. Дисгармоничное физическое развитие у школьников достаточно часто сочетается с достоверным ухудшением нервно-психического здоровья на протяжении периода обучения в школе. Наблюдаемые нарушения нервно-психического здоровья различны у учащихся с ДМТ и ИМТ и достигают значимых различий в пре и пубертатном периодах школьного онтогенеза. У учащихся с ДМТ значимо более часто встречается астеническая и аффективная симптоматика, а также личностные отклонения. У учащихся с ИМТ, с высокой значимостью чаще встречается РПП в анамнезе. Т. о., особенности физического развития могут быть использованы для выявления детей, предрасположенных к определенным нервно-психическим нарушениям.

## СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

**Гордеева Е.А., Гонтова Г.Т., Абрамов А.В.**

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Расстройство пищевого поведения (РПП) – это гетерогенная группа расстройств, встречающаяся при разных психических заболеваниях. Среди них наиболее частыми являются: нервная анорексия и нервная булимия. Нервная анорексия характеризуется осознанным ограничением в питании вплоть до полного отказа от еды, вызыванием после еды рвоты, приемом слабительных, диуретиков и чрезмерными физическими нагрузками. Нервная булимия характеризуется неутоляемым чувством голода, а в поведении доминирует постоянное переедание с последующим рвотным поведением или приемом слабительных и диуретиков. Актуальность исследования определяется ростом данной пато-

логии в последние годы, снижением возраста возникновения заболевания, несвоевременностью обращения к специалистам и, как следствие этого, утяжелением симптоматики.

Целью настоящей работы является анализ основных сопутствующих соматических осложнений у детей и подростков с расстройствами пищевого поведения. Пациенты с РПП, как правило, первично попадают на прием к педиатру или узким специалистам с соматическими жалобами или осложнениями основного заболевания. Соматические проявления при РПП не являются специфическими и зависят от индивидуальных особенностей конкретного пациента, наличия сопутствующей хронической патологии и «отягчающих факторов» (водная нагрузка или дегидратация, наличие рвотного поведения и прочее). Основные жалобы, предъявляемые на первичном приеме у педиатра, гастроэнтеролога – снижение аппетита, тошнота, изжога, отрыжка, рвота, тяжесть и боль в животе, запоры; у педиатра, кардиолога, невролога – слабость, утомляемость, головокружение, синкопальные состояния; у эндокринолога, гинеколога – нарушение менструального цикла, аменорея; у педиатра, нефролога – отеки, нарушение диуреза. По поводу выявленных изменений назначается курсовое лечение, однако эффект от терапии бывает временным либо отсутствует, так как не учитывается основная причина заболевания. На базе 5-го отделения ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения Москвы» проведен анализ анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных данных 84 пациентов с синдромом нервной анорексии и нервной булимии в возрасте от 9 до 17 лет, находившихся на стационарном лечении в 2018–2019 (5 месяцев) гг. с диагнозом по МКБ-10 F50.0-F50.3. В 2018 году в группе из 41 пациента более 70% поступили с тяжелой и умеренной степенью белково-энергетической недостаточности (БЭН), 10% с легкой степенью. Без дефицита веса поступило 19,5%. За 5 месяцев 2019 года проанализированы данные 43 пациентов с РПП. Из них более 50% госпитализированы с умеренной и тяжелой степенью БЭН, 21% поступили с легкой степенью. Без дефицита веса 25% подростков. Практически у всех пациентов выявилась сопутствующая соматическая патология. Основные нарушения диагностированы в работе ЖКТ. По результатам ЭГДС в 2018 году: К 29.9- 53,6%; К 21.0-31,7%; К 29.3-29.6-27%; К20.0-9,7%. В 2019 году: К 29.9-48,8%; К 21.0-20,9%; К 29.3-29.7-35%; К20.0-11,6%; К 29.8- 4,6%; К 26.7-2,3%. Среди сопутствующих соматических расстройств были изменения ритма сердца, слабость синусового узла, функциональные шумы, дисменорея, транзиторные изменения гормонов щитовидной железы. По данным наблюдений, длительность лечения детей с РПП в условиях психиатрического стационара для детей и подростков в среднем при умеренной и тяжелой степени БЭН составляет 2-3 месяца.

Выводы. 1. У 100% больных с нервной анорексией и нервной булимией выявлены нарушения деятельности ЖКТ. 2. При тяжелой степени БЭН растет количество осложнений в соматическом статусе. 3. Пациенты с нервной булимией без дефицита веса, но имеющие в течении длительного времени рвотное поведение, чаще обнаруживают ГЭР, эзофагиты, эрозивные изменения слизистой пищевода и желудка. 4. При умеренной и тяжелой степени БЭН увеличивается длительность стационарного этапа лечения. 5. Обращение за помощью на начальном этапе заболевания снижает риск развития вторичных соматоэндокринных нарушений. 6. Для своевременной диагностики РПП специалистам первого звена необходимо уточнять сведения из анамнеза об исходном весе, динамике его снижения, связи потери веса с психологическими установками подростка. 7. Значимость ранней диагностики РПП вызывает необходимость разработки четкой маршрутизации этих пациентов на этапе первичного обращения к врачам –специалистам.

## ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ПОДРОСТКОВ

*Грецов Е.М., Хитева А.Ю., Семенова Л.А.*

*Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва*

Актуальность. Коморбидность туберкулеза органов дыхания и сахарного диабета (СД) остается одной из главных проблем фтизиатрии. Это связано с тем, что оба заболевания являются сочетанными, взаимно утяжеляют течение и прогноз друг друга, приводят к длительному сохранению деструкции легочной ткани и формированию туберкулом. Это обуславливает необходимость комплексного лечения с применением клапанной бронхоблокации и/или хирургического вмешательства. В существующих нормативных документах нет научно обоснованных критериев, определяющих длительность лечения туберкулеза у данной категории детей.

Цель: показать возможность комплексного лечения с персонализированным подходом к определению длительности терапии после операции у детей и подростков.

Материал и методы. В когортное проспективное исследование за 2014–2018 гг., включены 7 подростков 16-17 лет с сопутствующим СД I типа. Проводилось микробиологическое исследование мокроты (трехкратно при поступлении и ежемесячно) с определением лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) молекулярно-генетическими и культуральными методами (ВАСТЕС MGIT-960). Рентгенологический контроль осуществлялся с помощью компьютерной томографии органов грудной клетки при поступлении и в динамике. Хирургическое вмешательство и/или клапанная бронхоблокация выполнялись на различных сроках лечения. Операционный материал изучался морфологическими и микробиологическими методами. Оценка результатов лечения проводилась через 1 год. В подростковом отделении ФГБНУ «ЦНИИТ» были разработаны критерии, определяющие длительность лечения пациентов после хирургического вмешательства. Терапия в течение 3 мес, назначается при: объеме операции до 2 сегментов; отсутствии роста МБТ из операционного материала; легкой или умеренной степени активности воспаления по данным морфологического исследования; отсутствии осложнений после операции; удовлетворительной переносимости препаратов; без посттуберкулезных изменений. Лечение в течение 6 мес. проводится: если объем операции более 2 сегментов; из операционного материала получен рост МБТ; умеренная/выраженная активность воспаления; неудовлетворительная переносимость препаратов; наличие посттуберкулезные изменения. В случаях этапных и экстренных операций длительность лечения составляла более 6 мес.

Результаты. У троих пациентов туберкулез выявлен впервые, четверо поступили на повторный курс лечения. При поступлении диагностированы: 6 – туберкуломы, 1 – инфильтративный с распадом, 1 – фиброзно-кавернозный. Бактериовыделители – 5, из них: у 2 – лекарственная чувствительность сохранена; 3 – множественная лекарственная устойчивость, 1 – широкая лекарственная устойчивость. Лечение: I стандартный режим – 2, индивидуальный – 5. Абацелированы: через 1 мес. – 3; через 2 мес. – 2; через 6 мес. – 1. Рентгенологическая динамика: формирование туберкуломы в исходе инфильтративного туберкулеза – у 1; рассасывание перикавитарной инфильтрации – 1; уменьшение туберкулом до крупных очагов – 2; отсутствие динамики при неэффективно леченных ограниченных

процессах – 4. Операции проведены у 5 пациентов: 4 – с туберкуломами, 1 – фиброзно-кавернозный туберкулез. На дооперационном этапе у 2 из 5 пациентов проведена клапанная бронхоблокация с положительным эффектом в виде закрытия полости распада в одном легком. Это позволило избежать этапной операции при двустороннем процессе. В 3 из 5 случаев из операционного материала получен рост МБТ. По морфологическом исследовании активность специфического воспаления: низкая – 1; умеренная – 3; выраженная – 1. Длительность лечения после операции: 3 мес. – 1; 6 мес. – 3, 12 мес. – 1. После завершения основного курса лечения у 1 пациента – рецидив.

Выводы. Лечение пациентов при сочетании туберкулеза и СД должно быть персонализированным и комплексным с применением как клапанной бронхоблокации так и хирургического вмешательства. Длительность терапии после хирургического вмешательства основана на разработанных критериях, что позволило сократить время приема лекарств.

## СОСТОЯНИЕ МАММОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННЫХ ДЕВОЧЕК ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

*Гуменюк О.И., Черненко Ю.В., Петрухина Е.А.*

*Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов*

Маммологическая помощь женщинам старше 18 лет включает регулярные осмотры гинекологами, проведение ультразвукового исследования молочных желез и рентгеновской маммографии. Соответствующая помощь девушкам моложе 18 лет регламентируется Приказом МЗ РФ № 572н (от 01.11.2012 г., с изменениями от 11.06.2015 г. и 12.01.2016 г.), в котором четко не прописан алгоритм и объем маммологического обследования в данной возрастной категории. В настоящее время ультразвуковое исследование молочных желез предложено внести в обязательный перечень обследований, проводимых в рамках ежегодных диспансеризации у девочек подросткового возраста (М.Л. Травина, 2019). Данное предложение находится на стадии обсуждения.

Цель. Оценить состояние маммологического здоровья девочек подросткового возраста. Пациенты и методы. Проведено анкетирование, осмотр и обследование 2533 девочек в возрасте 10-18 лет (средний возраст  $14,9 \pm 1,5$  года), учащихся средних общеобразовательных школ, учреждений начального и среднего профессионального образования. При анкетировании использовалась собственная анкета по оценке маммологического здоровья, включавшая вопросы о наличии постоянных и предменструальных болей в молочных железах (масталгий), травм молочных желез, наследственной отягощенности по патологии молочных желез. Обследование включало ультразвуковое исследование молочных желез, органов малого таза, щитовидной железы и другие лабораторные и инструментальные исследования (по показаниям).

Результаты. Маммологическое здоровье характеризовалось возрастом телархе 10-11 лет, наличием болезненности и асимметричности молочных желез в период роста у 52% школьниц; болезненностью в молочных железах перед менструацией у 45% и постоянными масталгиями – у 5% девушек. На травмы молочных желез указали 5% обследованных. Наследственная отягощенность по патологии молочных желез (мастопатия или дисплазия молочных желез) имела место у каждой третьей школьницы, по раку молочных желез – у 15% девушек. По данным ультразвукового исследования молочных

желез у четырех девушек выявлены фиброаденомы; у 26% – диагностирована дисплазия молочных желез (кистозная, фиброзная, железистая). Заключение. Поученные результаты свидетельствуют о распространенности маммологических заболеваний у девочек подросткового возраста и необходимости модернизации маммологической помощи в данной возрастной категории.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ УРЕТЕРОАППЕНДИКОПЛАСТИКА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ

*Демин Н.В., Кадыров З.А., Карасева О.В., Ладыгина Е.А., Горелик А.Л.*

*Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва*

Цель работы. Описать редкий клинический случай повреждения верхней трети правого мочеточника и замещением его червеобразным отростком у пациента 5 лет.

Материалы и методы. Пациент 5 лет был сбит легковым автомобилем и доставлен силами СМП в областную больницу, где было выполнено дренирование правой плевральной полости, лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости, люмботомия справа, ревизия правой почки, дренирование паранефральной клетчатки справа. Результаты. Пациент был госпитализирован в НИИ НДХИТ через 23 часа после травмы из областной больницы. По дренажу из правой плевральной полости отделяемого не было, по дренажу из паранефрального пространства справа – геморрагическое отделяемое с примесью мочи, по дренажу из малого таза геморрагическое отделяемое в просвете. Мочевой катетер функционирует, отходит свежая моча. При КТ исследовании выявлена травма верхнего полюса правой почки, признаки урогематомы незначительных размеров. При УЗИ отека, инфильтрации тканей окружающей почку справа, отграниченных жидкостных зон нет. По дренажу из паранефральной клетчатки отмечалось отделение мочи на вторые сутки до 950 мл, третьи и четвертые сутки по 250 мл, на 5 сутки отделяемое увеличилось до 400 мл. Ребенок был взят в операционную для проведения ретроградной уретерографии на которой был выявлен затек контрастного вещества за пределы мочеточника. При лапароскопии был выявлен полный отрыв мочеточника, попытка уретеропиелоанастомоза не удалась, мочеточник был фиксирован к лоханке 2 узловыми швами. Выполнена конверсия и установлена пиелостомы, которая через 3 месяца послеоперационного периода была заменена на нефростому в связи с ее нефункциональностью. Через 4,5 месяца после травмы была выполнена лапароскопия и заместительная уретероаппендикопластика верхней трети. Установлен внутренний стент на 2 месяца. После удаления стента верхняя треть мочеточника проходима, что подтверждено результатами урографии, МРТ. Через 3 месяца после операции отмечаются активные выбросы из мочеточника по данным УЗИ.

Заключение. Травматический отрыв мочеточника является редким повреждением у детей. При формировании стриктуры значительной протяженности верхней трети мочеточника и невозможности наложения уретеропиелоанастомоза диктует поиск нестандартных решений. Одним из них является лапароскопическая уретероаппендикопластика верхней трети, что было выполнено у данного пациента. В раннем послеоперационном периоде отмечается проходимость замещенного отдела мочеточника и сохранная функция почки. Отделенные результаты операции можно будет оценить в будущем.



## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ УРЕТРЫ У РЕБЕНКА 17 ЛЕТ

*Демин Н.В., Ладыгина Е.А.*

*Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва*

Цель работы. Описать редкий клинический случай пациента 17 лет с посттравматической венозной мальформацией уретры.

Материалы и методы. Пациент 17 лет, был доставлен в НИИ НДХиТ с жалобами на уретроррагию. На госпитальном этапе был проведен тщательный сбор анамнеза заболевания и жизни пациента, выполнен ряд дополнительных исследований: УЗИ полового члена, МРТ полового члена, уретроскопия, спонгиография.

Результаты. С возраста 3 лет у пациента отмечались жалобы на периодическую уретроррагию, по поводу чего он неоднократно находился на стационарном лечении. Каждый раз пациент получал консервативную терапию в виде катетеризации мочевого пузыря в течение 5–6 суток. В последнюю госпитализацию в связи с выраженными явлениями уретроррагии пациенту была выполнена уретроскопия, выявлен измененный участок слизистой с источником активного кровотечения и выполнена его коагуляция. При каждой госпитализации ребенку устанавливался диагноз: Травма уретры. При поступлении в НИИ НДХиТ пациенту был установлен уретральный катетер, на фоне чего явления уретроррагии не прекратились и диагностический поиск начался с уретроскопии, на которой был выявлен участок измененной слизистой, который был принят за посттравматический. Была продолжена консервативная терапия, но в связи с продолжающейся уретроррагией выполнено УЗИ и МРТ полового члена, которые не дали дополнительной информации. Также была выполнена спонгиография, на которой визуализирована патологическая сосудистая сеть губчатого тела в области пенископального угла. Повторная уретроскопия во время эрекции позволила выявить изменения в уретре и спонгиозном теле в виде расширенных, пролабирующих в просвет уретры сосудов спонгиозного тела, которые являлись источником кровотечения. При механическом сдавливании полового члена эти сосуды запусеивали. В связи с возрастом пациента, локализацией патологического образования и его распространенностью, с учетом возможных рисков и осложнений, нами было принято решение о хирургическом методе лечения. Ребенку было выполнено оперативное лечение – резекция губчатого тела уретры с сохранением адвентициальной оболочки. Заместительная уретропластика с использованием препуциального графта. В послеоперационном периоде в течение 10 суток пациент находился в стационаре с уретральным катетером. На контрольном обследовании, которое включало уретрограмму, уретроскопию и урофлоуметрию – не было выявлено каких-либо осложнений и рецидивов заболевания. Заключение. Венозная мальформация уретры является редкой аномалией и может быть причиной рецидивирующей уретроррагии и гематоспермии. Для установки окончательного диагноза может потребоваться большое количество дополнительных методов исследования, наиболее информативным из которых является уретроскопия. Существует много способов лечения и выбор должен зависеть от многих факторов: начиная от возраста ребенка до навыков специалиста, в связи с чем специалисты, занимающиеся лечением подобных аномалий, должны обладать широким спектром методов лечения, включая реконструктивные операции на уретре. Хирургический способ лечения, с учетом всех рисков, дает хороший результат.

## СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ, ВЫЯВЛЕННАЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ БЕЗ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ (ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА), НАХОДЯЩИХСЯ НА СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*Демина И.В., Славнова О.В., Бавыкина О.В., Белова Е.А., Хитрова Е.И.*

*Воронежская областная детская клиническая больница № 1, Воронеж*

Цель и задачи: изучить нозологическую структуру нарушений ритма и проводимости, выявленную у детей г. Воронежа и Воронежской области, находящихся на стационарном лечении в БУЗ ВО «ВОДКБ № 1» с перинатальным поражением центральной нервной системы в 2017–2018 гг.

Методы и материалы. Проанализированы истории болезни 86 пациентов с различными видами нарушений ритма сердца и проводимости, находящихся на стационарном лечении в БУЗ ВО «ВОДКБ № 1» с перинатальным поражением центральной нервной системы в 2017–2018 гг.

Результаты. Всего врачами детскими кардиологами в БУЗ ВО «ВОДКБ № 1» в 2017–2018 гг. пролечено 86 пациентов с нарушениями ритма сердца и проводимости из г. Воронежа и Воронежской области. При анализе нозологических форм выявлено, что основную массу в стационаре составили новорожденные с экстрасистолией (суправентрикулярная, вентрикулярная, политопная) 49 (57%). Вторую группу по частоте встречаемости составляли дети с нарушением проводимости по типу АВ-блокады I степени 11 (12,7%). Следующую группу по частоте встречаемости представляли дети с пароксизмальной тахикардией 9 (10,5%). Феномен CLC диагностирован у 7 новорожденных (8,1%). Одновременно по частоте 3 (3,5%) встречались такие нарушения ритма и проводимости как феномен WPW, эктопические ритмы, синдром слабости синусового узла. У 1 (1,2%) ребенка выявлено нарушение проводимости по типу АВ-блокады III степени. При анализе структуры нарушений ритма сердца и проводимости у детей первого месяца жизни без органической патологии (ВПС), находящихся на стационарном лечении с перинатальным поражением центральной нервной системы выявлено, что более половины (57%) составили новорожденные с различными видами экстрасистолии (суправентрикулярная, вентрикулярная, политопная). Нарушения ритма и проводимости такие как феномен WPW, эктопические ритмы, синдром слабости синусового узла, АВ-блокада III степени, встречались значительно реже (11,7%).

Выводы: 1) У детей г. Воронежа и Воронежской области, находящихся на стационарном лечении в БУЗ ВО «ВОДКБ № 1» с перинатальным поражением центральной нервной системы без органической патологии (ВПС) чаще всего выявляются различные виды экстрасистолии (суправентрикулярная, вентрикулярная, политопная) (57%). 2) Нарушения ритма и проводимости такие как феномен WPW, эктопические ритмы, синдром слабости синусового узла, АВ-блокада III степени, встречались значительно реже (11,7%). 3) проведение ЭКГ у новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы необходимо для выявления нарушений ритма сердца и проводимости и возможности назначения своевременного лечения.



## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА (ДЕФЕКТ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ВТОРИЧНЫЙ) В СОЧЕТАНИИ С ГЕАНГИОМАТОЗОМ У НОВОРОЖДЕННОГО

Демина И.В., Славнова О.В., Бавыкина О.В., Ельчанинова О.Е., Ситаева Н.В., Игринева Е.Н.

Воронежская областная детская клиническая больница № 1, Воронеж

Цель и задачи: проанализировать случай врожденного порока сердца: дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) в сочетании с гемангиоматозом у новорожденного.

Методы и материалы. Изучены истории болезни больного Д., 26.12.2018 г.р. Методы обследования: клинические, лабораторные, рентгенографические, функциональные (доплер эхокардиография (ДЭХО-КГ), электрокардиограмма (ЭКГ), рентгеновская компьютерная томография (РКТ) органов грудной клетки и брюшной полости в сосудистом режиме), магнитно-резонансная томография брюшной полости (МРТ).

Результаты. Ребенок родился от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания, анемией II половины, гестозом (отеки, артериальная гипертензия), хронической внутриутробной гипоксией плода. Роды I, 39 недель, экстренное кесарево сечение (преэклампсия). Масса тела при рождении 2 990 г, длина 55 см. В возрасте 5 суток ребенок был госпитализирован в отделение патологии новорожденных и недоношенных 2 (ОПНиН 2) БУЗ ВО «ВОДКБ № 1» с диагнозом множественные гемангиомы кожи и печени. ДЭХО-КГ – вторичный дефект межпредсердной перегородки (7 мм), дилатация правых полостей сердца. При повторных исследованиях на ДЭХО-КГ отмечалось нарастание правых полостей сердца, появление и нарастание легочной гипертензии, что обычно не наблюдается при небольшом ДМПП. У ребенка появилась одышка (частота дыхательных движений до 60 в 1 минуту), тахикардия (частота сердечных сокращений до 170 ударов в 1 минуту), в связи с чем назначена терапия сердечно-легочной недостаточности (фуросемид, спиронолактон, каптоприл) в возрастной дозировке. Однако эффекта от проводимого лечения не отмечалось. При обследовании общий и биохимический анализ крови, мочи без патологии. На ЭКГ ритм синусовый, вертикальное положение электрической оси сердца (ЭОС), перегрузка правых камер сердца. Рентгенограмма грудной клетки: пневматизация легочных полей равномерная. Легочный рисунок усилен, сгущен медиально справа за счет периваскулярных изменений, деформирован за счет гипертрофии. Очагово инфильтративные тени не выявлены. Куполы диафрагмы обычно расположены, четкие. Синусы свободны. Тень средостения не расширена. Сердце резко расширено в поперечнике, КТО 72% (норма 50-55%). Для исключения сопутствующей сосудистой патологии проведена РКТ органов грудной клетки и брюшной полости. Получено заключение: кардиомегалия, гипертрофия малого круга кровообращения. ВПС. Гепатомегалия, множественные очаговые образования печени (по характеру накопления контрастного вещества более вероятны гемангиомы). С целью уточнения диагноза, выяснения особенностей гемодинамики и морфологии было проведено МРТ брюшной полости, где выявлено наличие множественных объемных образований в обеих долях печени размером от 3х3 мм до 20х20 мм. В терапию ребенку был добавлен пропранолол (анаприлин) в дозе 2 мг/кг/сутки в 3 приема внутрь. На фоне проводимого лечения удалось минимизировать признаки сердечной недостаточности.

Выводы. Практический интерес данного наблюдения обусловлен сочетанием дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП)

с гемангиоматозом у новорожденного, анализом современных возможностей диагностики. Данный случай интересен тем, что своевременная диагностика и проведение необходимых исследований при этом диагнозе позволило стабилизировать состояние ребенка и определить тактику дальнейшего наблюдения и лечения.

## ЗАВИСИМОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ОТ МАССЫ ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ

Елецкая К.А.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, Москва

Введение. Зависимость различных физиологических показателей от массы тела уже давно является предметом пристального внимания со стороны зарубежных и отечественных специалистов. В частности, многими учеными отмечался положительный эффект нормализации веса в отношении кардиоваскулярных параметров (Nicoll R. et al, 2018; Zhao Y. et al, 2017). В ходе полового созревания, когда формируются и перестраиваются многие системы организма, отмечается высокая вариативность в показателях массы тела и других количественных величинах, отражающих функционирование органов и систем организма. В этом периоде закладывается фундамент будущего здоровья, и любые отклонения в развитии могут пагубно сказаться на жизни повзрослевшего человека.

Цель исследования. Показать зависимость значений артериального давления от массы тела среди подростков 11 и 15 лет в некоторых регионах РФ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на популяции школьников из 9 российских федеральных округов. В рандомном порядке были отобраны 2023 школьника, в числе которых были: девочки 11 лет – 553 человека; девочек 15 лет – 502 человека; мальчиков 11 лет – 504 человека; мальчиков 15 лет – 464 человека. У всех подростков измеряли массу тела, показатели систолического и диастолического артериального давления. Затем определяли отклонения от массы тела (SDS), которые интерпретировали следующим образом:  $\pm 1,0$  SDS – нормальные значения;  $< -1,0$  SDS – недостаточное питание;  $+1,0-2,0$  SDS – избыточная масса;  $+2,0$  SDS – ожирение.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что избыточная масса, включая ожирение, чаще наблюдались в возрасте 11 лет, нежели в группе 15-летних подростков. У девочек 11 избыточная масса и ожирение встречались, соответственно в 13,74% и 8,68% случаев, а в 15-летнем возрасте – 10,76% и 3,59%. У мальчиков 11 лет аналогичные показатели составили – 14,09% и 18,06%, а для 15-летних – 10,78% и 8,84% случаев. Количество девочек с дефицитом массы тела практически не отличалось по возрастам, а у мальчиков в 15-летнем возрасте дефицит массы тела был почти в 2 раза больше, чем в группе 11-летних, что составило, соответственно, 9,05% и 4,96% случаев. Значения повышенного артериального давления распределялись по весовым группам неравномерно, но в целом наблюдалась тенденция роста частоты повышенного АД при избыточной массе и ожирении. Во всех случаях наблюдалась достоверная корреляция между показателями давления и массой тела ( $p < 0,01$ ). При анализе зависимости систолического АД от массы тела, коэффициент корреляции Пирсона равнялся: для мальчиков 11 лет – 0,394; мальчиков 15 лет – 0,231; девочек 11 лет 0,330; девочек 15 лет – 0,228. Для диастолического АД коэффициент корреляции Пирсона составлял: для мальчиков 11 лет – 0,206; мальчиков 15 лет – 0,185; девочек 11 лет – 0,227; девочек 15 лет – 0,148. Как видно из приведенных значений, для систолического давления наблюдались

более высокие коэффициенты корреляции Пирсона по сравнению с диастолическим, и у 11-летних эти значения выше, чем для 15-летних. Последнее обстоятельство возможно связано с более высоким распространением избыточной массы тела и ожирения в группе 11-летних подростков.

**Заключение.** Анализ данных, полученных в ходе настоящей работы, позволил оценить распределение значений массы тела в популяции российских школьников в возрасте 11 и 15 лет. Несмотря на то, что в возрастные группы входили разные подростки, можно предполагать, что по мере взросления наблюдается динамика параметров в сторону относительного уменьшения массы тела: это явление, по мнению авторов проведенного исследования, связано с перестройкой систем организма в пубертатном периоде. В приведенном исследовании нами впервые, на большой популяции российских школьников была доказана взаимосвязь между значениями массы тела подростков и показателями артериального давления. Полученные результаты могут быть в дальнейшем использованы для разработки стратегии по улучшению здоровья школьников и молодежи.

## **МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ И ДРУГИМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПРОЯВЛЯЮЩИМИСЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

*Железого Е.А., Аверьянова Ю.В., Шумилов П.В., Макаров С.П., Петров Д.А.*

*Российская детская клиническая больница, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва*

**Цель.** Синдром короткой кишки (СКК) и гастроинтестинальные нейромышечные заболевания (ГИНМЗ), сопровождающиеся хронической кишечной недостаточностью (КН), характеризуются тяжелым течением, высокой частотой развития различных осложнений и значительной летальностью. У более 50% детей, страдающих данной патологией, выявляются метаболические болезни костной ткани (МБК) – осложнение мультифакторного генеза, приводящее к усилению инвалидизации. В данной работе мы представляем алгоритм превентивной терапии и лечения МБК у обозначенной категории больных.

**Методы:** за 12 летний период на базе отделения хирургии № 2 в РДКБ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова было пролечено 58 детей с СКК и 44 с ГИНМЗ в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Пациенты получали лечение в рамках нетрансплантологических видов медицинской помощи детей с кишечной недостаточности: хирургическое лечение (аутологичные реконструкции кишечника с энтеропластикой по методике STEP, реконструктивно-восстановительные операции на кишечнике); лечение в программе домашнего парентерального питания (ПП); медикаментозная терапия, направленная как на нивелирование симптомов КН, так и на стимуляцию интестинальной адаптации – использование синтетического аналога GLP-2 (глюкагоноподобный пептид-2) тедуглутид. Большое значение уделяли прогнозированию и превентивной терапии различных осложнений. Выраженный диффузный остеопороз, осложненный болевым синдромом, деформациями длинных трубчатых костей и патологическими переломами, были диагностированы у 24,5% детей. Диагностический алгоритм выявления МБК включал в себя

рентгенографию костей, денситометрию для пациентов старше 5 лет, мониторинг уровня витамина Д (25 (ОН)Д3), микроэлементов (кальций-фосфорный обмен, Mg, Zn, Al), уровень щелочной фосфатазы (маркер формирования кости), в некоторых случаях паратиреотропный гормон. Обязательным компонентом являлась оценка нутритивного статуса и анализ инфекционных осложнений. **Результаты:** в ходе нашей работы мы выявили положительную корреляцию между частотой и длительностью инфекционных осложнений (катетерассоциированные инфекции кровотока, кандидемия, ивазивный кандидоз, синдром избыточного бактериального роста и транслокации) и выраженностью МБК. Так же как коррелируют степень энтеральной толерантности и МБК. В зависимости от данных показателей, нутритивного статуса пациента, объема энтерального питания используем: 1) энтеральную дотацию препаратов нативных форм витамина Д3 в повышенной дозе от 2000 до 4500МЕ/сут; 2) парентеральное введение активных метаболитов витамина Д (25 (ОН)Д3) при сохранении низкого уровня витамина Д (<20нг/мл): препараты альфакальцидола или кальцитриола (инициальная доза 0,1 мкг/кг/сутки с 1 месяца жизни) курсом по 10 дней 1 раз в квартал; 3) энтеральная и/или парентеральная дотация кальция и фосфора: кальций 150-220 мг/кг/сут и фосфор 75-140 мг/кг/сут; 4) парентеральное введение жирорастворимых витаминных комплексов (Виталипид Н детский и Солувит Н), а также минеральных комплексов (Аддамель Н); 5) при выраженном процессе МБК – особенно при патологических переломах – парентеральное введение препаратов активных метаболитов витамина Д в сочетании с внутримышечным введением холекальциферола в нагрузочной дозе 100 тыс МЕ на 10 кг, в наиболее тяжелых случаях – с ингибиторами резорбции костной ткани – бисфосфонатами (Бондронат). Обязательными компонентами превентивной терапии и лечения являются: естественная инсоляция, адекватная физическая активность, индивидуально подобранный план реабилитации ЛФК «без боли» и физиотерапии (миостимуляции). Глобальная стратегия лечения МБК – восстановление энтеральной автономии с редукцией или отменой ПП, контроль инфекционного статуса.

**Заключение.** Дети с СКК и ГИНМЗ требуют междисциплинарного подхода и тщательного контроля за возможными осложнениями, в частности за МБК. Прогнозирование и превентивная терапия метаболических болезней костной ткани позволяют снизить процент патологических переломов, обуславливающих дополнительную инвалидизацию обозначенной группы больных, а также расходы, связанные с дорогостоящим длительным лечением и реабилитацией тяжелых форм МБК, что, несомненно, имеет большое клинико-экономическое и социальное значение.

## **ОСНОВЫ ПРАВОВОЙ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

*Зайцева Э.Г., Уткин С.А.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 131» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

В соответствии со ст.7, ст.20 Конституции Российской Федерации жизнь и здоровье человека признаются государством высшей ценностью. Увеличение продолжительности жизни, поддержание, а при необходимости, восстановление здоровья каждого человека являются не только положительными факторами внутрисоциальной стабильности, но и фундаментом экономического развития

государства. В Российской Федерации право на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в статье 41 Конституции. Реализация данного конституционного права на практике означает не только возможность для граждан, обратившихся за медицинской помощью, вступить в правоотношения с субъектами, участвующими в организации, обеспечении и непосредственном оказании медицинской помощи, но также возможность обеспечения законности и качества медицинской помощи. Оказание медицинской помощи обучающимся регулируется основными нормативными актами: Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Приказ МЗ РФ от 05.11.2013 № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». Современный этап развития российской правовой системы характеризуется значительным увеличением количества законодательных актов, регулирующих отношения в сфере охраны здоровья и осуществления медицинской деятельности. Осознавая особую роль медицинского работника при реализации гражданами права на охрану здоровья и медицинскую помощь, следует признать, что повышение уровня оказания профессиональной медицинской помощи населению во многом зависит от четкого определения правовой природы профессиональной деятельности, осуществляемой под контролем государства, осознания правового статуса медицинского работника и его роль в оказании медицинской помощи обучающимся в образовательных организациях. Вместе с тем, на фоне активно развивающихся общественных отношений в сфере медицинской деятельности, количество несистематизированных нормативных правовых актов, принимаемых Министерством здравоохранения РФ и иными органами исполнительной власти, касающимися сферы охраны здоровья, неуклонно растет. Высокий уровень конфликтности, неудовлетворенности качеством и условиями оказания медицинской помощи, возникающих в правоотношениях «медицинский работник-пациент/законный представитель пациента», «медицинский работник-органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья», «медицинский работник-образовательная организация», свидетельствует о назревшей необходимости расширенного информирования медицинских работников об их правах и обязанностях.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

*Зоркин С.Н., Беспалюк О.И., Туров Ф.О., Шахновский Д.С.  
Федеральное государственное автономное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр здоровья  
детей» Минздрава РФ, Москва*

**Введение.** Мочекаменная болезнь является распространенным заболеванием в педиатрии. По данным отечественных и зарубежных авторов частота заболеваемости достигает 100-110 случаев на 100 тысяч детского населения. В настоящее время существует большой выбор различных методов хирургического лечения мочекаменной болезни, которые отличаются по технологии и доступу. Приоритетным направлением в данной области является снижение инвазивности и травматичности при лечении.

**Цель.** Проанализировать результаты лечения детей с мочекаменной болезнью с использованием различных методов дробления.  
**Материал и методы.** Нами были оценены результаты лечения 657 пациентов с мочекаменной болезнью в период с 2006 по 2019 гг., в возрасте от 7 месяцев до 18 лет. Чаще всего камни почек обнаруживались в собирательной системе почки (лоханка, группы чашечек).

Также камни выявлялись в мочеточнике (35) и мочевом пузыре (9). В 550 случаях была выполнена дистанционная ударно-волновая литотрипсия, в 71 – открытая экстракция камня, в 22 – контактная литотрипсия (лазерная).

**Результаты.** Нами выполнены следующие оперативные вмешательства: дистанционная ударно-волновая литотрипсия: 550 (83,7%). Осложнений во время операции не было. В послеоперационном периоде у 7 (1,2%) пациентов отмечалось обострение пиелонефрита, что было купировано путем проведения антибактериальной и симптоматической терапии; у 12 (2,1%) пациентов отмечалась обструкция мочеточника, связанная со скоплением частей конкремента в предпузырном отделе мочеточника. В таких случаях проводилась эндоскопическая экстракция частей конкремента; у 11 (2%) пациентов отмечалась недостаточная дезинтеграция камня и сохранение крупных частей в прежнем месте, данные осложнения ликвидированы путем повторных сеансов литотрипсии. Открытая экстракция камней мочевых путей – 71 (10,8%). Были отмечены 3 (4%) осложнения при удалении камней мочеточника – травма стенки мочеточника, что было связано с воспалительными изменениями ткани в области нахождения конкрементов. Такой вид осложнений потребовал реимплантации поврежденного мочеточника. Контактная лазерная литотрипсия: 22 (3,3%). Во время операции у 1 (4,5%) пациента было отмечено повреждение стенки мочеточника, что потребовало стентирования мочеточника на срок до 2 месяцев.

**Выводы.** Наш опыт хирургического лечения мочекаменной болезни у детей показал высокую эффективность и безопасность дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Данный способ является актуальным в настоящее время. При этом развитие оборудования для эндоскопии и совершенствование хирургических навыков позволило вывести безопасность контактной лазерной литотрипсии на высокий уровень. Также, данный метод позволяет добиться полной фрагментации камней любого размера и физико-химических характеристик.

## К ВОПРОСУ О ДРЕНИРОВАНИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ПЛАСТИКАХ ЛОХАНОЧНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА

*Зоркин С.Н., Карпачев С.А., Туров Ф.О., Жамыничев Э.К., Беспалюк О.И.*

*Федеральное государственное автономное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр здоровья  
детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
Москва*

**Введение.** Накопленный опыт лапароскопических вмешательств на пиелоретральном сегменте подтверждает высокую эффективность метода в сочетании с малой травматичностью и значительно более коротким сроком реабилитации. Однако способ дренирования мочи, несмотря на значительное количество работ посвященных данной теме, остается предметом обсуждения как в открытой, так и в эндоскопической хирургии.

**Цель.** Улучшение результатов оперативного лечения и снижение осложнений при лапароскопических пиелопластиках у детей.  
**Материал и методы.** Выполнен анализ данных 81 пациента, которым была выполнена пиелопластика с использованием лапароскопической техники. Из 71 детей которым была выполнена первичная пиелопластика лапароскопическим методом причиной гидронефроза



был aberrантный сосуд выявлен у 23 (32,4%). Транспозиция aberrантного сосуда выполнена 2 (2,8%) детям, в остальных случаях расчленяющая пиелопластика по Hynes-Andersen. Дренирование собирательной системы выполнялось разными способами: внутренним стентом 19 (26,8%), пиелостомы 26 (36,6%), стент-пиелостомы (комбинированный пиелоуретеральный стент) – 22 (31%), бездренажно 4 (5,6%). Бездренажная методика выполнена в двух случаях при транспозиции сосуда, и в двух при расчленяющей пиелопластике. 10 детям выполнена операция по поводу рецидива гидронефроза, из них 6 ранее пиелопластика была выполнена люмботомным доступом. В 5 случаях причиной рецидива гидронефроза после открытых операций был aberrантный сосуд. 2 операции завершены на ранее установленных нефростомах, и у 8 пациентов дренирование пиелостомой.

Результаты. Из 19 детей с внутренним стентом у 2 (10,6%) детей, послеоперационный период осложнился дисфункцией стента и мочевым затеком, что потребовало повторного эндоскопического стентирования. В межгоспитальный период бессимптомная лейкоцитурия отмечена у 8 (42,1%) больных, у 1 (5,3%) ребенка был случай острого пиелонефрита, потребовавшая проведения антибактериальной терапии. Удаление стента выполнялось при повторной госпитализации через 1-2 мес. В группе детей с пиелостомами (48 пациентов) мочевых затеков, обострений пиелонефритов не отмечено. Нарушение проходимости стом устранялось промыванием. Пиелостома удалялась на 4-6 суток после проведения пробы с индигокармином. Стент пиелостомы удалялась на 7-12 сутки, в зависимости от интраоперационной ситуации. Бездренажные методики без осложнений.

Выводы. Использование лапароскопического доступа при оперативной коррекции гидронефроза в том числе и при рецидивных формах показал высокую эффективность благодаря сокращению послеоперационного периода, отсутствию потребности в наркотических анальгетиках, минимальному количеству интраоперационных и послеоперационных осложнений. Использование внутреннего стента более комфортно для пациента в послеоперационном периоде, однако может приводить к описанным осложнениям и требует повторной госпитализации. Бездренажная пиелопластика, возможно, с накоплением опыта, займет свое место в лапароскопической хирургии гидронефроза как и при открытых операциях. Пиелостома является наиболее надежным и управляемым способом дренирования верхних мочевых путей при пластике лоханочно-мочеточникового сегмента.

## ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ ФАКТОРАМИ ТРОМБОТИЧЕСКОГО РИСКА

*Ильина А.Я., Мищенко А.Л., Ахалова Е.А., Баринова А.С.,  
Запольская А.Н., Пичугина Е.А., Рыгалова А.Д., Соловьева И.В.  
Российский национальный исследовательский медицинский  
университет им. Н.И. Пирогова, Городская клиническая больница  
№ 52, Москва*

Актуальность. У новорожденных детей тромбозы встречаются в 40 раз чаще, чем в другие периоды детства. Особенности системы гемостаза с одной стороны и различные состояния перинатального периода гипоксического и инфекционного генеза с другой стороны, у новорожденных детей с наследственными факторами тромботического риска и определяют развитие у них различных тромботических осложнений.

Цель. Оценка состояния здоровья новорожденных детей с тромботическими осложнениями на фоне наследственных факторов тромботического риска.

Материалы и методы. Новорожденные дети с тромботическими осложнениями (n= 22) на фоне наследственных факторов тромботического риска (определение полиморфизмов генов системы свертывания крови и генов ферментов фолатного цикла молекулярно-биологическим методом, ПЦР).

Результаты. Частота диагностики полиморфизмов генов системы свертывания крови и генов ферментов фолатного цикла в генотипе у детей с тромботическими осложнениями представлена вариантами: PAI-I гомозиготный (81,8%), MTHFR гетерозиготный (63,6%), MTRR гомозиготный (33,3%) и гетерозиготный (54,5%), MTR гетерозиготный (45,5%), F XII, F XIII и GPIIIa (по 27,3% соответственно, гетерозиготные варианты), FGB гетерозиготный (50%), гомозиготный (18,2%), FV гетерозиготный (18,2%), ITGA2 гетерозиготный (9,1%). Патогенетически развитие тромботических осложнений у новорожденных детей с врожденными факторами тромботического риска основывается на воздействии триггерных факторов (в/у гипоксии и в/у инфекции) на сосудистую стенку с формированием локальной эндотелиопатии и с последующим нарушением микроциркуляции на фоне хронического ДВС-синдрома (церебральная ишемия, ангиопатия сетчатки, дыхательные расстройства и др.) на фоне наличия высокого потенциала свертывания крови: ПИ (55%), показатель которого превышал 140%, низкой антитромботической активности – АТ III (36%) с показателем от 40 до 50%, маркеров тромбинемии – РКМФ (55%) и маркеров фибринообразования – Д-Димеры (45%). Структура тромботических осложнений у новорожденных детей представлена сочетанным тромбозом нижней полой вены и почечных вен (45,5%) и в их числе с кровоизлияниями в надпочечник (20%); изолированным тромбозом почечных вен (45,5%) и в их числе с нефросклерозом и с кровоизлияниями в надпочечник (по 40% соответственно), а также тромбозом артерии правой почки (10%). Среди отдельных состояний перинатального периода у новорожденных детей с тромботическими осложнениями были: в 100% случаев внутриутробная гипоксия, ишемия мозга (90%) и ангиопатия сетчатки (90%), а также интранатальная асфиксия и функциональные нарушения ЖКТ (по 20% соответственно), недоношенность и задержка внутриутробного развития (по 10% соответственно).

Выводы. Несмотря на мозаичность проявлений нарушений в системе гемостаза, дети с генетически обусловленным риском нарушений системы свертывания крови и полиморфизмами генов ферментов фолатного цикла представляют группу повышенного риска по реализации тромбозов в случае наличия перинатальной гипоксии и инфекции в связи с прогрессированием хронических форм ДВС-синдрома и развитием коагулопатических тенденций, т.е. коагулопатии потребления. Клиническими эквивалентами которых у этих детей являются: церебральная ишемия (90%) и ангиопатия сетчатки (90%), на фоне перенесенной внутриутробной гипоксии у 100% детей, а также у каждого пятого ребенка интранатальная асфиксия (20%) и функциональные нарушения ЖКТ (20%). Выделение этих детей в определенную группу риска и является начальным этапом алгоритма обследования и лечения, направленных на профилактику тромбозов и геморрагий у новорожденных.



## ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ ПОЧКИ

**Иманалиева Ж.К.**

*Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Астана», Нур-Султан*

Актуальность. Несмотря на успехи трансплантологии, на сегодняшний день, посттрансплантационная анемия (ПТА) остается актуальной проблемой, являясь одним из частых осложнений после пересадки почки. По данным литературы, ПТА обнаруживается у 60-80% взрослых реципиентов с функционирующим трансплантатом как в раннем так и в позднем периоде трансплантации. По данным Yorgin at al. (2002), исследовавших ПТА в детской популяции, установлено, что 67% реципиентов почечного трансплантата были анемичными на момент трансплантации, а через 1 месяц после трансплантации распространенность анемии выросла до 84,3%.

Цель исследования. Изучить распространенность и факторы риска развития ПТА у детей после пересадки почки.

Материалы и методы. В рамках поставленных задач научного исследования, нами проведено ретроспективное и проспективное исследование 65 пациентов, в возрасте от 3 до 18 лет, после пересадки почки в период с 2012 по 2018 годы, проведенные в почечном центре ФКФ УМС «Национальный научный центр материнства и детства» г. Астана. Согласно рекомендациям KDOQI 2007 года (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) диагностика анемии у детей с ХБП после трансплантации почки, устанавливается при следующих концентрациях гемоглобина: у детей от полугодия до 5 лет жизни – ниже 110 г/л; у детей 5 – 12 лет – ниже 115 г/л; у детей 12 – 15 лет – ниже 120 г/л. Для определения степени тяжести анемии и адекватности реакции на нее костного мозга, мы использовали общепринятый метод определения в анализе крови уровня гемоглобина (Hb), эритроцитов, цветового показателя (ЦП). Для оценки состояния обмена железа у обследованных детей, мы использовали биохимические и гистохимические методы определения в крови уровней ферритина, сывороточного железа (СЖ), общей железосвязывающей способности (ОЖС), коэффициента насыщения трансферрина (НТС, ТСАТ). Дополнительно, мы оценили уровень СРБ, фолатов и витаминов B12 в сыворотке крови. Анализ основной, фильтрационной способности почек, проводился по уровню скорости клубочковой фильтрации (СКФ), который определяли по клиренсу эндогенного креатинина (по Шварцу). Результаты. Проведенная выборка показала, что среди обследованных нами 65 детей, посттрансплантационная анемия, в разные периоды после пересадки почки, отмечалась у 58 (89,2%) детей. Учитывая тот факт, что патогенез ПТА многофакторный, мы оценивали такие критерии как возраст, пол, характер донора, вес, инфекции, воспаление, влияние противомикробных и гипотензивных препаратов, дефицит железа, фолиевая кислота, витамина B12 и функцию почки. Вес, возраст, пол реципиента, характер донора, применение амлодипина и ко-тримаксола не оказали статистически значимого влияния на развитие ПТА. Однако факторами риска развития ПТА у детей оказались: инфекции в 38%, токсическое действие иммуносупрессивной терапии (13%) случаях, гипоплазия костного мозга с угнетением красного ростка кроветворения 3,5%, снижение функции почки в 33% случаях. По результатам проведенного анализа нами установлено, что из 58 детей с ПТА у 19% диагностирована анемия хронического заболевания, как одна из причин ПТА. Наиболее частой причиной развития ПТА в нашем исследовании оказалась железодефицитная анемия, которая развилась у 45 (77,5%) детей.

Самой редкой причиной ПТА оказалась фолиевая дефицитная анемия, которая установлена у 2 (3,5%) детей.

Выводы. Посттрансплантационная анемия у детей в различные временные периоды после пересадки почки, развивается, в среднем, в 89,2% случаев. Наиболее частой формой посттрансплантационной анемии является железодефицитная анемия (77,5% случаев), далее следует анемия хронического заболевания (19% случаев), и фолиевая дефицитная анемия (3,5% случаев). Факторами риска развития посттрансплантационной анемии после пересадки почки у детей являются инфекции вирусного и бактериального генеза (50,7% случаев), снижение функции почек (33,3% случаев), а также токсическое влияние иммуносупрессивной терапии (13,0% случаев) и гипоплазия костного мозга (3%).

## ГЕНО-ИНЖЕНЕРНАЯ БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ АРТРИТЕ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ С СИНДРОМОМ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**Каледа М.И., Никишина И.П., Салугина С.О., Федоров Е.С.**

*Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А.Насоновой», Москва*

Цель. Проанализировать все случаи синдрома активации макрофагов (САМ) при ювенильном артрите с системным началом (сЮА) у пациентов, получающих ГИБП.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включены все пациенты детского отделения с диагнозом сЮА, получающие ГИБП, у которых был диагностирован САМ на всем протяжении заболевания. Диагноз сЮА верифицировался в соответствии с классификационными критериями ILLAR 1997 года, диагноз САМ – в соответствии с критериями САМ, опубликованными в 2016 году [1]. Результаты. Включено 102 пациента с сЮА (59 девочек, соотношение девочек и мальчиков 4:3). Из них 29 пациентов (28%) соответствовали критериям САМ (18 девочек, соотношение девочек и мальчиков 5:3). Медиана возраста дебюта сЮА в общей группе пациентов составила 45,5 [26,0; 69,5] мес, в группе пациентов с САМ – 31,0 [18,0; 69,0] мес. Медиана продолжительности заболевания до начала терапии ГИБП составила в общей группе 26,5 [9,2; 62,3] мес, в группе пациентов с САМ – 11 [3,0; 30,1] мес. Число системных проявлений в общей группе – 3,9 [2,7; 4,5], при САМ – 4,8 [3; 6]. Среди всех пациентов с сЮА доля пациентов с типичной экзантемой составила 56%, среди пациентов с САМ – 100%. Число активных суставов на момент начала ГИБП в общей группе – 12 [5; 25], в группе с САМ – 8 [3; 18]. Всего было зарегистрировано 37 эпизодов САМ. Общее количество назначений ГИБП у этих пациентов составило 51 (тоцилизумаб – 28, канакинумаб – 9, анакинра – 2, ритуксимаб – 5, инфликсимаб – 4, этанерцепт – 2, абатацепт – 1). 24 пациента (82,7%) имели эпизоды САМ до начала терапии ГИБП (16 – в дебюте сЮА). Во время терапии ГИБП наблюдалось 13 эпизодов САМ (1 – анакинра, 1 – канакинумаб, 11 – тоцилизумаб), 5 из них – впервые. 8 эпизодов имели достоверную связь с нарушением схемы лечения, 2 – связаны с обострением сЮА, 2 – с острой респираторной инфекцией, 1 развился после хирургического лечения хронического остеомиелита ключицы. Первыми признаками САМ были яркая зудящая сыпь, снижение уровня тромбоцитов, высокий уровень триглицеридов. У пациентов, у которых развился САМ во время лечения ГИБП, реже отмечались эпизоды лихорадки, зафиксирован

более низкий уровень ферритина и СРБ в сыворотке по сравнению с пациентами, у которых САМ развился до начала применения ГИБП, никаких других различий в клинических проявлениях или лабораторных показателях не выявлено. Для лечения САМ применялись глюкокортикоиды (per os + iv) (100% пациентов), внутривенный иммуноглобулин (79,3%) и циклоспорин (48,3%). Летальный исход зафиксирован в 6,7% случаев (1,9% всех пациентов с сЮА), один из пациентов получал тоцилизумаб, 1 – канакинумаб с нарушением графика введений. 25 пациентов, перенесших САМ, продолжают лечение ГИБП после разрешения признаков САМ (тоцилизумаб – 19, канакинумаб – 6) с высокой эффективностью (более 70–90% ответа по критериям ACRpedi). Две пациентки прекратили лечение по организационным причинам.

Выводы. Для пациентов с сЮА и САМ характерен более ранний возраст дебюта, большее число системных проявлений, все пациенты из этой группы имели сыпь при меньшей активности суставного синдрома. Пациенты с сЮА и САМ в анамнезе требуют более раннего назначения ГИБП, что обусловлено большей активностью заболевания. Во время проведения терапии ГИБП у пациентов с сЮА необходимо учитывать вероятность отсутствия лихорадки и более низкого уровня ферритина и СРБ при развитии САМ. Достоверной связи между лечением ГИБП и повышенным риском развития САМ при сЮА в нашем исследовании не зафиксировано, но прослеживается закономерность развития САМ при нарушении протокола лечения.

[1] Ravelli A et al. (2016): 2016 Classification Criteria for Macrophage Activation Syndrome Complicating Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* Mar 2016, 75 (3) 481-489; DOI: 10.1136/annrheumdis-2015-208982

## КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ

*Кантемирова М.Г., Курбанова С.Х., Новикова Ю.Ю., Глазырина А.А., Азова М.М.*

*Российский университет дружбы народов, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва*

Болезнь Kawasaki (БК) является основной причиной приобретенных заболеваний сердца у детей. Отмечается рост заболеваемости в мире, в том числе в России. Диагностика БК основывается преимущественно на клинических данных. В настоящее время общепринятой гипотезой развития БК является гипотеза мультифакториального взаимодействия. К эндогенным факторам относятся: возраст (до 5 лет) и генетическая предрасположенность. В последние годы изучению генетических факторов БК придается особое значение с целью ранней диагностики, определения прогноза и эффективного лечения.

Цель. Изучение полиморфизмов генов восприимчивости, предикторов иммунорезистентности и поражения коронарных артерий (КА) у детей с БК.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 160 пациентов с БК в возрасте от 1 мес. до 10 лет 2 мес (Me = 19 месяцев [9; 38.5]) в период с 2014 г. по 2019 г. Соотношение мальчики:девочки – 2:1. Неполная форма диагностирована у 32 детей (20%). Иммунорезистентность к терапии внутривенным иммуноглобулином была диагностирована у 16 детей (10,5%). Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы острого и подострого периода отмечались у 63 детей (39,3%), в том числе аневризмы КА у 23 пациентов (14,3%). Всем детям проводились стандартные клинико-лабораторные обследования, электро- и эхокардиографию, по показаниям –

компьютерную томографию с внутривенным контрастированием, ангиографию. Генотипирование проводилось 30 пациентам с БК. Контрольную группу составили 30 детей, идентичные по возрасту и полу ( $\chi^2=2,50$ ,  $p=0,114$ ), без патологии сердечно-сосудистой системы. Исследование проводилось путем выделения геномной ДНК из цельной крови. Полиморфизм гена CRP определяли методом ПЦР (Терцик) с последующей электрофоретической детекцией. Полиморфизм гена VEGFA определяли методом Real-Time PCR на амплификаторе CFX-96, BioRad. Статистическую обработку результатов проводили с использованием прикладных программ Statistica 10 (Statsoft). Различия считались статистически значимыми при достигнутом уровне значимости  $p<0,05$ .

Результаты. У детей с БК частота встречаемости аллеля A1 гена CRP выше и составляет 71%, в то время как в контрольной группе 58%. Частота встречаемости мутантного аллеля A2 гена CRP у детей с БК составила 29%, а в контрольной группе этот показатель выше – 41,7%. Частота гетерозигот A1A2 статистически значимо выше у пациентов с БК (46,7%) по сравнению с контрольной группой (23,3%) ( $\chi^2=3,589$ ,  $p=0,054$ ). Следует отметить, что у пациентов с данным генотипом чаще отмечалось поражение КА. Гомозиготы A1A1 сопоставимы в группе детей с БК и в контрольной группе, составляя 46,7% и 43,3% соответственно ( $\chi^2=0,067$ ,  $p=0,795$ ). Гомозиготы A2A2 встречались при БК статистически значимо реже (6,7%), чем в группе контроля (30%) ( $\chi^2=5,455$ ,  $p=0,020$ ). Частота аллеля G гена VEGFA составила 32,3% и 28,3% у детей с БК и в контрольной группе соответственно. Частота мутантного аллеля C гена VEGFA также не отличалась у детей с БК (67,7%) и в группе контроля (71,7%). Геномные частоты (GG, GC, CC) полиморфизмов гена VEGFA не отличались у пациентов с БК и группы контроля ( $\chi^2=0,067$ ,  $p=0,796$ ), ( $\chi^2=0,271$ ,  $p=0,602$ ), ( $\chi^2=0,741$ ,  $p=0,389$ ), а также не было выявлено связи с риском поражения КА и иммунорезистентности.

Выводы. Наличие одного мутантного аллеля A2 в гене CRP (генотип A1A2) можно рассматривать как один из генетических факторов риска развития БК и формирования аневризм КА. Наличие мутантных аллелей A2A2 в гомозиготном состоянии в гене CRP может быть протективным по развитию БК.

## ПРОЕКТ «МОСКОВСКИЙ ВРАЧ» ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ»

*Картавцева Л.Р.*

*Главное контрольное управление «Дирекция по координации медицинских организаций» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Проект «Московский врач» – это важная часть нового этапа модернизации здравоохранения. Цель проекта – создание системы объективной оценки профессионального уровня и формирование стимулов для повышения квалификации врачей. Проверка наличия профессиональных навыков путем выполнения практических действий, в том числе с использованием симуляционного оборудования (тренажеров и (или) манекенов) и (или) с привлечением стандартизированных пациентов, проводится экспертной комиссией образовательной организации. Проведение проверки наличия профессиональных навыков осуществляется путем оценки правильности и последовательности выполнения специалистом поставленных перед ним практических действий. Банк практических действий по каждой медицинской специальности, утвержденной Департаментом для присвоения статуса «Московский врач», составляет не менее 300 практических заданий.

## ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА У ДЕТЕЙ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

*Кессель А.Е., Щедркина И.О., Петрайкина Е.Е., Кузьмина Е.В., Дроздова И.М.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Инсульт входит в 10 основных причин смертности для лиц в возрасте от 1 до 44 лет. Ишемический инсульт (ИИ) является инвалидизирующей патологией, тяжесть неврологического и когнитивного дефицита нарастает при повторных инсультах. Артериальный ИИ может рецидивировать у 6%-37% пациентов детского возраста [Fullerton H.J., De Schryver E.L., Chung B, Delsing V.J.P., Strater R], при этом риск возрастает в первые 6 месяцев после первого эпизода. Факторы риска для рецидива включают в себя наличие сосудистой патологии, тромбофилии, а также их комбинации. Ранее было показано, что васкулопатии увеличивали риск повторного инсульта только на фоне гиперлиппротеинемии и дефицита протеина С.

Цель. Оценить частоту и факторы риска развития повторных эпизодов ишемии у детей, перенесших ИИ.

Материалы и методы. В исследование включено 72 пациента, проходивших лечение в неврологическом отделении МДГКБ в остром периоде ИИ в период с 2013 по 2017 год. Возраст пациентов составил от 6 месяцев до 17 лет (в среднем 7,6 лет), по полу незначительно преобладали мальчики (55,5%). Период наблюдения составлял от 14 месяцев до 4 лет. Все пациенты обследованы по протоколу, используемому в Центре по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков и утвержденному Ученым Советом ГБУЗ «Морозовская ДГКБ Департамента здравоохранения Москвы». Рецидив ИИ диагностировался при появлении новой неврологической симптоматики (с оценкой тяжести по RedNIHSS) и выявлении при нейровизуализации «свежих» очагов ишемического поражения головного мозга в другом бассейне церебральных артерий или увеличение размеров очага ишемии в ранее пораженном артериальном бассейне, через 14 суток и более от момента диагностики первого ИИ. Методы обследования: клинический, лабораторный, ультразвуковой, радиологический.

Результаты. В нашем наблюдении рецидив ИИ был отмечен у 6 пациентов (8,3%). Из них у двоих выявлено формирование клинически «немых» очагов ишемии, подтвержденных только при нейровизуализации. У пяти из шести детей (83,3%) повторный инсульт возник в первый год после первичного ИИ. Среди наблюдаемых нами пациентов основными факторами риска были: артериопатия (n=3) и тромбофилия (n=3). При анализе возможных дополнительных причин рецидива отмечены: некомплаентность (отказ родителей от вторичной профилактики) у 1 пациента, смена терапии (переход с антикоагулянтов на антиагреганты) – 1 пациент. Транзиторные ишемические атаки отмечены у 22 детей (30,5%), при этом 16 из них имели признаки стенозирующих артериопатий. У 4 детей (из 72) отмечена клиническая картина хронической цереброваскулярной недостаточности, подтвержденная данными МР перфузии, которая в трех из этих четырех случаев была обусловлена прогрессирующей артериопатией с формированием синдрома мойя-мойя.

Заключение. В нашем наблюдении частота рецидива ИИ у детей составляет 8,3%, эпизоды проходящего нарушения мозгового кровообращения наблюдались значительно чаще, у трети пациентов. Наши результаты не отличались от ранее опубликованных международных данных. Самыми значимыми факторами риска

рецидива являлись тромбофилия и сосудистая патология (артериопатия). Полученные данные подчеркивают актуальность проблемы вторичной профилактики ИИ с разработкой протоколов лечения артериопатий.

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ГИПОФОСФАТЕМИЧЕСКИМ РАХИТОМ

*Кисельникова Л.П., Вислобокова Е.В.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова» Министерства здравоохранения России, Москва*

Гипофосфатемический рахит (ГФР, фосфат-диабет) – это группа прогрессирующих наследственных метаболических заболеваний с ведущим синдромом рахита. В результате мутации фосфат-регулирующего PHEX-гена, экспрессия которого выражена в том числе и на остеобластах и одонтоблестах, нарушается реабсорбция фосфатов в почечных канальцах. Недостаток фосфатов в раннем детском возрасте, когда процессы моделирования и ремоделирования кости происходят очень активно, приводит к нарушению минерализации костей и остеомалации. Те же факторы влияют и на процесс минерализации органического матрикса дентина зубов. Наиболее ярко выраженным стоматологическим проявлением болезни являются периапикальные абсцессы в области зубов с внешне интактной коронкой при отсутствии кариозных поражений и травмы в анамнезе. До сих пор подобные осложнения часто заканчиваются удалением временных и постоянных зубов пациентам с ГФР, что обуславливает стойкие морфофункциональные изменения в жевательном аппарате, неблагоприятно влияющие на деятельность органов пищеварительной системы и нарушающие эстетику лица, жевание и речь. Актуальность изучения морфологических особенностей зубов обусловлена поиском объективных критериев сниженной минерализации дентина и альвеолярной кости и выявление поражений зубов на ранних стадиях, что необходимо для планирования стоматологической реабилитации пациентов с гипофосфатемическим рахитом.

Цель исследования. Выявление морфологических особенностей зубов и ранняя диагностика поражений периапикальных тканей методами лучевой диагностики у пациентов с гипофосфатемическим рахитом для обоснования тактики стоматологического лечения. Материалы и методы. Нерепрезентативная неслучайная выборка представляла собой 34 пациента с генетически и биохимически подтвержденным диагнозом E83.3 Нарушения обмена фосфора. Гипофосфатемический рахит (MIM#307800). Для решения поставленной цели нами были использованы следующие лучевые методы: В клинике проводилась конусно-лучевая компьютерная томография и ортопантомография пациентов с ГФР, а в эксперименте проводилась рентгеновская микрофотография удаленных зубов пациентов с ГФР и здоровых детей того же возраста, с дальнейшей количественной сравнительной оценкой пористости дентина.

Результаты и выводы. По данным рентгенологического обследования у 27 из 34 пациентов были выявлены особенности строения зубов, характерные для гипофосфатемического рахита – широкая полость зуба с высоким расположением рогов пульпы до эмалево-дентинной границы. Периапикальные абсцессы при отсутствии кариозного поражения коронки зуба и травмы в анамнезе выявлены у 50% пациентов. Анализ данных КЛКТ среди пациентов 12-15 лет минеральная плотность коронкового дентина первых моляров в среднем составила 1392,1 HU и 1918,7 HU в группе ГФР и контр-



ольной группе соответственно (на 27,4% ниже). Минеральная плотность альвеолярной кости, измеренная в области бифуркации первых моляров верхней челюсти в среднем составила 212,2 НУ и 626,4 НУ в группе ГФР и контрольной группе соответственно (на 66,1% ниже), Минеральная плотность альвеолярной кости, измеренная в области бифуркации первых моляров нижней челюсти в среднем составила 212,6 НУ и 621,0 НУ в группе ГФР и контрольной группе соответственно (на 65,8% ниже). По данным рентгеновской микрокомпьютерной томографии в зубах пациентов с ГФР выявлены нарушения целостности эмали в виде трещин. В дентине визуализируется повышенная пористость (11,9% от общего объема дентина). Выводы. Применение современных методов лучевой диагностики в эксперименте и в клинике позволяет выявить морфологические особенности зубов, высокую пористость дентина, сниженную минерализацию альвеолярной кости, а также патологию периапикальных тканей. Полученные в исследовании данные должны приниматься во внимание врачом-стоматологом при планировании стоматологической реабилитации пациентов с гипофосфатемическим рахитом.

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Кисельникова Л.П., Цымлянская В.В.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения России, Москва*

Несовершенный остеогенез является клинически и генетически гетерогенным наследственным заболеванием соединительной ткани и скелета, которое характеризуется повышенной ломкостью костей и восприимчивостью к переломам вследствие травм. Основными клиническими проявлениями несовершенного остеогенеза в полости рта являются: полиморфизм, адентия, нарушение амелогенеза и дентиногенеза зубов, что приводит к функциональным изменениям в жевательном аппарате, нарушению эстетики лица, изменению речи. Актуальность исследования состоит в изучении особенностей стоматологического статуса детей с несовершенным остеогенезом, выявлении поражения зубов на ранних стадиях, что необходимо для планирования стоматологического лечения данной категории пациентов.

Цель исследования. Изучение особенностей стоматологического статуса детей с несовершенным остеогенезом.

Материалы и методы исследования. На кафедре детской стоматологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова были направлены из ФГАУ «Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей» Минздрава России на консультацию 15 пациентов, возрастом 3-14 лет, с подтвержденным диагнозом: Несовершенный остеогенез (МКБ – Q78.0). Был проведен клинический осмотр полости рта, сбор анамнеза. Состояние твердых тканей зубов оценивалось по индексам КП и КПУ, соответственно возрасту пациентов. Всем пациентам проводилась панорамная рентгенография.

Результаты. Из 15 обследованных детей с несовершенным остеогенезом средняя интенсивность поражения зубов составила 4,86, при распространенности 73,3%. Стоматологические проявления в виде несовершенного дентиногенеза зубов были выявлены у 8 детей (53,34%) в виде: • измененного цвета эмали – водянисто-серый оттенок временных и постоянных зубов; • стирание эмали и

дентина временных зубов с изменением цвета дентина до коричневого опалесцирующего; • аномалии строения пульповой камеры. Следует отметить, что при несовершенном остеогенезе I типа (5 детей) была выявлена облитерация пульповой камеры и корневых каналов, укорочение корней зубов. При несовершенном остеогенезе III типа (3 детей) отмечалась широкая пульповая камера и корневые каналы, их истончение.

Выводы. При изучении стоматологического статуса у детей с несовершенным остеогенезом определяется связь типа несовершенного остеогенеза с характером стоматологических проявлений, а именно: у детей с I типом несовершенного остеогенеза преобладает облитерация пульповой камеры и корневых каналов, укорочение корней зубов, у детей с III типом несовершенного остеогенеза – широкая пульповая камера и корневые каналы, истончение стенок корневых каналов, что важно учитывать при планировании стоматологического лечения. У детей с несовершенным остеогенезом в структуре индексов интенсивности кариеса преобладает компонент «кариозные зубы», что говорит о недостаточном уровне оказания им стоматологической помощи.

## НЕСОВЕРШЕННЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

*Коваленко М.С., Федин Д.А., Бегеза Е.М., Пилипенко Ю.Н., Недорезов В.А.*

*Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Областная детская клиническая больница им. Н.В.Дмитриевой, Рязань*

Актуальность. Несовершенный остеогенез (НО), osteogenesis imperfecta, болезнь «хрустального человека», болезнь Лобштейна-Вролика – редкое наследственное заболевание соединительной ткани и скелета, характеризующаяся хрупкостью костей, частыми переломами, костными деформациями, остеопорозом и нарушением костной микроархитектоники. Интеллект больных сохранен. Частота встречаемости 1 случай на 10-20 тыс. живорожденных, без гендерных и расовых различий. В современной классификации выделяют 15 клинических типов. Более 90% всех пациентов имеют мутации в генах коллагена COL1A1 и COL1A2, характерные для I-IV типов НО, характеризующиеся аутосомно-доминантным типом наследования (больше половины случаев – мутации de novo). В большинстве случаев, НО вызван доминантной мутацией генов в гене IFITM 5, локализованного на 11 хромосоме. Клинические проявления могут варьировать от легких случаев до тяжелых переломов уже во внутриутробном периоде. Основу лечения пациентов с НО составляет медикаментозная (бифосфонаты), хирургическая (интрамедуллярные штифты) и реабилитационная терапия.

Материалы и методы. Приводим клинический случай ребенка с несовершенным остеогенезом. Ребенок Т., поступила в отделение патологии новорожденных ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой» в возрасте 4 часов жизни с диагнозом: несовершенный остеогенез, закрытый перелом правого бедра в средней трети со смещением. Ребенок от 4 беременности, протекавшей с анемией и гестационным сахарным диабетом в 3 триместре, матери 37 лет. Данный ребенок в семье четвертый, у девочки 2008 года рождения также диагностирован несовершенный остеогенез, два других ребенка 14 и 6 лет здоровы. Роды на 39 неделе, самопроизвольные в затылочном предлежании. Вес 3 980 грамм, Рост 56 см, о. головы 36 см, о. груди 35 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. При поступлении состояние тяжелое за счет основного заболевания, болевого синдрома. При пальпации в области правого бедра крепитация, ребенок беспокоен,



кричит. На рентгенограмме бедра определяется перелом диафиза с угловой деформацией и захождением костных отломков. Выполнена попытка закрытой ручной репозиции, наложены 2 фиксирующие гипсовые лонгеты. На последующих контрольных рентгенограммах через 16 дней сохраняется выраженное смещение костных отломков. Учитывая характер перелома и степень, была предложена операция устранения смещения и репозиции с последующим остеосинтезом металлическим штифтом. Однако родители, имея опыт лечения первого ребенка с несовершенным остеосинтезом и после консультации со специалистами НЦЗД г. Москвы от операции без предварительной медикаментозной терапии отказались. Через 16 дней на месте перелома сформировалась «костная» мозоль, лонгета снята, ребенок выписан домой с последующим обследованием в ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей». При генетическом обследовании у ребенка выявлен НО 3 типа, ребенку была инициирована курсовая терапия бифосфонатами. В настоящее время ребенку 1,5 года, ходит с 1 года 3 месяцев, переломы не повторялись.

**Выводы.** Основу ведения пациентов с НО составляет междисциплинарный подход, направленный на увеличение двигательной активности, профилактику переломов, социальной адаптации. Требуется согласованное и тесное взаимодействие акушеров-гинекологов, неонатологов, ортопедов-травматологов со специалистами ведущих центров, работающих с такими детьми для выработки правильной тактики ведения пациентов.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО ГЕНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА HELSMOORTEL-VAN DER AA У ПАЦИЕНТКИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*Кожанова Т.В., Жилина С.С., Мещерякова Т.И., Лукьянова Е.Г., Осипова К.В., Айвазян С.О., Пртыко А.Г.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Департамента здравоохранения города Москвы, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава, Москва*

Расстройства аутистического спектра (РАС) характеризуются дефицитом социального общения и взаимодействия, расстройством поведения и ограничением интересов повторяющимися действиями (стереотипии, ритуалы). Генетическая причина может быть подтверждена только у малой доли пациентов (хромосомные aberrации и мутации в генах, ассоциированных с РАС). Впервые в России представляется клиническое наблюдение пациентки с задержкой психомоторного и речевого развития, нарушением поведения и выявленной мутацией в гене ADNP. В психоневрологическом отделении наблюдалась девочка, 3 лет, с диагнозом эпилепсия криптогенная генерализованная, эпилептическая энцефалопатия, задержка психомоторного и речевого развития. Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, вес при рождении 4550 г., рост 53 см, Апгар 8/9 баллов. Дебют заболевания в 3 месяца эпилептическими приступами по типу тонических спазмов и регрессом психомоторного развития. У пациентки осмысленный контакт затруднен, гиперактивна, действует по собственной мотивации, речи нет, формируется жестовый диалог, навыков самообслуживания и опрятности нет, гипотония. Фенотипические особенности – низкий рост волос на лбу в области латеральных

отделов, выступающие надбровья, нависающие веки, короткие глазные щели, эпикант, миндалевидный удлинненный разрез глаз, короткий широкий нос, вздернутый кончик носа, утолщенные ноздри, короткий фильтр, вздернутая верхняя губа, опущенные книзу углы рта, пухлые губы и щеки. МРТ головного мозга патологии не выявлено. ЭЭГ-модифицированная гипсаритмия. Принимает окскарбамазепин ламотриджин, вальпроевую кислоту. Достигнута медикаментозная ремиссия. В 5 лет: речи нет, игры примитивные, стереотипии. Проведено таргетное экзомное секвенирование панели генов «Наследственные эпилепсии». Выявлен ранее не описанный вариант нуклеотидной последовательности в гене ADNP в гетерозиготном состоянии, приводящий к сдвигу рамки считывания начиная с 1017 кодона (p.Ala1017fs). Мутации в гене ADNP в гетерозиготном состоянии описаны у пациентов с синдромом Helsmoortel-Van der Aa OMIM:# 615873). Частота выявленного варианта нуклеотидной последовательности в контрольной выборке gnomAD составляет 0,0008216%. Так как выявленный вариант нарушает синтез полноразмерного белка, его следует расценивать как вероятно патогенный вариант, который может иметь отношение к фенотипу пациента.

**Заключение.** Впервые представлен клинический случай редкого генетического синдрома Helsmoortel-Van der Aa у пациента с эпилепсией, задержкой психомоторного и речевого развития, обусловленной мутацией в гене ADNP, играющим значимую роль в дифференцировке нейрональных/глиальных клеток. Мутации в ген ADNP являются генетической причиной расстройств аутистического спектра у 0,17% пациентов.

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ИСХОД И РЕЦИДИВЫ ПОСЛЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ

*Комарова И.Б., Зыков В.П., Сафронов Д.Л., Шулешко О.В.*  
*Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва*

**Введение.** Заболеваемость артериальным ишемическим инсультом (АИИ) варьирует от 1,2 до 7,9 случаев на 100000 детей в год (Ciroud M. et al, 1995; Зыков В.П. с соавторами, 2005; Mallick A.A. et al, 2014). Частота смертельных исходов достигает 14%, частота рецидивов – 15% (Simonetti G.B. et al, 2015; Fullerton H.J. et al, 2016). Неврологический дефицит сохраняется в среднем у 70% больных (Simonetti G.B. et al, 2015; Nasiri J. et al, 2016), примерно четверть пациентов инвалидизирована (Elbers J. et al, 2008). При этом не вполне ясно, от чего зависят тяжесть функционального исхода и риск рецидива.

**Материал и методы.** Включено 83 ребенка (возраст 1,5 месяца – 15 лет, средний возраст 4,5 года), перенесших верифицированный АИИ. Продолжительность катмнеза варьировала от 1,5 месяцев до 14 лет (в среднем 31,29 месяц). Анализировали функциональный неврологический исход к окончанию индивидуальных сроков наблюдения, через год и через 5 лет после инсульта, определяли частоту рецидивов к окончанию индивидуальных сроков наблюдения, в течение 100 дней после инсульта и после 100 дней после инсульта, предикторы неблагоприятного исхода и рецидивов, изучали частоту смертельных исходов. Для оценки функционального исхода использовали шкалу PSOM (Kitchen L. et al, 2008); также учитывали случаи постинсультной эпилепсии, способность к самообслуживанию и возвращение к образу жизни, типичному для возраста.

Результаты. К окончанию индивидуальных сроков наблюдения у 30,12% пациентов наблюдался благоприятный исход, у 46,99% – относительно благоприятный и у 22,89% – неблагоприятный (PSOM $\geq$ 2) исход. Эпилепсия развилась у 14,46% больных. Через год после дебюта двигательные расстройства отмечались у 69,2%, нарушения речи – у 25%, поведенческие и когнитивные расстройства – у 25%, эпилепсия – у 13,46% больных. Самообслуживание было доступно для 86,54% пациентов. Образ жизни, типичный для возраста, вели 69,2% больных. Инвалидизация отмечена в 17,3% случаях. Через 5 лет функциональный исход оказался сопоставим с таковым через 1 год. В регрессионном анализе связь с неблагоприятным исходом показали гипертермия (ОШ 13,49), кома (ОШ 15,75), корковые (ОШ 7) и трансмантийные инфаркты (ОШ 18). В отношении эпилепсии значимость выявлена для судорог острого периода (ОШ 22,96), корковых инфарктов (ОШ 2,29) и контрастирования стенок церебральных артерий (ОШ 5,6). Все первые рецидивы АИИ случились в пределах 2 лет 3 месяцев, накопительная частота их составила 24,2%. Наиболее неблагоприятным периодом был первый год, а в течение первого года – 100 дней (доля рецидивов, соответственно, 75% и 56,25%). Накопительная частота рецидивов для CASCADE 1D составила 25%, для CASCADE 2 – 30,5%, для CASCADE 3 – 100%, для CASCADE 4A – 17%, для CASCADE 5 – 20%, для АИИ, ассоциированного с лентикюлостриарной вазопатией и легкой травмой головы – 25% и для АИИ неустановленной этиологии – 25%. У больных CASCADE 3 рецидивы были многократными. Смертельный исход отмечен у 2,4% пациентов. Заключение. После АИИ инвалидизация отмечается в 22,89% случаев. Функциональный исход через год сопоставим с таковым через 5 лет. Предикторы неблагоприятного исхода: гипертермия, кома, корковые/трансмантийные инфаркты. Предикторы эпилепсии: судороги острого периода, корковые инфаркты и контрастирование стенок артерий. Ожидаемая частота рецидивов – 24,2%. 56,25% рецидивов случается в течение 100 дней и 75% – в течение года. Вероятность рецидива определяется типом инсульта. Самым злокачественным является CASCADE 3.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

*Коровин С.А., Дзядчик А.В., Любанская С.Ю., Соколов Ю.Ю.*  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»; Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Цель работы. Оценить эффективность лапароскопических технологий в группе больных с острой ишемией органов брюшной полости. Актуальность: вопросы оказания экстренной хирургической помощи детям являются приоритетными в детской хирургии.

Материалы и методы. В клинику с 2009 по 2018 годы было прооперировано 138 больных с острой ишемией органов брюшной полости (ОИ ОБП): перекрутами придатков матки (ППМ) (77), первичным перекрутом сальника (ППС) (32), синдромом мальротации (СМ) (22), перекрутами дивертикула Меккеля и червеобразного отростка (ПДМ, ЧО) (5), перекрутами селезенки (ПС) (2). Возраст больных был от 1 месяца до 18 лет.

Результаты и обсуждение. Многообразие клинических проявлений острой ишемии органов брюшной полости было обусловлено нозологиями внутри группы больных и сроком заболевания. Пациенты

были структурированы по виду ишемии (острой и рецидивирующей), по форме (органной и мезентериальной) и в соответствии с клиническими стадиями заболевания (I «начальных клинических проявлений»; II «ярких клинических проявлений», III «потенциальных осложнений»). Острая форма ишемии стала характерной для больных с ППМ, ППС и ПДМ, ЧО и была отмечена в 134 (97,1%) наблюдениях. Рецидивирующая форма ишемии стала типичной для больных с СМ и была отмечена в 4 (2,8%) наблюдениях. Органная и мезентериальная форма ишемии были отмечены соответственно в 80 (57,9%) и в 58 (42%) наблюдениях. Для большинства больных синдромальной группы характерным стала госпитализация, преимущественно, во II ой и III ей стадиях заболевания соответственно в 67 (48,6%) и 51 (36,9%) наблюдениях ( $p < 0,05$ ). Виды и объем выполненных оперативных вмешательств находились в зависимости от анатомических характеристик, вовлеченных в патологический заворот органов брюшной полости и клинической стадии заболевания. В группе 77 больных с ППМ лапароскопическая деторсия ПМ была успешной в 76 (98%) наблюдениях, ограничения были обусловлены значительными размерами кистозно измененного яичника у больной грудного возраста. В группе 32 больных с ППС лапароскопическая резекция сальника была выполнена в 31 (97%) наблюдении. Конверсия была выполнена при тотальном перекруте органа в 1 (3%) наблюдении. В группе 22 больных с СМ лапароскопическая операция Ледда была успешной в 12 (54,6%) наблюдениях. Ограничения в 10 (45,5%) наблюдениях были обусловлены анатомическими проявлениями порока кишечника и ишемическими нарушениями. В группе 5 больных с ПДМ, ЧО лапароскопические вмешательства были успешными в 3 (60%) наблюдениях. Конверсии в 2 (40%) наблюдениях были связаны с развитием запущенных форм перитонита. В группе 2 больных с ПС были выполнены лапароскопические деторсии и спленопексии. Выводы. Лапароскопические технологии в группе больных с острой ишемией органов брюшной полости были эффективными в 124 (89,9%) наблюдениях. Ограничения для эндохирургических вмешательств в синдромальной группе больных имели «специфический» характер для отдельных нозологий, а также находились в зависимости от клинических стадий острой ишемии.

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

*Коровин С.А., Туманян Г.Т., Донской Д.В., Акопян М.К., Дзядчик А.В., Соколов Ю.Ю.*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой Департамента здравоохранения Москвы; Детская городская клиническая больница Св. Владимира Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Цель работы: определить эффективность лапароскопических вмешательств у детей с перфоративными гастродуоденальными язвами. Материалы и методы. С 2010 по 2017 г. с перфоративными гастродуоденальными язвами было оперировано 24 больных в возрасте от 2 до 18 лет. При поступлении были проведены ультразвуковое исследование (УЗИ) и обзорная рентгенография брюшной полости. Оперативное лечение предусматривало выполнение лапароскопии, в ходе которой определяли рациональный вид оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение. С остро возникшим болевым абдоминальным синдромом было госпитализировано 19 (79%) больных. Развитие перфоративных язв на фоне длительной терапии по поводу интеркуррентных заболеваний было отмечено у 5 (20,8%) больных. Средний возраст больных составил  $12,5 \pm 5,3$  года. Догоспитальный период длился в среднем  $26 \pm 16$  ч. Состояние больных при поступлении было тяжелым в 16 (66,7%) наблюдениях. В клинической картине превалировал выраженный болевой абдоминальный синдром в верхнем этаже брюшной полости. В ходе рентгенологического исследования брюшной полости свободный газ под диафрагмой обнаружен у 12 (50%), а признаки динамической кишечной непроходимости – у 7 (29%) больных. При УЗИ брюшной полости ультразвуковые показатели «ургентности» были выявлены в 21 (87,5%) наблюдениях, а свободный газ под передней брюшной стенкой – у 8 (33,3%) больных. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв было успешным в 19 (79%) наблюдениях. Конверсии выполнили в 3 (12,5%) случаях, «открытие» оперативные вмешательства – у 2 (8,3%) больных при тяжелом состоянии пациента (2) и слабой подготовленностью хирурга в области лапароскопических технологий (3).

Выводы. С учетом клинко-инструментальных данных дооперационный диагноз перфорации полого органа может быть установлен в 79% наблюдений. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв может быть эффективным у 79% больных.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

**Кошурникова А.С., Терещенко С.Г., Ермилова Е.А.**

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой» Департамента здравоохранения Москвы, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского», Москва*

Цель исследования. Улучшить результаты лечения детей с инородными телами ВО ЖКТ и снизить риск вероятности развития кровотечения после извлечения ИТ.

Материалы и методы исследования: работа основана на анализе результатов обследования и лечения 379 детей с инородными телами ВО ЖКТ, поступивших в отделение детской хирургии ГБУЗ ДГКБ им. З.А. Башляевой Департамента здравоохранения Москвы и ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского за период с 2016 по 2018 гг. Возраст пациентов от 7 месяцев до 12 лет, девочек – 123 (32%), мальчиков – 256 (68%). Сроки поступления в стационар от момента попадания инородного тела в ВО ЖКТ от 2-х часов до 14 суток. Для определения локализации ИТ ВО ЖКТ и выявления предполагаемых осложнений детям выполнялось рентгенологическое обследование органов грудной и брюшной полости, в некоторых случаях с использованием водорастворимого контраста Ультравист, введении 1:2. Эндоскопические исследования проводили в условиях операционной под общей анестезией на видеондоскопических системах. Для извлечения ИТ использовались разнообразные инструменты (экстракторы типа «крысиный зуб», «аллигатор», петли, корзинки Dormia, и т.д.) Для профилактики и остановки кровотечения возникшего при извлечении инородного тела использовали гемостатическое средство Гемоблок в количестве 20-60 мл. Применяли метод

орошения источника кровотечения. Гемостаз достигался на 1-2 минуте.

Результаты. В 88% (334 человека) случаях ИТ были извлечены эндоскопическим путем, у 10,5% (40 детей) ИТ вышли естественным путем, в 2% случаев (5 детей) были прооперированы из них 1 ребенок погиб. Клинические проявления: бессимптомное течение у 100 человек (26%), выраженная симптоматика – дисфагия, слюнотечение, тошнота, рвота, боли за грудиной, боли в животе у 279 больных (74%). Характер жалоб зависел от вида, уровня локализации, фиксации, времени пребывания ИТ в ВО ЖКТ. По локализации в ВО ЖКТ ИТ: в пищеводе на уровне физиологических сужений выявлены у 65 (17%) детей, в желудке у 301 (80%), в ДПК у 13 (3%). Множественные ИТ диагностированы у 31 (8%) пациента. По патологическому воздействию на стенку органа (Ионов Д.В. 2015г) ИТ распределились следующим образом: Инертные инородные тела (ИИТ): монеты, игрушки, шарики у 202 (53%) человек, Химически активные инородные тела (ХАИТ): батарейки у 101 (27%) ребенка, Физически активные инородные тела (ФАИТ): магниты у 75 (20%) человек. Инородные тела с комбинированным воздействием (ИТКВ): трихобезоар у 1 (0,2%) ребенка, оперативное лечение. За 2016-2018 гг. участвовали случаи проглатывания детьми гидрогелиевых шариков, которые целесообразно отнести к ФАИТ, т.к. их особенностью является увеличение размеров (до 5-ти раз) при попадании в жидкостную среду и развитие кишечной непроходимости. Трудность диагностики состояла в том, что данные ИТ рентгенконтрастные, в связи с чем, длительность нахождения гидрогелиевых шариков в просвете ЖКТ составляла от нескольких суток до нескольких недель. УЗИ-диагностика органов брюшной полости являлась одной из основных диагностических методик. При эзофагогастродуоденоскопии ИТ в желудке найдены в 5 случаях, у 7 детей шарики мигрировали в тонкую кишку, у 2 детей вышли естественным путем, в 5 случаях дети были прооперированы по поводу кишечной непроходимости из них 1 ребенок погиб. При длительном нахождении ИТ в пищеводе и желудке в зависимости от их видовых особенностей, были выявлены изменения слизистой оболочки (СО) такие как: поверхностные эрозии у 150 детей (40%), пролежни по типу язвенных дефектов у 43 человек (11%), локальный химический ожог электролитом батарейки 6 детей (2%), эти изменения сопровождалась выраженным отеком и гиперемией слизистой и, как следствие, выраженной контактной кровоточивостью во время эндоскопических манипуляций, у 180 человек (47%) превалировал умеренный отек и гиперемия СО. Лечебный эндогемостаз по поводу выраженной кровоточивости во время извлечения ИТ применен у 29 (15%) детей гемостатическим препаратом Гемоблок. При контрольном эндоскопическом исследовании, проводимом через 5-7 дней, эрозивно-язвенных изменений, деформаций со стороны СО ВО ЖКТ не выявлено. Выводы. Эндоскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта является эффективным вмешательством, позволяющим диагностировать и при возможности извлечь инородное тело. Данные исследования являются основанием тактики ведения больных с инородными телами (выжидательная тактика в виде динамического наблюдения, эндоскопическое извлечение, оперативное вмешательство).



## ОТРАЖЕНИЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЭФФЕКТА ЗАКАЛИВАЮЩИХ ПРОЦЕДУР У ДЕТЕЙ В ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ

*Кузнецова М.Н., Петричук С.В.*

*Научный медицинский исследовательский центр здоровья детей,  
Москва*

Охрана здоровья детей как важная государственная задача включает профилактические мероприятия против большого числа клинически неоднородных нозологических форм острых респираторных инфекций (ОРИ).

Цель: изучить возможности снижения заболеваемости ОРИ у детей. Пациенты и методы. Работа выполнена в ДООУ Москвы. С целью тренировки свойств физической терморегуляции проведено воздушно-контрастное закаливание (ВКЗ), которое проводилось ежедневно с введением в оздоровительно-профилактический комплекс циклических и динамических физических упражнений с музыкальным сопровождением после дневного сна. Задача оздоровления более 200 детей 3,5-7,5 лет включала: закаливание, совершенствование координации движений, формирование свода стопы и осанки, повышение общего физического развития и здоровья, обучение взаимодействовать со сверстниками в коллективе (Змановский Ю.Ф.). В 15 часов дети просыпались под звуки музыки и, лежа в постели, в течение 2-3 минут пробуждения выполняли 3-4 физических упражнения, охватывающие все группы мышц. Затем дети за время 12-15 минут занятий босиком, в трусах, перебежали из одной комнаты в другую 4-6 раз. Физические упражнения в теплом помещении выполнялись в спокойном ритме, в холодном быстрая пробежка с подскоками, дыханием через нос. Температура в двух помещениях, составляла вначале в «теплом» +21-24°C (для подогрева включался калорифер), в «холодном» на 3-5°C ниже, и в течение 1,5-2 месяцев снижали проветриванием до +12-15°C. Оздоровительный эффект закаливающих процедур оценен по частоте случаев ОРИ и их осложнений. Кожно-сосудистые температурные реакции (КСТР) на холодовые стимулы, характеризующие физическую терморегуляцию, определены у 239 детей методом электротермометрии (Маршак М.Е., 1965). Оценка проведена по интенсивности реакции сосудов с точностью до 0,1°C на холодовой раздражитель после 10 секунд контакта пробирики, наполненной тающим льдом, с поверхностью кожи тыльных поверхностей кистей рук и области нижней трети грудины, скорости восстановления температуры и продолжительности реакций в секундах. Химическая терморегуляция оценена по активности ферментов популяции лимфоцитов и нейтрофилов периферической крови (Р.П. Нарциссов, 1984).

Результаты и статистическая обработка. Обработка материала проведена с использованием пакета программ. Значимость различия средних значений исследуемых параметров оценена по критерию Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при  $p \leq 0,05$ . Закаливание путем воздействия на стопы «тепло-холод-тепло» дало выработку целесообразных терморегулирующих реакций. Анализ корреляционных связей КСТР с окислительно-восстановительным потенциалом лейкоцитов периферической крови, проведенный методом множественной пошаговой регрессии, выявил связи ферментного статуса нейтрофилов с продолжительностью температурных реакций. Здоровый организм в ответ на закаливающее воздействие средней силы, отвечает выбросом клеток с высокой активностью и быстрым восстановлением клеточного гомеостаза. Анализ всех параметров структуры клеток крови по показателю активности основного

фермента цикла Кребса – сукцинатдегидрогеназы (СДГ) показал, что при учете изменений этого фермента, как в лимфоцитах, так и в нейтрофилах, можно определить закаленных детей и отличить от незакаленных. Из данных анализа заболеваемости следует, что при неразличимых исходных данных основной и контрольной групп через год число случаев ОРИ детей, получавших ВКЗ, в среднем в 1,6 раза ниже ( $p \leq 0,01$ ). У детей контрольной группы заболеваемость ОРИ осталась без изменений.

Заключение. Таким образом, выявлено влияние средовых факторов в процессе закаливания на физиологические реакции организма ребенка, что проявляется в совершенствовании физической терморегуляции, улучшении общего состояния здоровья детей, в снижении числа случаев ОРИ на 35-40%.

Выводы. Установлены корреляционные связи КСТР с окислительно-восстановительным энергообеспечением нейтрофилов у детей, получавших систематическое контрастное закаливание. Установлено, что по показателям кожно-сосудистых реакций наиболее точно можно определить активность НАДФН2-диафоразы нейтрофилов. Это позволяет по физической терморегуляции судить о состоянии противовирусной и противомикробной защиты организма. Эффективность метода воздушного, контрастного закаливания, описанного в трудах Г.Н. Сперанского (1910), подтверждается проведенным исследованием.

## К ВОПРОСУ О ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЯХ

*Кузьменко Л.Г.*

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов», Кафедра педиатрии Медицинского института, Москва*

Успехи естественных наук к концу XX века вывели медицину на новый уровень в понимании формирования патологических состояний в человеческом организме. Все более отчетливо стали обозначаться индивидуальные позиции в плане чувствительности или устойчивости к развитию того или иного патологического состояния, т.е. вопросы профилактики и лечения заболеваний и патологических состояний стали все более научно обоснованными с учетом индивидуальных особенностей. Педиатрия относится к числу такого раздела медицины, который закладывает здоровье будущего взрослого человека. Поэтому для педиатрии крайне важным является поиск путей не только обеспечения здоровья ребенка, но и сохранение и приумножение этого здоровья. Инфекционные заболевания до настоящего времени остаются ведущими в числе заболеваний детского возраста. Однако эти заболевания резко отличаются от таковых, которые имели место в первой половине прошлого века. В настоящее время в условиях массового проведения профилактической вакцинации среди инфекционных заболеваний детского возраста доминируют острые респираторные инфекции, вызываемые группой респираторных вирусов и некоторых внутриклеточных патогенов бактериального происхождения. К группе высокого риска возникновения таких заболеваний относятся дети грудного возраста (преимущественно второй половины первого года жизни) и дети разного возраста, имеющие величину тимуса, существенно превышающую среднюю популяционную его величину, или наоборот, величина которого меньше средней популяционной. Именно дети указанных групп являются тем контингентом, из которого формируется группа часто болеющих детей (ЧБД). Как известно, группа ЧБД не является диагнозом. Это группа диспансерного наблюдения, и наблюдаю-

ций такого ребенка врач должен решить, что является причиной такого состояния. Если в процессе наблюдения и обследования выявляется какая-либо нозологическая форма, то такой ребенок из группы ЧБД исключается и дальнейшее его наблюдение и лечение проводится в связи с установленным диагнозом. Частые заболевания ребенка оказывают негативное влияние на психологический климат в семье, нередко напряженными отношениями между родителями в связи с дефицитом внимания к другим членам семьи, в том числе и к детям, приводят к ухудшению качества жизни родителей и определенным материальным затратам. При этом по разным данным российских источников материальный ущерб наносится не только семье, но и государству, поскольку ущерб наносимый только одним случаем острых респираторных инфекций составляет от 3000 до 5000 рублей, а суммарный годовой ущерб, наносимый на оплату больничных листов в связи с временной утратой трудоспособности по уходу за больными составляет около 15 млрд рублей, и не менее  $\frac{2}{3}$  из них уходит на оплату больничных листов по уходу за детьми. На сегодняшний день существует лекарственный препарат, используемый для лечения часто болеющих детей и профилактики ОРИ. Он имеет разрешение на использование у детей с 6-месячного возраста, продается в аптеках, и сотрудники кафедры наблюдают пролеченных детей более 10 лет. Никаких осложнений и побочных эффектов от его применения не отмечено. Это препарат отечественного производства, разрешенные к применению в детском возрасте. Он не оказывающие никакого отрицательного влияния на организм ребенка и способствует улучшению функции собственного тимуса. Для уточнения его роли возможно проведение многоцентрового исследования.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПАТРОНАЖЕЙ К НОВОРОЖДЕННЫМ НА ДОМУ В ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ДГП № 133 ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ» ПРИ РАННЕЙ ВЫПИСКЕ ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА

*Лазарева С.И.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения ДГП № 133 Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Новый стандарт патронажей, проводимый участковой бригадой в соответствии с приказом Департамента здравоохранения г. Москвы № 948 от 27.12.2017 «Об утверждении методических рекомендаций по проведению патронажей детей первого месяца жизни на дому» направлен на повышение качества оказания медицинской помощи новорожденному ребенку во время проведения патронажей, в том числе при ранней выписке из родильного дома.

Цель работы. Повышение качества оказания медицинской помощи участковой службой в ГБУЗ «ДГП № 133 Департамента здравоохранения Москвы» при выполнении новых стандартов патронажей к здоровым новорожденным при ранней выписке.

Материалы и методы. На основании новых методических рекомендаций по проведению патронажей детей первого месяца жизни на дому в ГБУЗ «ДГП № 133 Департамента здравоохранения Москвы» построены процессы управления качеством, с целью исключения ошибок при проведении последовательной оценки состояния ребенка врачом-педиатром и участковой медсестрой, а также раннего выявления групп риска развития заболеваний и по показаниям раннее проведение своевременных лечебно-профи-

лактических мероприятий у новорожденных. Укладки участковой педиатрической бригады дополнительно оснащены транскутанным билирубинометром и пульсоксиметром, что позволяет измерить уровень билирубина у новорожденных на дому и оценить риск развития патологии сердечно-сосудистой системы. Кроме того, систематическое проведение инструктажей медицинских работников, внедрение речевых модулей, алгоритма заполнения медицинской документации, тренинги и практические занятия по ситуационным кейсам проведения патронажей детей первого месяца жизни на дому, способствует росту профессиональных компетенций медицинского персонала. Алгоритм проведения патронажей внедрен в работу участковой службы в соответствии с методическими рекомендациями и разработанными в поликлинике СОПами. Для выполнения нового стандарта патронажей в ГБУЗ «ДГП № 133 Департамента здравоохранения Москвы» дополнительно организован кабинет поддержки грудного вскармливания, где прием осуществляет врач педиатр, имеющий подготовку по курсу ВОЗ/ЮНИСЕФ «Консультирование по грудному вскармливанию», а также по вопросам питания здорового и больного ребенка. На патронажах участковая медсестра информирует родителей о «Кабинете поддержки грудного вскармливания», телефоне горячей линии специалиста по поддержке грудного вскармливания и о работе «Школы молодых родителей». Врач-педиатр оценивает правильность позы кормления, техники прикладывания к груди, проводит индивидуальные консультации кормящих грудью женщин по вопросам становления и поддержания успешной лактации в различные периоды грудного возраста ребенка. Также оказывает практическую помощь кормящим грудью матерям в решении трудностей, возникающих при грудном вскармливании. Повышение качества медицинского обслуживания осуществляется за счет широкого использования современных информационных технологий, которые позволяют осуществлять динамическое наблюдение за новорожденным ребенком. В ГБУЗ «ДГП № 133 Департамента здравоохранения Москвы» накоплен опыт консультаций с применением телемедицинских технологий по динамическому наблюдению детей с недостаточной прибавкой в массе тела. Анализ применения данных консультаций показал положительное влияние на динамику состояния здоровья новорожденных по полученным результатам.

Выводы. Применение современных технологий и стандартизированного комплексного подхода при проведении патронажей детей первого месяца жизни повышает качество оказания медицинской помощи. Современный алгоритм выполнения патронажей предполагает применение стандартизированных чек-листов для педиатров и медсестер, обеспечивающих проверку ключевых показателей состояния здоровья новорожденных особенно при ранней выписке. Используемый в ГБУЗ «ДГП № 133 Департамента здравоохранения Москвы» алгоритм динамического наблюдения детей при ранней выписке из роддома направлен на своевременное выявление группы риска, проведение качественного динамического мониторинга состояния новорожденных, позволяет предупредить риск возникновения патологических отклонений в состоянии здоровья, и своевременно применить лечебно-профилактические мероприятия, что является новым в организации оказания патронажной помощи новорожденным на дому на современном этапе.

## ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПОДРОСТКА

*Лашко А.Ю., Шилина С.А., Аникеева Н.А., Федосеева Н.Ю., Майорова Н.А., Бутримова В.Н.*

*Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Городская клиническая больница № 11, Рязань*

Цель исследования: изучить особенности течения инфекционного эндокардита у подростка на примере клинического случая. Материалы и методы: анализ медицинской документации, данных объективного обследования, динамического наблюдения, лабораторных и инструментальных исследований. Клинический случай. Девочка, 14 лет. Наследственность неотягощена. Росла и развивалась по возрасту. Перенесенные заболевания – ОРВИ, ветряная оспа. Профилактические прививки по возрасту, последние два месяца не прививалась. Заболела остро. Отмечалась гипертермия до 39-39,5, рвота, головная боль, в течение 3 недель лечилась амбулаторно, затем была госпитализирована в детское инфекционное отделение в связи с отсутствием положительной динамики. Объективно: состояние тяжелое за счет интоксикации, общемозговой симптоматики, менингеальных симптомов. При обследовании: ликвор – б/ц, р-я Панди +++ , р-ция Нонне-Апельта+, цитоз -294 кл/мкл (нейтр-94%, лимф-6%), ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ. Диагноз: Серозный менингит энтеровирусной этиологии. Лечение – инфузионная терапия, антибиотикотерапия (цефтриаксон, кефсипим, вильпрафен), иммунокорректирующая терапия (циклоферон, виферон), диуретики (диакارب), аспаркам. Лихорадка купировалась на 5 день стационарного лечения, появилась пятнисто-папулезная сыпь на стопах и ладонях, некоторые элементы с геморрагическим компонентом. ЭКГ– синусовая аритмия, снижение вольтажа, ЧСС 77-89-100 уд в мин. Осмотрена кардиологом – дующий систолический шум на верхушке, экстрасистолия (ЭС) (4-5 в мин). ЭХОКГ– створки митрального клапана (МК) утолщены, митральная регургитация 2-3 ст, камеры сердца не увеличены, фракция выброса (ФВ)-67%. Поставлен диагноз: «Первичный инфекционный эндокардит митрального клапана». Произведена коррекция терапии: пентаглобин в/в, нимулид, вильпрафен, ванкомицин, гентамицин, верошпирон. На фоне лечения сохранялась тахикардия и желудочковая ЭС. УЗИ брюшной полости без патологии. Контроль ЭХОКГ: МК – створки уплотнены, неравномерно утолщены, митральная регургитация 3 ст, ФВ 63%. Лоцируется эхопозитивная структура линейной формы, связанная с задней митральной створкой (ЗМС), пролабирующая в левое предсердие в систолу – отрыв хорды? Ребенок госпитализирован в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева. УЗИ брюшной полости – признаки инфаркта селезенки. Проведена операция – многокомпонентная реконструкция митрального клапана. Послеоперационный период – без осложнений. ЭХОКГ на 5 день после операции–ФВ-56,6%, МК – состояние после многокомпонентной пластики, створки тонкие и подвижные, регургитация 0-1ст, жидкости в полости перикарда нет, в плевральной полости справа сепарация 0,3 см, слева нет. Выписана с диагнозом: «Первичный инфекционный эндокардит митрального клапана, подострое течение, неактивная стадия, порок митрального клапана – недостаточность 3 ст. Состояние после операции многокомпонентной реконструкции МК. Умеренная недостаточность МК 2-3. НК 2а ст. Инфаркт селезенки». Спустя два месяца повторно поступила в стационар с жалобами на кратковременные прокалывающие боли в сердце. ЭХОКГ – расширены левое предсердие (ЛП) и левый желудочек (ЛЖ), ФВ – 65%. МК – передняя

митральная створка уплотнена, неравномерно утолщена, в проекции ЗМС эхопозитивная неподвижная структура, размерами 14x7,5 мм, сепарация створок в систолу, митральная регургитация 3-4 ст. Лечение – варфарин, бисопролол, верошпирон, эксхол, кефсепим, линезолид, гепарин. Контроль ЭХО КГ: ФВ – 75%, задняя стенка уплотнена, втянута в ЛЖ, нарушена кооптация створок, регургитация 3 ст вдоль межпредсердной перегородки. Консультирована в НЦССХ, рекомендовано наблюдение кардиолога, контроль ЭХОКГ, ЭКГ, продолжить лечение до 6 мес (варфарин, бисопролол, верошпирон). Выписана в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Диагностика инфекционного эндокардита у детей связана со значительными трудностями из-за длительного субклинического течения поражения эндокарда и выхода на первый план патологии других органов и систем. Педиатры и инфекционисты должны сохранять настороженность в отношении инфекционного эндокардита при длительном течении инфекционного процесса и шире назначать методы специфической диагностики кардиальной патологии.

## ОБСТРУКТИВНЫЕ АПНОЭ СНА У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

*Лебедев В.В., Кожевникова О.В., Абашидзе Э.А., Газарян В.В.*

*Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава РФ, Москва*

Введение. Несмотря на активно развивающиеся технические возможности, позволяющие оценить качество ночного сна у ребенка, сохраняется низкая информированность родителей и педиатров о необходимости и возможностях выявления его нарушений и способов их коррекции.

Идея. Нарушение дыхания во время сна у детей может быть следствием ряда патогенных факторов, и задача лечащего врача вовремя распознать признаки данного состояния, объективно оценить тяжесть заболевания и назначить адекватную терапию.

Цель. На основании наработанного опыта продемонстрировать алгоритм диагностики дыхательных нарушений во сне при сложных (типичных) диагностических случаях. Материалы и методы. В «НМИЦ Здоровья детей» МЗ РФ (г. Москва) в лаборатории сна были обследованы дети 3-х, 8-и и 6-и лет методом полисомнографии (ПСГ) для оценки дыхания во время сна с регистрацией энцефалограммы, окулограммы, миограммы, кардиограммы, движений грудной и брюшной стенки, дыхательного потока воздуха, пульсоксиметрии, с видеомониторированием на аппарате Embla7000 (США). Результаты. Пациент М., 3 лет, с жалобами на выраженный храп и частые остановки дыхания во сне, суммарное время дневного и ночного сна составляло 16-17 часов, и вне сна он выглядел сонным, вялым. Анамнез: храп отмечался с 10 месяцев, с постепенным нарастанием, с 2 лет появилась деформация грудной клетки. С 3 лет отмечались апноэ, проведена аденотомия, после которой апноэ усилились. По месту жительства консультирован хирургом, ортопедом, педиатром, челюстно-лицевым хирургом, пульмонологом, назначена консервативная терапия с временным эффектом. По ПСГ в нашем центре выявлен синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) тяжелой степени: 1098 эпизодов апноэ/гипопноэ (141/час), снижение SpO2 до 89%, нарушение структуры сна. Проведена слип-эндоскопия, с последующей эндоскопической реаденотомией, двусторонней тонзиллэктомией, увулотомией, с положительным эффектом. При повторной ПСГ через 2 месяца – сон нормализовался полностью. Пациент К., 8 лет, с диагнозом: атонически-астатический синдром,



церебрастения, дисфункция синусового узла (синусовая аритмия, желудочковые экстрасистолы, эпизоды суправентрикулярной тахикардии), жалобы на нарушение дыхания во сне неясного генеза. На ПСГ выявлен СОАС тяжелой степени, зафиксировано 12 залпов ширококомплексной тахикардии с частотой 185-210 в мин., с максимальной продолжительностью до 102 секунд. Ребенок был консультирован кардиологом, скорректирована антиаритмическая терапия, назначена СИПАП-терапия, которую ребенок плохо переносил. Через год на фоне терапии отмечено улучшение ритма сердца, но сохраняются редкие короткие эпизоды суправентрикулярного и желудочкового ритма, короткие пробежки суправентрикулярной тахикардии. При проведении слип-эндоскопии выявлена аномалия мягкого неба, проведена увулопалатофарингопластика и двусторонняя тонзилэктомия. После операции респираторная поддержка не требовалась, на ПСГ через 3 месяца после операции данных за СОАС нет, по ЭКГ-каналу единичные широкие комплексы QRS, в основном на фоне АВ-диссоциации. Пациент Г., 6 лет, с диагнозом: гипертрофия небных миндалин, экзогенное ожирение III степени, мышечная гипотония, в течение года – вынужденные дежурства родителей у постели ребенка для подбуживаний в связи с длительными остановками дыхания во сне. В анамнезе аденоидит в 2,5 года, 4 и 5,5 лет, дававшие кратковременное улучшение дыхания. Результат ПСГ – СОАС тяжелой степени, средняя SpO<sub>2</sub> – 79%, гипоксемия составила 88,5% от общего времени сна. На операции (двухсторонняя тонзилэктомия), так же были удалены гипертрофированные тубарные валики путем лазерной абляции. Через 1 месяц признаков СОАС на ПСГ нет, средняя сатурация O<sub>2</sub>, структура сна в норме.

Обсуждение. Все случаи были под наблюдением врачей, которые недооценивали состояние проходимости дыхательных путей ребенка, и вовремя не была оказана необходимая медицинская помощь. Оценивая состояние пациента, педиатры, ЛОР-врачи должны помнить о возможном нарушении дыхания у детей во сне. Наличие жалоб на храп, апноэ, хроническая патология ЛОР-органов с назальной обструкцией являются показанием для проведения полисомнографии. При неэффективности консервативной терапии необходимо решать вопрос об оперативном лечении с привлечением ЛОР-врачей, при необходимости – специалистов челюстно-лицевой хирургии, ортодонтов, применять СИПАП-, БИПАП-терапию.

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДА ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО АБСЦЕССА У РЕБЕНКА ЧЕТЫРЕХ ЛЕТ

*Липатова Е.С., Бритикова Е.А.*

*Самарский государственный медицинский университет, Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середякина, Самара*

Актуальность. Среди абсцессов спинного мозга и его оболочек наиболее часто у детей встречается интрамедуллярный абсцесс, нередко возникающий после травматического повреждения позвоночника. Частота спинальных интрамедуллярных абсцессов составляет 0,2-1,2 случая на 10000.

Цель исследования. На примере клинического случая заболевания хронического интрамедуллярного абсцесса показать особенности клиники, диагностики и тактики ведения.

Материалы и методы исследования. Лонгитудинальное наблюдение за ребенком находящимся на лечении в многопрофильном стационаре с последующим ретроспективным анализом историй болезни.

Полученные результаты: Ребенок Д, заболел остро: летом 2017 г легкая травма спины. С октября появились головная боль, нарушение походки, тазовые нарушения. Прооперирован в НИИЦ им. Н.Н. Бурденко по поводу интрамедуллярного абсцесса на уровне Th11-L1 с интраоперационным нейрофизиологическим мониторингом. Двигательные функции ребенка восстановились. Ухудшение состояния спустя 3 месяца, повторное удаление абсцесса. Вводились иммуноглобулины, длительно антибиотики, после отмены которых вновь ухудшение состояния. Повторное вскрытие и дренирование абсцесса. Посевы крови и содержимого абсцесса стерильны. В постоперационном периоде: в руках двигательных нарушений нет, положение вынужденное, нижние конечности согнуты, приведены, грубый симптом Ласега с двух сторон. В дистальных отделах ног плегия, в проксимальных парез 3 балла. Мышечная гипотония, гипорефлексия с ног. Начал контролировать функции тазовых органов и позже ходить. Вновь ухудшение уже в середине осени. Из анамнеза жизни: от I беременности на фоне анемии, миопии. Брак не близкородственный. Роды оперативные, срочные в 37 недель. Родился с весом 3310 гр. Привит по возрасту до трех лет. Реакция Манту и диаскинтест без особенностей. При проведении МРТ, кроме абсцесса, выявлена гидромиелия грудного отдела. На фоне приема иммуномодуляторов ребенок соматически окреп, пошел, умеренно набрал вес. Хорошее настроение, разговорчивый, несмотря на двигательные нарушения, активный. Черепно-мозговая иннервация не нарушена, в руках сила мышц, примерно, 3 балла, тонус низкий, рефлексы коленные и ахилловы торпидны, подошвенные не вызываются. Функция тазовых органов нарушена по центральному типу. Самостоятельно сидит, не ходит. При госпитализации повторное вскрытие и дренирование хронического интрамедуллярного абсцесса. Выписан в удовлетворительном состоянии. В ОАК умеренный лейкоцитоз и сдвиг формулы влево, СОЭ до 17 мм в час. Посев содержимого абсцесса на флору – роста нет. Иммунограмм: Ig A-1,2 мг/мл, IgM-3,54 мг/мл, IgG-13,1 мг/мл. Титр комплексов по 50% гемолизу 50, ЦИК- 0,042, БАСК – 93, фагоцитарное число – 4, фагоцитоз – 40, фагоцитарный индекс – 2, процент фагоцитированных клеток – 82%, НСТ-тест 16%. CD3- 2520 (рефер. знач – 1800-3000), T+B+NK-82 (рефер. знач – 95-105), CD4/CD8 – 0,74 (рефер. знач – 1,0-1,6), total В лим. - 248, CD4/CD8 – 1777, Helper Lumf. (CD4+) – 1322 (рефер. знач – 1000-1800), T lumf. (CD3+) -496, total NK- 620. Анализ на ВИЧ, сифилис, HBsAg, HCV – отрицательный. Биохимический анализ крови: общий белок – 62,3 г/л; мочевины – 7,1 ммоль/л; креатинин – 47,4 мкмоль/л; билирубин общий – 5,0 мкмоль/л; АЛТ – 15,7 U/L; АСТ – 43,4 U/L; калий-4,5 ммоль/л, кальций- 2,48 ммоль/л, хлор-103,0 ммоль/л, натрий- 139,0 ммоль/л. МРТ грудного отдела позвоночника и спинного мозга: картина жидкостного объемного образования (хронического интрамедуллярного абсцесса) на уровне D 10-L1 позвонков. Клинический диагноз: Хронический рецидивирующий интрамедуллярный абсцесс D11-L1, состояние после повторного вскрытия, дренирования абсцесса. Вялый нижний парапарез. Вторичный обструктивный пиелонефрит, ФПС. Белково-энергетическая недостаточность, I степени. Неуточненное иммунодефицитное состояние. Первичный иммунодефицит? Ребенок консультирован в НИИЦ им. Рогачева, по представленным медицинским документам и проведенным иммунологическим обследованиям данных за первичное иммунодефицитное состояние недостаточно. В настоящее время состояние и самочувствие ребенка удовлетворительные. Полностью восстановились функции тазовых органов, увеличилась двигательная активность, стал самостоятельно стоять и ходить с поддержкой.

## ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ У СТАРШИХ И ГЛАВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПЕДИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ

*Малеева Н.П., Павленко Т.Н., Кацова Г.Б., Дмитриева М.К.  
Оренбургский государственный медицинский университет,  
Оренбург*

Существует ряд профессий, в которых профессионал испытывает чувство эмоциональной опустошенности вследствие необходимости постоянных контактов с коллегами и больными людьми. К таким профессиям относится медицинская сестра, так как эмоциональность заложена в самой природе труда медицинских сестер. Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) рассматривается как результат неблагоприятного разрешения стресса на рабочем месте.

Цель: определить наличие СЭВ у медицинских сестер – организаторов.

Материалы и методы: проанкетировано 36 медицинских сестер по опроснику К. Маслач, С. Джексон и В.В. Бойко. По возрасту респондентки распределились на 3 группы: 1) от 30 до 40 лет 2) от 40 до 50 лет 3) от 50 лет и старше.

Результаты исследования. Высокий уровень СЭВ был отмечен в 1 и 3 группе медицинских сестер. Социальный анализ 1 группы свидетельствует о том, что это были медсестры семейные (100%), с детьми от 2 до 15 лет, на Д учете по различным заболеваниям состояло всего 6%, 72% периодически пользовались больничным листом по уходу за детьми. Таким образом, в этой группе медсестры – организаторы не могли максимально отдаваться работе в силу большой загруженности вне работы. В третьей возрастной группе находились медсестры со стажем работы от 20 до 30 лет в должности организатора сестринского дела. Социальный анамнез свидетельствует, что 48% были вдовами, большинству (72%) приходилось ухаживать за больными и престарелыми родителями, 78% брать на себя заботу о малолетних внуках. На Д учете состояло 78% медицинских сестер. Для второй возрастной группы была характерна фаза формирующегося СЭВ (72%) и его отсутствие у 28% респондентов. Социальный анамнез свидетельствует, что эта стадия в работе, когда медицинские сестры приобрели опыт, знания, не обременены детьми до 15 лет (78%), не страдают хроническими заболеваниями (72%), имеют опыт социального, уравновешенного и одновременно требовательного общения с медицинскими сестрами различного профиля и уровня (100%). Таким образом, уровень СЭВ медсестер – организаторов находится в прямой зависимости от возраста, стажа работы в профессии и особенностей социального анамнеза.

## ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ И ГИПЕРИНФОРМАЦИОННОЕ ПРОСТРАНСТВО

*Милушкина О.Ю., Маркелова С.В., Скоблина Н.А.  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва*

Сохранение здоровья современной молодежи – одна из важнейших государственных задач. По данным официальной статистики, среди детского населения в возрасте 15-17 лет, отмечается рост заболеваемости болезнями глаза и его придаточного аппарата, болезнями уха и сосцевидного отростка, болезнями органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, остро стоит проблема ожирения [1].

Одной из основных причин данного неблагополучия может является несформированность приверженности здоровому образу жизни среди населения, низкая настороженность в отношении воздействующих неблагоприятных факторов. В настоящее время интенсивно развиваются информационно-коммуникационные технологии (ИКТ), воздействие которых на организм человека изучено еще не в полной мере. Целью исследования явилось изучение влияния электронных устройств (ЭУ) на состояние здоровья современной молодежи. В ходе работы были сформулированы и решены задачи по изучению осведомленности молодежи о правилах безопасного использования различных видов ЭУ, проведена оценка их субъективного восприятия проблем, связанных с бесконтрольным использованием ЭУ, выявлены причинно-следственные связи между нарушением состояния здоровья и видом используемого ЭУ. В исследовании приняло участие более 800 учащихся высших учебных заведений из более чем 5 городов России. Респонденты относились к возрастной группе 20 лет, являлись активными пользователями ИКТ. Исследования проводились с соблюдением этических принципов.

Анкетирование учащейся молодежи проводилось с применением Google-forms. Относительный риск нарушения состояния здоровья определялся с использованием четырехпольных таблиц сопряженности. Полученные результаты свидетельствуют, что только 24,2% опрошенных могут не использовать ЭУ более трех дней. Не могут провести без ЭУ ни одного дня 34,0% респондентов. Допускают отсутствие ЭУ в течение 1 дня – 25,8% опрошенных, в течение двух дней – 10,9%, трех дней – 5,1% соответственно. Студенты отмечают, что могут прервать свою работу с ЭУ для выполнения других видов деятельности только в 85,9% случаев. Каждые 30-40 минут делают перерывы в работе 22,7% респондентов, каждый час – 25,8%, более двух часов работают с ЭУ 13,3%. Выбирая рабочую позу пользователя ЭУ, 21,9% анкетированных предпочли положение «лежа», 34,8% – «сидя в кресле/на кровати», 43,4% ответили, что будут работать за рабочим столом. Почти 95% респондентов отметили регулярное использование ЭУ в транспорте. При этом основная доля опрошенных оценила риск для здоровья от использования ЭУ в транспорте на уровне среднего.

Оценивая риск для здоровья дефицита двигательной активности, студенты указывали на уровень выше среднего и высокий. При этом 54,6% студентов отметили, что не занимаются спортом или другими видами двигательной активности. При работе с ЭУ не нуждаются в коррекции зрения только 43,8% студентов. Более четверти нуждаются в коррекции зрения, но очками не пользуются. Почти 26% используют обычные очки, только 3,4% опрошенных используют очки, специально подобранные для работы с ЭУ. Недостаточная освещенность рабочего места пользователя не мешает работе 41,0% опрошенных, около 10,0% примут решение в зависимости от продолжительности работы, на решение 37,9% студентов повлияет важность выполняемой работы и только 10,5% предпочтут воздержаться от работы до возвращения в хорошо освещенное место. Возникновение жалоб на шум и заложенность в ушах после использования плеера с наушниками отметили 13,5% опрошенных. На сон в наушниках указало 50,2% респондентов, 9,6% отмечают частое засыпание в наушниках. В течение последнего года на ухудшение слуха указало 13,8%, зрения – 48,8% опрошенных студентов. Расчеты, выполненные с использованием методики оценки риска, подтвердили риск возникновения функциональных нарушений и заболеваний опорно-двигательного аппарата (RR 1,20-1,48) у пользователей компьютером, ноутбуком и планшетом, а также функциональных нарушений и заболеваний органа слуха от частоты использования ЭУ с наушниками (RR 2,41). Полученные результа-

ты свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований в этом направлении и актуальности проведения профилактических мероприятий среди населения.

Литература: 1. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб./Росстат. – М., 2017. – 170 с. С.73.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЗАТРУДНЕННОГО НОСОВОГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

**Молчанова Е.Б., Юнусов А.С.**

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России», Москва*

В настоящее время большинство педиатров, оториноларингологов на амбулаторном этапе долгое время проводят лечение часто болеющих детей консервативными методами. Очень часто эти методы оказываются малоэффективными или безрезультатными. Цель – оптимизация лечения затрудненного носового дыхания у детей.

**Материалы и методы.** Проведено обследование и лечение 250 детей в возрасте от 2 до 18 лет с затруднением носового дыхания. Выполнен клинический осмотр, эндоскопическое исследование, компьютерная томография пазух носа и носоглотки, или рентгенограмма носоглотки, аудиологическое исследование.

**Результаты исследований.** В анамнезе больных длительное затруднение носового дыхания от 3 месяцев до нескольких лет. Частое применение деконгестантов, антибактериальных препаратов, глюкокортикостероидов местного применения, гомеопатической терапии, средств растительного происхождения, элиминационной терапии, физиолечения. Основные жалобы на постоянное затруднение носового дыхания, частые респираторные заболевания. У 66% снижение слуха, 21,6% – головные боли. При клиническом осмотре выявлено: 54% больных с искривлением перегородки носа с нарушением функций носа, 59,2% больных аденоидные вегетации 2-3 и 3 степени, 46% – вазомоторный ринит, 10,4% – хронический гайморит, 1,6% – новообразование полости носа и околоносовых пазух. Всем больным выполнено оперативное лечение.

**Выводы.** Длительное консервативное лечение затрудненного носового дыхания, выжидательная тактика, отсутствие должного обследования ребенка с нарушением носового дыхания приводят к тяжелым последствиям для развивающегося организма. В результате отсутствия правильного носового дыхания нарушается работа всех систем и органов. Показанием к оперативному лечению в первую очередь является нарушение функции дыхания. Возрастной критерий в условиях развития современной медицины решающего значения не имеет.

## ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ РИТМА СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ИНФЕКЦИОННОГО СТАЦИОНАРА

**Мороз Е.А., Башлакова А.Н., Вязова Л.И., Шенец С.Г.**

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

Согласно международному стандарту [1], к I классу показаний к проведению холтеровского мониторирования (ХМ) относят состояния с очевидно необходимым ХМ. Применение ХМ при состояниях II класса может вызывать расхождение мнения специалистов в оправданности исследования: для IIA класса пациентов обследование более предпочтительно, для IIB класса вопрос о не-

обходимости применения ХМ решается в индивидуальном порядке. При III классе показаний применение ХМ может быть оправданно в комплексе обследования конкретного пациента. Целью нашего исследования стал анализ характера нарушений ритма сердца (НРС) у пациентов детского инфекционного стационара, выявленных при проведении ХМ.

**Задачи.** 1. Проанализировать особенности показаний к проведению ХМ в условиях детского инфекционного стационара. 2. Изучить характер НРС в зависимости от возраста пациентов, характера переносимой патологии.

**Материалы и методы.** Изучена 91 карта стационарных больных, поступивших в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» г. Минска в период с 10.2017 по 10.2018 года, а также протоколы ХМ, проведенного этим пациентам во время их пребывания в стационаре. Возраст пациентов составил от 1 года до 17 лет. **Результаты.** Одним из наиболее частых НРС, обнаруженных при ХМ, явилась экстрасистолия (ЭС), выявленная у 22 пациентов. Желудочковая ЭС определялась в 6 случаях, наджелудочковая – в 16 случаях. Сочетание с блокадами имелось у половины пациентов с желудочковой ЭС, у 6 с наджелудочковой. Атриовентрикулярная (АВ) блокада, в том числе и преходящая, наблюдалась у 23 пациентов (25%). У 2 детей (1 и 3 года) имелась полная АВ блокада. АВ блокада 2 ст. встречалась значительно чаще: у 8 пациентов отмечалась АВ блокада 2 ст. 1 типа, у 4 – 2 типа. Эпизоды СА блокады отмечались у 34% обследованных детей. ХМ было проведено у 3 детей с воспалительными заболеваниями миокарда. При ревматическом миокардите была выявлена синусовая тахикардия, а также преходящая АВ блокада 1 ст., что типично для данного заболевания. Нарушения ритма у 2 пациентов при вирусных миокардитах имели разнонаправленный характер и проявились выраженной синусовой брадикардией и частой суправентрикулярной тахикардией (СВТ) с эпизодами квадригимении и удлинением интервала QT. Множественные ВПР, включающие ВПС, имели 3 пациента. В этой группе больных во всех случаях наблюдалось нарушение проводимости, в 2 случаях преходящая АВ блокаду 1 ст., в 1 случае – эпизоды СА блокады 2 ст. У 2 пациентов была выявлена наджелудочковая ЭС. Сочетание НРС и малых аномалий строения сердца (МАСС) было выявлено в 45 случаях, т.е. у половины пациентов. Чаще всего встречалась аномально расположенная хорда (26 случаев), открытое овальное окно (18 случаев). ПМК 1 ст. имелся у 6 пациентов. Наиболее частыми НРС при МАСС явилась наджелудочковая ЭС (75%), проведения – СА блокада (33%). Эпизод СВТ был выявлен только у 1 пациента, имевшего МАСС, желудочковой – у двоих. В анамнезе пароксизм СВТ имели 2 ребенка. Дети до 3 лет составили 19 пациентов (20,9%). Именно в этой группе были выявлены такие тяжелые НРС, как синдром удлиненного интервала QT, полная АВ блокада, СССУ. При проведении стандартной ЭКГ чаще всего выявлялась ЭС – 22 случая. Синусовая тахикардия, миграция водителя ритма и эктопические ритмы, СА блокада составили по 15 случаев соответственно. ЭКГ в пределах возрастной нормы была у 10 пациентов. Таким образом, показания для проведения ХМ I класса составили 6,6% случаев, IIA класса – 18,7%, IIB класса – 29,7% соответственно.

**Выводы.** 1. По результатам исследования IIB класс показаний явился основным для проведения ХМ в условиях ГДИКБ. 2. Пациенты, имеющие показания к проведению ХМ I и IIA класса имеют наиболее серьезные фоновые заболевания, при которых инфекционная патология может привести к утяжелению НРС. 3. Основным изменением на ЭКГ, послужившим основанием для проведения ХМ, явилась ЭС. 4. 9% детей с НРС, выявленным по результатам



ХМ, имели ЭКГ в пределах возрастной нормы. 5. Более половины пациентов с НРС имели МАСС. 6. Тяжелые НРС у детей до 3 лет встречаются относительно чаще, чем в других возрастных группах. Литература 1. Crawford MH, Bernstein SJ, Deedwania PC, DiMarco JP, Ferrick KJ, Garson A Jr, Green LA, Greene HL, Silka MJ, Stone PH, Tracy CM. ACC/AHA guidelines for ambulatory electrocardiography: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the Guidelines for Ambulatory Electrocardiography). J Am Coll Cardiol 1999; 34: 912-48.

## РАЗВИТИЕ САМОРЕГУЛЯЦИИ КАК МЕТОД УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

*Овчинникова Т.Н.*

*Московский гуманитарно-социальный институт, Москва*

Положительные и отрицательные эмоции оказывают сильное действие на здоровье человека. Мы рассмотрим методы саморегуляции, позволяющие человеку самостоятельно поддерживать позитивный настрой, управляя собственным поведением и настроением, что положительно сказывается на состоянии его здоровья. [4] В основе предлагающегося к обсуждению опыта лежат выявленные факты: 1) оздоровления человека в процессе психотерапии, позволяющей развить у него способность самостоятельно удерживать позитивный настрой в любых трудных ситуациях; 2) постепенного прекращения заболеваний у детей, занимающихся по программе развивающего обучения (В.В. Давыдов), а также в школе «Золотой ключик» (Г.Г. и Е.Е. Кравцовы), на фоне ярко выраженного позитивного эмоционального настроения. В первом случае мы имеем индивидуальную терапию, помогающую впоследствии человеку самостоятельно, начиная с 12-13 лет, научиться самостоятельно создавать позитивный настрой даже в трудных ситуациях и, как можно дольше его удерживать. Во втором же случае имеет место коллективная форма, – занятия, способствующие спонтанной актуализации личности ребенка в процессе обучения, что позволяет поддерживать их позитивный настрой. Переосмысление сложившейся ситуации осуществляется с целью отыскать именно в ней позитивные стороны происходящего («Любая палка всегда о двух концах»). Этот принцип «выворачивания наизнанку» способствует успешному анализу и сопоставлению сложившихся отношений с целями, с характером жизнедеятельности человека в целом. Охарактеризованный нами способ «излечения» заключается в развитии способности переосмысления создавшейся ситуации, в основе которой лежит возможность легко переключаться в своем видении ситуации из одного плана в другой, наделенный иными смыслами с целью изменения отношения к ситуации. Второй факт заключался в том, что дети, начавшие с 3-х лет обучаться по программе развивающего обучения, через некоторое время переставали болеть. Факты подобного укрепления здоровья у учащихся отмечались в школах, выстроенных на основании принципов школы развивающего обучения В.В. Давыдова.

Результаты при работе с детьми младшего возраста были отмечены работниками СЭС. Сформированный в обоих случаях стиль жизнедеятельности, постепенно перестраивая психосоматику, приводит к тому, что находящийся постоянно в хорошем настроении человек, – а позитивный настрой ему обеспечивает его направленность на реализацию собственных целей, – постепенно перестает болеть. Подобный метод изменения отношения к происходящему, помогает, формируя тактику активного «наступления» субъекта вместо пассивной «защиты», значительно усилить энергетику организма, которая, видимо, и обеспечивает его оздоровление.

Возникающая в процессе такой координации согласованность мысли и чувства способствует в процессе реализации целостного акта деятельности выплеску значительного количества энергии, постоянно пополняемой в процессе продвижения к цели. Итак, в процессе осуществления свободно заданной деятельности таким энергетическим источником является чувственная ткань сознания – или бессознательное, теснейшим образом связанная со смысловой сферой сознания (деятельности). Подтверждение предложенного хода мысли мы можем найти у Л.С. Выготского. Так, например, Л.С. Выготский высказывал мнение о том, что введение понятия бессознательного в психологию можно приравнять по значению к понятию физической энергии в физике. «Только с введением этого понятия становится вообще возможна психология как психологическая наука, которая может объединять и координировать факты опыта в известную систему, подчиненную особым закономерностям» – говорил он [2, с.132]. Наблюдения показывают, что дела, направленные на достижение значимой цели, осуществляются человеком с большим энтузиазмом, с большим вкладом «внутренней» энергии, чем любая функциональная деятельность. А отсутствие заинтересованности в выполнении деятельности, когда ее смысл состоит в наиболее быстром ее завершении, вызывает у человека усталость и равнодушие

Литература 1. Давыдов В.В. «Проблемы развивающего обучения», Педагогика, 1986. 2. Выготский Л.С. «Психика, сознание, бессознательное». Собр. соч., М., 1982, т.1, с. 132 -148. 3. Овчинникова Т.Н. «Саморегуляция и психосоматика» //ж. Психотерапия», 2011, № 7, с.67 – 74.

## ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У ДЕТЕЙ С АТИПИЧЕСКИМИ ТЕРАТОИДНО-РАБДОИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

*Ольхова Л.В., Желудкова О.Г.*

*Российская детская клиническая больница, Российский научный центр рентгенорадиологии, Москва*

Актуальность. Атипичическая тератоидно-рабдоидная опухоль (АТРО) центральной нервной системы – это высокоагрессивная злокачественная опухоль, встречается преимущественно у детей младшего возраста и имеет плохой прогноз.

Цель. Оценить прогностические факторы у детей с АТРО.

Пациенты и методы. Проведен анализ прогностических факторов у 98 больных в возрасте до 18 лет, которые получали лечение и наблюдались с 2008 по 2018 годы. Медиана возраста составила 21 месяца (разброс 2 месяца – 14 лет). Мальчиков было 51 (52%), девочек 47 (48%). Опухоль у 51 пациента (52,0%) локализовалась супратенториально, у 43 (43,9%) – инфратенториально, и у 4 (4,1%) – в спинном мозге. 56 (57,1%) пациентов были с M0 стадией, у 28 (28,6%) выявлена M+стадия или мультифокальная опухоль, у 14 (14,3%) пациентов стадия заболевания не уточнена (Mx). У всех пациентов изначально выполнено хирургическое лечение: тотальное – 33 (33,7%), субтотальное – 37 (37,8%), частичное удаление – 25 (25,5%), биопсия – 3 (3,0%); 69 (70,5%) пациента получили химиолучевое лечение по протоколу АТРО-2006, 6 (6,1%) пациентов – по протоколу CWS, 12 (12,2%) пациентов – по протоколу EU-RHAB, 5 (5,2%) – по протоколу HIT-SKK, у 6 (6,1%) больных выполняли индивидуальные схемы терапии.

Результаты. Живы 45 (45,9%), выжили из наблюдения – 5 (5,1%), умерли 48 (49,0%) больных, из них 43 от прогрессирования болезни, 5 пациента от осложнений полихимиотерапии. Выживаемость

без прогрессирования составила  $35\% \pm 0,05$ , общая выживаемость  $38\% \pm 0,07$ , 5-летняя общая выживаемость  $43\% \pm 0,06$ . Медиана выживаемости составила 28 месяцев, медиана выживаемости без прогрессирования болезни – 11,5 месяцев, медиана наблюдения составила – 18 месяцев (1-164 месяц). Выживаемость без прогрессирования достоверно лучше была у больных старше 2 лет по сравнению с пациентами младше 2 лет – 48% и 25% соответственно,  $p=0,00195$ ; у девочек достоверно лучше по сравнению с мальчиками – 47% и 22% соответственно,  $p=0,04329$ ; при тотальной резекции опухоли выживаемость была лучше по сравнению с субтотальным удалением, частичной резекцией и биопсией опухоли – соответственно 48%, 38%, 12% и 0% ( $p=0,05$ ); при проведении лучевой терапии по сравнению с необлученными пациентами – краниоспинальном 61% и локальном – 54%, без облучения – 0% ( $p=0,000000$ ); при M0 стадии по сравнению с M+стадией мультифокальными опухолями и при Mx-стадии – 43%, 20% и 37% соответственно ( $p=0,00073$ ). Выживаемость лучше была при супратенториальной локализации по сравнению с инфратенториальной – 42% и 28% соответственно ( $p=0,042$ ). Среди пациентов, проживших 5 и более лет, лучшую выживаемость имели пациенты, получавшие мультимодальную терапию по протоколу АТРО-2006 (40%) по сравнению с протоколом CWS (17%); а в группе пациентов, проживших 2 года, лучшая выживаемость была выявлена также у пациентов, получивших терапию по протоколу АТРО-2006, чем по протоколам EU-RHAB, индивидуальным схемам терапии, CWS и HIT-SKK – соответственно 43%, 39%, 21%, 17% и 0%,  $p=0,00262$ . Также выживаемость была выше среди пациентов, получивших интравентрикулярное/интратекальное введение химиопрепаратов (Метотрексат, Цитозар, Преднизолон), чем у пациентов получивших только Метотрексат и без введения химиопрепаратов – 42%, 34% и 15% соответственно,  $p=0,00057$ . Выводы. На выживаемость пациентов с АТРО ЦНС достоверно влияли возраст и пол пациента, локализация и инициальное наличие метастазов, объем операции, протокол полихимиотерапии, проведение лучевой терапии и регионарное введение химиопрепаратов.

## ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ – СЕРЬЕЗНАЯ ПРОБЛЕМА В ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

*Остроухова И.П., Куликова Е.В., Чегодаева Н.А., Кузнецов Г.Б.  
Московский медико-стоматологический университет, Детская больница Св. Владимира, Москва*

Цель. Оценить особенности адаптации вегетативной нервной системы у детей школьного возраста, проживающих в крупном мегаполисе, поступивших в педиатрический стационар. Вегетативная нервная система, находясь в центре адаптационно-компенсаторных процессов организма, постоянно реагирует на все жизненные ситуации и поэтому часто испытывает перегрузки.

Задачи. Выявить характер изменений вегетативной нервной системы у детей и подростков, приведших к госпитализации.

Материалы. Проведен анализ 152 случаев вегетативной дисфункции у детей, поступивших в педиатрическое отделение в течение одного года. Дети были школьного возраста 8-16 лет, мальчиков – 83 человека, девочек – 69.

Методы. Проведены общеклинические лабораторные и инструментальные обследования – ЭКГ, ХМ, КИГ, СМАД, ЭхоКГ, ЭЭГ, УЗДГ.

Результаты. Вегетативная дисфункция по симпатикотоническому типу была у 15 человек (мальчиков 73%), по смешанному типу – 62 ребенка, из них 20 с синкопами (мальчиков 70%), по ваготоническому типу – 75 детей, из них 19 человек с синкопами и 28 с синдромом

слабости синусового узла (78% – мальчики). При сборе анамнеза у многих отмечены проблемы перинатального периода, дети были раздражительными, тревожными, отмечались нарушения режима сна, гиподинамия, увлечение гаджетами.

Выводы. При психоэмоциональном напряжении повышается активность лимбико-ретикулярного комплекса. Это обеспечивает координацию вегетативной, соматической и эмоциональной сфер. В начале процесса адаптации отмечается симпатикотония, при длительном существовании перегрузок – ваготония. Данные проведенного анализа свидетельствуют о нарастании дезадаптации у школьников, преимущественно мальчиков, проявляющейся увеличением числа ваготоний и жизнеугрожающих состояний (синкопе, СССУ).

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОБУЧЕНИЯ

*Панина О.А., Бабченко Е.С.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко» Минздрава России, Воронеж*

Актуальность. В настоящее время сохранение и укрепление здоровья детей и подростков является приоритетной социальной задачей общества, поскольку большие нагрузки в школе происходят на фоне незавершенного морфогенеза, гетерохронности развития и недостаточной зрелости основных функциональных систем организма, являясь одной из причин ухудшения здоровья. За последние годы среди обучающихся общеобразовательных школ значительно ухудшились показатели физического развития, полового созревания, повысилась заболеваемость. Как известно, на здоровье школьников оказывает влияние комплекс социально-экономический и других факторов, среди которых важнейшая роль принадлежит учебной нагрузке.

Цель. Проанализировать особенности формирования отклонений в состоянии здоровья школьников с целью определения объема и направлений профилактики факторов риска как основы здоровьесбережения.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные физического развития школьников с точки зрения темпов созревания и гармоничности их морфофункционального состояния показал, что наибольшее число гармонично развитых учащихся отмечено среди 7-8 летних детей (70,7-79,1%). Доля мальчиков с гармоничным развитием с возрастом уменьшалась незначительно: с 73,7% в 1-м классе до 59,8-60,2% – в 9-м классе. Доля девочек с гармоничным морфофункциональным состоянием к этапу предметного обучения в различных образовательных учреждениях уменьшилась на 10-15%. В общеобразовательной школе зарегистрировано в 1,8 раз больше 15-16 летних девочек с дисгармоничным статусом (преимущественно за счет избытка массы тела), чем в лицее. В выпускных классах мальчиков с дисгармоничным развитием (за счет дефицита массы тела) наблюдались больше среди учащихся лицей (25,2%), чем среди выпускников общеобразовательной школы (17,4%). Анализ состояния здоровья детей, поступивших в общеобразовательные учреждения, показывает, что уровень здоровья первоклассников практически одинаков во всех учреждениях. В настоящее время среди учащихся 1-х классов здоровыми являются не более 12% детей, различные функциональные нарушения имеют 50% школьников, хронические болезни – 38%. Результаты комплексной оценки состояния здоровья учеников старших классов свидетельствуют,

что в школе-лицее по сравнению с общеобразовательной школой значительно ниже процент лиц, являющихся абсолютно здоровыми (2,3% vs 10,1%). Кроме того, число подростков, имеющих только функциональные нарушения, также существенно меньше (24,3% vs 38,8%). Соответственно, в школах с интенсивным обучением выше процент учащихся, страдающих хроническими заболеваниями (74,3% vs 51,1%). При сравнительном анализе заболеваемости было установлено, что в школе-лицее распространенность различных расстройств здоровья у старшеклассников значительно выше, чем в общеобразовательной школе: частота функциональных отклонений в 1,7 раза, хронических заболеваний в 1,6 раза. Проведенное нами исследование выявило, что в общеобразовательной школе 43,1% учащихся имеют 1-2 заболевания и 34,7% – 3-4, в то время как в школе – лицее у 42,9% старшеклассников выявляется 3-4 заболевания и у 30,5% – 5-6. Кроме этого, в школе-лицее почти у 7% учеников диагностировано 7-8 и более различных расстройств здоровья. Выводы. Таким образом, большая суммарная учебно-воспитательная нагрузка в сочетании с 5-дневной учебной неделей, недостаточной двигательной активностью, сокращением продолжительности сна и пребывания на свежем воздухе приводит не только к переутомлению детей, снижению их адаптационных возможностей, но и к повышению невротизации, которая в комплексе с неблагоприятными средовыми и биологическими факторами способствует формированию клинически выраженных расстройств здоровья – функциональных нарушений и хронических заболеваний. Современная педагогика должна стать здоровьесберегающей, направленной на приоритет здоровья среди других направлений воспитательной работы школы.

## ОСОБЕННОСТИ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*Панина О.А., Бабченко Е.С., Жукова И.Э.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж*

Актуальность. Эпизоды ОРИ у детей с аллергическими заболеваниями характеризуются более тяжелым и пролонгированным течением. Это связано с иммунологическими особенностями патогенеза аллергических процессов: угнетение фагоцитарной активности макрофагов, повышенный синтез иммуноглобулина E (IgE) и угнетение образования иммуноглобулина A (IgA), интерлейкина-2 (IL-2), др. Негативные изменения отмечаются и со стороны местного иммунитета слизистых дыхательных путей, которое определяется состоянием лимфоидной ткани, уровнем и активностью секреторного IgA (sIgA), антимикробных пептидов (лактоферрина), др. В связи с этим целью исследования явилось изучение состояния местного иммунитета верхних дыхательных путей и изучение эффективности иммунокорректирующей терапии в реабилитационном комплексе рекуррентных инфекций у подростков.

Результаты. Под наблюдением находились дети 10-15 лет, имеющие в анамнезе рецидивирующие ОРИ (не менее 9 эпизодов ОРИ за год) на фоне аллергических заболеваний (атопического дерматита, ринита и т.д.). Были сформированы две группы: основная (1 группа – 23 человека) и контрольная (2 группа – 28 пациентов). Средний возраст детей 1 группы составил 12,8 ± 0,83 лет. Статистически значимых различий в распределении по возрасту и полу в группах не определялось. 1 группы дополнительно принимали иммунокор-

ректирующие препараты. У этих детей за период наблюдения было зарегистрировано 3 эпизода ОРИ (17 случаев во 2 группе, p = 0,05) в виде острого назофарингита легкого течения. Иммунологические показатели в основной группе имели прогностически положительную тенденцию: общий IgE крови к концу 2 месяца наблюдения снизился с 90,3 ЕД/мл ± 52,1 ЕД/мл до 71,1 ЕД/мл ± 27,4 ЕД/мл (p = 0,05), концентрация sIgA слюны в конце 4 месяца выросла в 2,7 раза, лизоцима слюны – в 1,5 раза больше, чем в контрольной группе. Относительное содержание эозинофилов в общем анализе крови нормализовалось на 60 день лечения.

Выводы. Таким образом, реабилитационный комплекс с применением иммунокорректирующей терапии показал высокую эффективность, что связано с регулирующим влиянием как в отношении инфекционного иммунитета, так и аллергических механизмов.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ С HFMK-СИНДРОМОМ

*Панина О.А., Матасова Ю.А.*

*Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж*

Актуальность. В последние годы наметилась тенденция активизации энтеровирусной инфекции в мире, о чем свидетельствуют постоянно регистрируемые в разных странах эпидемиологические подъемы заболеваемости. Клиническая картина при разных типах энтеровирусов сильно различается. Энтеровирусом типа А-16 вызывается так называемый HFMK-синдром (Hands-Fuss-Mund-Krankheit). В России вирус серотипа Коксаки А16 зарегистрирован в 2009-2011 годах в Мурманской области, в 2010 году в Новгородской области, в 2012 году в Ленинградской области. Данные филогенетического анализа позволяют предположить, что энтеровирус Коксаки А16 был занесен в СЗФО из различных источников.

Цель. Изучение эпидемиологических, клинико-лабораторных особенностей течения энтеровирусной инфекции А16 с HFMK-синдромом в Воронежской области.

Материалы и методы. В ходе исследования нами было изучено 14 историй болезни пациентов с диагнозом энтеровирусной инфекции с HFMD-синдромом, находившимися на лечении в БУЗ ВО ВОКИБ. Изучались эпидемиологические, клинические и лабораторные данные (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические показатели крови).

Результаты. При изучении эпидемиологических данных, было установлено, что 3 пациента в начале мая прибыли из Таиланда, 2 пациента были в Египте, 1 пациентка – заболела после туристической поездки в Японию, 1 – вернулась из Турции. При изучении клинических проявлений у больных с HFMD-синдромом выявлено следующее: признаки интоксикации в виде выраженной общей слабости, недомогания, головной боли, умеренной миалгии наблюдались в 40% случаев, температура до 37,5°C отмечалась у 47% больных, более 38°C – у 20% пациентов. У больных с HFMK-синдромом в 84% случаев отмечались единичные афты, размером до 1-2 мм, располагающиеся на слизистой оболочке щек и на языке. Боли в горле различной интенсивности отмечались у 60% больных, гиперемия зева – у 73% пациентов, снижение аппетита – в 13% случаев, кожный зуд по всему телу – в 7%, боли и зуд в области стоп отмечался у 47% больных, боли и зуд в кистях рук – у 40%. Жидкий стул (не более 3 раз в сутки) выявлен у 7% пациентов.



Сыпь в виде небольших везикул, приподнимающихся над поверхностью кожи, заполненных серозным содержимым и окруженных небольшим венчиком гиперемии, диаметром 1–5 мм отмечались в области плеча и предплечья – у 7% больных, на кистях обеих рук и на стопах – в 93% случаев, на лице, спине и животе – в 20%, увеличение периферических лимфоузлов и небных миндалин – у 53% пациентов. Исследование данных общего анализа крови у больных с HFМК-синдромом выявлено: снижение гемоглобина ниже нормы у 40% пациентов, уменьшение количества эритроцитов – у 13%, лейкопения у 73%, лейкоцитоз у 27% больных. В лейкоцитарной формуле крови изменения выявлены следующие: нормальные значения сегментоядерных лимфоцитов были только у 26% пациентов, тогда как у остальных выявлено снижение или увеличение количества этих клеток в равной пропорции. Наличие абсолютной лимфопении у большей части больных является косвенным признаком иммунодефицитного состояния, что требует особого внимания при назначении иммунокорректирующей терапии. Увеличение количества тромбоцитов отмечено у 13%, увеличение СОЭ – у 40% больных, увеличение индекса интоксикации – у 53% больных. При изучении биохимических показателей выявлено, что у 6% пациентов отмечается повышение тимоловой пробы и уровня АлАт. В 7% случаев отмечалась непереносимость глютенa. Гипергликемия крови у больных энтеровирусной инфекцией с HFМК-синдромом выявлена у 47% больных.

Выводы. Инфицирование больных энтеровирусной инфекцией с HFМК-синдромом в 50% случаев произошло за пределами РФ, и они, в свою очередь, явились в ряде случаев источником инфекции для граждан РФ. Клиническое течение этого заболевания часто сопровождается достаточно выраженной интоксикацией, со значительными изменениями в общем анализе крови, что подтверждается результатами исследования индекса интоксикации крови. Практически в половине случаев заболевания выявлено повышение уровня глюкозы крови, что косвенно свидетельствует о поражении поджелудочной железы.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИИ ПРЕМОРБИДНОЙ (САНОГЕНЕТИЧЕСКОЙ) ТЕРАПИИ

**Панков Д.Д., Панкова Т.Б.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России, Москва*

Длительное время нами разрабатываются принципы селективного подхода к лечению людей на преморбидном этапе расстройства здоровья (1987–2019 гг.). Полагаем, что это один из весьма эффективных и экономных способов предотвращения заболевания. При этом у нас сложилось концептуальное представление о предпочтительной на этом этапе тактике выбора терапии. Оно основано на существующих у патофизиологов взглядах о процессе противоборства между саногенетическими и патогенетическими механизмами, как факторе, определяющем уровень здоровья-нездоровья человека. Мы считаем, что на преморбидном этапе этого противоборства сначала целесообразно назначение средств, синергично взаимодействующих с адаптивными механизмами и саногенезом. И только в случае отсутствия желаемого эффекта наступает очередь патогенетической терапии. Главная сложность в реализации данного подхода – распознавание саногенетических

механизмов в условии малосимптомности преморбидных состояний и преобладания на этом этапе субъективных симптомов над объективными. Но на сегодняшний день мы научились дифференцированно интерпретировать даже субъективные симптомы, существенно углубив диагностику как на уровне данных педиатрического осмотра, так и за счет привлечения современного диагностического оборудования. И, отталкиваясь от полученной информации, опираясь на знания фармакодинамики, фармакокинетики и хронофармакологии препаратов, направленно подбирать индивидуальную терапию. Единственное что нужно, чтобы все это реализовать на пользу пациенту – хороший, вдумчивый врачебный анализ на базе фундаментальных знаний. В качестве примера можем привести одно из наших исследований, посвященных часто болеющим детям (ЧБД). В основе этого исследования лежало понимание того, что частые заболевания у ЧБД могут быть не только результатом ЛОР-патологии, но и следствием ослабления активности саногенеза на уровне лимбической системы [Панков Д.Д., Ковригина Е.С., Ключникова И.В., 2015]. Это может происходить по следующей цепочке: риниты ведут к снижению активности рецепторов слизистой носа, что уменьшает индуцируемый ими поток афферентных импульсов в направлении лимбической коры головного мозга, что, в свою очередь, вызывает дезадаптацию и ослабление саногенетических свойств организма. В результате возникают рецидивы ОРЗ в виде ринитов. Само собой, напрашивалась идея о целесообразности «разорвать» этот порочный круг с помощью препарата, усиливающего активность лимбической системы. Учитывая, что речь идет о контингенте детей и проблеме с обонянием, наиболее подходящими здесь могут быть средства с ароматерапевтическим эффектом.

Целью этой работы было сравнить эффективность профилактики ОРЗ у ЧБД стандартными средствами и средствами, включающими ингаляцию эфирными маслами (полагая наличие у них возможность стимулировать через рецепторы обонятельного нерва саногенетическую систему). Пациенты и методы. Исследование проводилось на базе дневного стационара детской городской поликлиники г. Москвы. Под наблюдением находился 101 ребенок в возрасте от 5 до 11 лет (средний возраст составил 7 лет), из них 57 (56,5%) – мальчики и 44 (43,5%) – девочки. В ходе рандомизации все пациенты были разделены на основную (51 ребенок) группу, в которой в комплекс стандартных профилактических мероприятий были включены ингаляции ароматерапевтическим препаратом, представляющим собой комбинацию нескольких эфирных масел, и контрольную (вошли 50 пациентов) группу, в которой терапия проводилась без ингаляций.

Результаты и их обсуждение. В означенный период ОРЗ перенесли 29 детей, из них 10 пациентов основной и 19 пациентов контрольной группы. То есть среди часто болеющих детей, получавших ингаляции, 41 человек (81,5% от группы) не болели в течение всего периода наблюдения. Среди пациентов, получавших альтернативную терапию, не болевших было 62% от группы. При оценке тяжести течения возникших ОРЗ в основной группе отмечалось легкое течение в 70% случаев, в контрольной группе – только у 47% заболевших. Родители половины пациентов, получавших ингаляционную терапию, описывали стабилизацию настроения ребенка. Четверть родителей детей, рандомизированных в основную группу, зафиксировали нормализацию сна у своих детей. Эти эффекты также можно было связать с воздействием ароматерапии на лимбическую систему. Таким образом, применение ингаляционной ароматерапии при профилактике ОРЗ выявило более заметные тенденции к укреплению здоровья в группе ЧБД по сравнению с другой такой же группой, но где ингаляции не использовались.

## ТРАНЗИТОРНОЕ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ У НОВОРОЖДЕННОГО С СИНДРОМОМ ДАУНА, С ПОДТВЕРЖДЕННОЙ МУТАЦИЕЙ ГЕНА GATA1

*Петрова В.И., Пилипенко Ю.Н., Безнощенко А.Г., Платонов А.И., Кривоногов И.И.*

*Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой, Рязань*

Актуальность. Синдром Дауна – самая распространенная хромосомная аномалия. Каждый 10 ребенок с синдромом Дауна имеет транзиторный аномальный миелопоэз (ТАМ). В 90% случаев у них подтверждается мутация гена GATA1. Мутация гена GATA1 повышает риск развития острого лейкоза в первые 5 лет жизни.

Цель исследования. Представить клинический случай ТАМ у новорожденного с синдромом Дауна, с подтвержденной мутацией гена GATA1.

Описание клинического случая. Матери 23 года. В 13-14 недель по УЗИ выявлены признаки хромосомной аномалии плода. 34 недели – лечение в ГБУ РО ОКПЦ: многоводие, инфекция половых путей, плацентарные нарушения. Роды 1, самопроизвольные, 37-38 недель. Родился живой мальчик со средними данными антропометрии. С рождения состояние средней степени тяжести за счет кардио-респираторных нарушений. В связи с нарастанием кардио-респираторных расстройств на 8 день жизни переведен в АРО ГБУ РО «ОДКБ им. проф. Н.В.Дмитриевой». Состояние ребенка отягощалось выраженным отеком, гидроперикардом, гепатоспленомегалией.

Результаты обследования. В гемограмме обращала на себя внимание высокая концентрация бластов периферической крови – 32% на 11 день жизни. Обследование на инфекции из группы TORCH дало отрицательный результат. По данным цитогенетического исследования костного мозга патологии не выявлено. Выявлена мутация гена GATA1. По критериям интерпретации патогенный, очень сильный. Мальчик консультирован онкологом: Транзиторный аномальный миелопоэз у ребенка с синдромом Дауна (лейкемоидная реакция бластного типа). Таким образом, окончательный диагноз: Неонатальный сепсис: пневмония тяжелое течение, системный воспалительный ответ. Полиорганная недостаточность: ДН III. Гидроперикард. Асцит. Синдром Дауна. Транзиторное миелопролиферативное состояние (лейкемоидная реакция бластного типа). ВПС: ДМЖП, ОО, НК. Двусторонняя пиелозктазия. Перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза, острый период, судорожный синдром в анамнезе. Анемия смешанного генеза. Ребенок получал лечение в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами, принятыми в неонатологии. На 63 день ребенок выписан домой с нормализацией показателей гемограммы, в стабильном состоянии. Выводы. 1. Транзиторный аномальный миелопоэз – редкий клинический симптомокомплекс, сопровождающий синдром Дауна. 2. Дети с синдромом Дауна и транзиторным аномальным миелопоэзом имеют мутацию гена GATA1. Следует учитывать интерпретацию агрессивности данного гена у конкретного пациента. 3. При обнаружении мутации гена GATA1 у ребенка с синдромом Дауна целесообразна консультация онколога.

## БОЛЕЕ 115 ЛЕТ СЛУЖЕНИЯ. МОРОЗОВСКАЯ БОЛЬНИЦА. ТВОРЧЕСКИЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ НАСУЩНЫХ ПРОБЛЕМ В ПЕДИАТРИИ

*Петрайкина Е.Е., Анджель А.Е., Валиева С.И., Витковская И.П., Куркин А.П., Карасева Е.А., Выхристюк О.Ф., Савенкова М.С.*

*Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы, Москва*

Морозовская детская больница открылась в 1903 г. на пожертвование мецената В.Е. Морозова, чтобы «служить удовлетворению нужд бедных жителей Москвы». Рациональная организация работы, сестринский уход и грудное молоко позволили снизить летальность с 70 до 40%. За прошедшие более 115 лет Морозовская больница превратилась в один из крупнейших детских стационаров Москвы с уникальными в системе городского детского здравоохранения профилями медицинской помощи: гематология, гинекология, детская онкология, ревматология, трансплантация органов и тканей, в том числе, костного мозга, в которой работают 9 из 24 детских Главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения Москвы, 13 детских Центров специализированной медицинской помощи. С начала работы сотрудниками был избран творческий подход к решению проблем педиатрии. С 50–60-х гг. XX в. построенная первоначально как инфекционная, больница превращается в многопрофильную. Были организованы первые в СССР отделения в условиях детского городского круглосуточного стационара: в 1953 г. офтальмологическое (65 лет в 2018 г.); в 1963 г. – онкологическое, в 1964 г. – эндокринологическое (55 лет в 2019 г.), в 1965 г. – гематологическое отделения, в 1967 г. – отделение для новорожденных детей с поражением нервной системы, в 1972 г. – отделение нейрохирургии и другие специализированные отделения. Если одним словом охарактеризовать спектр проблем педиатрии, которые были разрешены в стенах Морозовки, то наиболее подходящим будет «впервые». Морозовская больница – колыбель целого ряда школ отечественной педиатрии: педиатрической патологической анатомии (профессора Т. Е. Ивановская и А.Г. Талалаев), инфекционных болезней (академик АМН СССР Н. И. Нисевич и академик РАН В.Ф. Учайкин), онкологии и гематологии (академик АМН СССР Н. С. Кисляк и академик РАН А.Г. Румянцев), эндокринологии (профессора М. М. Бубнова, М. И. Мартынова и академик РАН В.А. Петеркова), неврологии (академик АМН СССР Л. О. Бадалян, профессор А.С. Петрухин), кардиологии (профессор Н. А. Белоконь), пульмонологии (профессор Н. А. Тюрин), педиатрии и неонатологии (академик АМН СССР М.Я. Студеникин и профессор Г.А. Самсыгина), офтальмологии (профессор Е.И. Ковалевский и член-корреспондент РАН Е.И. Сидоренко), оториноларингологии (член-корреспондент РАН М.Р. Богомильский) и другие знаменитые педиатры, сделавших ее научно-практическую школу знаменитой не только в России, но и за рубежом. В октябре 2017 г. открылся Новый инновационный современный корпус на 500 коек, площадью 72 квадратных метров, что больше суммарной площади всех корпусов, в которых оказывалась помощь в больнице ранее (рисунок 2), снова впервые в системе детского городского здравоохранения Москвы здесь открылись отделения экстренной кардиохирургии и интервенционной кардиологии, трансплантации органов и тканей, в том числе, трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, ревматологии, наследственных нарушений обмена веществ (орфанных заболеваний) и другие. Всего в больнице более 3000 единиц новейшего медицинского оборудования. В настоящее время Морозовская детская больница – самый крупный и многопрофильный московский детский городской скорпомощной

круглосуточный стационар, в 2018 г. осуществивший 133753 из 421651 городских детских госпитализаций – каждая третья детская госпитализация в Москве, до 800 пациентов ежедневно. Сегодня Морозовская больница – один из ведущих центров мира по оказанию помощи детям и подросткам с рождения до 18 лет – 27 профилей оказания медицинской помощи, 35 отделений. Круглосуточно, без выходных, в стационаре работает междисциплинарная команда врачей – педиатры, неонатологи, неврологи, нейрохирург, анестезиологи-реаниматологи, детские хирурги, травматологи-ортопеды, офтальмологи, гематолог, детский онколог, детский эндокринолог, оториноларингологи, челюстно-лицевой хирург. Аналогичной одномоментной круглосуточной работы столь многопрофильной бригады врачей-специалистов нет ни в одном детском стационаре России и мира. Также круглосуточно работают врачи клиничко-лабораторной, ультразвуковой, лучевой диагностики (круглосуточная возможность всех УЗИ, рентгеновских, КТ и МРТ-исследований), и врачи-эндоскописты, владеющих полным спектром профильных исследований. Все, что сделано и еще предстоит, преемственно продолжает славные традиции одного из старейших детских стационаров России с реализацией проверенного десятилетиями девиза, предложенного основателями общедоступной детской больницы с неизбирательной госпитализацией – Милосердие и профессионализм.

## ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ МОСКВЫ: СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

*Петрайкина Е.Е., Новицкая А.И., Воронцова И.Г.*

*Морозовская детская городская клиническая больница  
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва*

В Москве на 01.01.2018 г. – 12 506 468 человек, их них 2 052 657 детей и 295 880 подростков. Количество московских детей и подростков, страдающих эндокринной патологией, увеличилось с 73073 до 78261 человек, что на 7% больше по сравнению с предыдущим годом. Заболеваемость эндокринной патологией у пациентов до 18 лет возросла за последние 10 лет в 2 раза. При проведении диспансеризации детским эндокринологом у 19% осмотренных выявляется эндокринная патология, что демонстрирует факт – пациентов до 18 лет с эндокринными нарушениями больше, чем зарегистрированных и состоящих на диспансерном учете. В городском Центре детской эндокринологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ Департамента здравоохранения Москвы» с 2009 г. работает круглосуточная консультативная помощь врачам и пациентам в рамках телефонной «Горячей линии» по проблемам детской эндокринологии. В 2018 г. на нее обратилось 1698 родителей пациентов, подростков, взрослых пациентов, страдающих эндокринными заболеваниями, а также врачи различных специальностей не только Москвы, но и других регионов России. Заболеваемость эндокринной патологией в Москве в 2018 г. составила 1276,3 у детей, 1919,4 – у подростков, сахарным диабетом (СД): дети – 24,1, подростки – 18,9. Страдают СД 2744 детей и 1046 подростков. Течение СД 1 типа (СД1) у детей и подростков характеризуется лабильными показателями гликемии, склонностью к гипогликемическим состояниям. Для предотвращения развития осложнений СД1, инвалидизации, смертности и сохранения трудоспособности внедряются инновационные технологии. Активно используется непрерывный мониторинг гликемии в течение нескольких суток – 2017 г. 675, 2018 г – 702 пациентов. Интегрированным показателем компенсации СД является гликированный гемоглобин (HbA1c). По данным городского регистра

СД в 2018 г., в среднем, составил 7,4 у детей и 8,1 у подростков, что сопоставимо с показателями развитых стран мира, но требует дополнительных усилий по улучшению качества медицинской помощи, так как только каждый пятый пациент до 18 лет достигает целевых значений HbA1c до 7%, что особенно драматично, учитывая факт сохраняющейся наибольшей заболеваемости у детей до 7 лет. В 2018 г. использовали самый современный метод инсулинотерапии – дозаторы (помпы) 1159 из 3790 пациентов с СД1 до 18 лет – 30,6%. Помповая инсулинотерапия ассоциирована с улучшением гликемического контроля и удобства для пациентов. Уменьшение риска осложнений при помповой терапии также достигается тщательным самоконтролем. Динамика показателей детского ожирения в Москве демонстрирует отсутствие увеличения профильных пациентов на диспансерном учете, что требует продолжения проведения дальнейших превентивных мероприятий. Москва является регионом с подтвержденным легким йодным дефицитом, что также требует проведения профилактических мероприятий. В 2016 г. йодоурия у школьников разных округов соответствует норме – 138,4. Ранняя диагностика врожденного гипотиреоза (ВГ) и врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) стала возможной с внедрением массового неонатального скрининга. Скрининг позволяет поставить диагноз в первые недели жизни ребенка, своевременно назначить лечение и избежать тяжелых и необратимых осложнений. В 2018 г. выявлено 65 детей с ВГ и 15 с ВДКН. В Москве 335 детей и 48 подростков страдают ВГ; 177 детей и 20 подростков – ВДКН. Своевременная диагностика СТГ-дефицита у детей с задержкой физического развития, дает возможность вовремя выявить и назначить заместительную терапию гормоном роста (ГР), что позволяет обеспечить благоприятный прогноз, достичь прогнозируемого и социально-приемлемого роста, избежать инвалидизации и улучшить качество жизни. Всего в Москве таких пациентов 382, в 2018 г. выявлено заболевание у 41 ребенка и 9 подростков. Перспективным направлением развития детской эндокринологии в Москве является развитие пациенто-ориентированных технологий оказания медицинской помощи с использованием инновационных методов обследования и лечения в ежедневной клинической практике – flesh-мониторинга гликемии в режиме реального времени, развитие помповой инсулинотерапии, пациентских школ в различных форматах – от мастер-классов до программы «равный – равному» с привлечением родителей пациентов с эндокринными заболеваниями, которым удалось достичь целевых показателей компенсации болезни для обучения семей впервые заболевших, подростков и др. Повышение эффективности, качества, доступности и пациентоориентированности многопрофильной медицинской помощи детям и подросткам – основная задача детского здравоохранения Москвы.

## К 55-ЛЕТИЮ ОТДЕЛЕНИЯ ЭНДОКРИНОЛОГИИ МОРОЗОВСКОЙ БОЛЬНИЦЫ – ПЕРВОГО В СССР В ГОРОДСКОМ ДЕТСКОМ СТАЦИОНАРЕ

*Петрайкина Е.Е., Рыбкина Е.Е., Новицкая А.И., Воронцова И.Г., Выхристюк О.Ф., Петеркова В.А.*

*Морозовская детская городская клиническая больница  
Департамента здравоохранения города Москвы, Москва*

Эндокринологическое отделение ГБУЗ «Морозовская ДГКБ Департамента здравоохранения Москвы» открыто в 1964 году Департамента здравоохранения Москвы совместно с заведующей кафедрой педиатрии лечебного факультета 2 МОЛГМИ им.



Н.И. Пирогова профессором, д.м.н. М.М. Бубновой и профессором, д.м.н. М.И. Мартыновой – пионерами в медицинской помощи детям с эндокринологическими заболеваниями, руководившими эндокринологической секцией Московского общества детских врачей. Это первое отделение для детей с эндокринной патологией в СССР в городской больнице стало центром по подготовке детских эндокринологов, педиатров по эндокринной патологии. Приоритетное направление научно-практической работы – сахарный диабет 1 типа (СД1) у детей – наиболее часто встречающаяся ургентная и тяжелая патология. За 55 лет работы отделения помощь в лечении СД получили примерно 45 тысяч детей. Ежегодно в отделение поступают до 550 детей с впервые выявленным СД. Почти 80% детей при поступлении требуют неотложной терапии в связи с диабетическим кетоацидозом (ДКА). За все годы около 5000 детей поступили в состоянии ДКА. В 1963 г. издана первая в стране монография «Сахарный диабет у детей» (М.М. Бубнова, М.И. Мартынова). Разработаны уникальные методики лечения ДКА и ДК, не имеющие аналогов в мировой ургентной диабетологии. Круглосуточно консультируются больные в отделениях больницы, клиниках Москвы и РФ, в том числе, в рамках открытой в 2009 г. телефонной «Горячей линии» с круглосуточным дежурством детского эндокринолога – единственных в РФ. Проконсультировано более 5000 членов семей пациентов и коллег из всех регионов России. С 1998 года работает «Школа диабета», ранее с 1964 – «Школа матерей». Проведено более 3000 занятий, обучено более 10000 родителей впервые заболевших СД1 детей – первый курс профильного обучения для большинства пациентов в Москве. Проходят ординатуру, повышают квалификацию по эндокринологии врачи и ординаторы ГБУЗ «Морозовская ДГКБ Департамента здравоохранения Москвы», различных педиатрических кафедр медицинских ВУЗов и НМИЦ МЗ РФ. С 1964 отделением заведовала к.м.н. В.Н. Янковская, с 1967 – к.м.н. Л.В. Демидова, с 1983 – врач высшей категории А.П. Андрейченко, с 1987 – врач высшей категории В.Ф. Пилютик, с 2002 – д.м.н. Е.Е. Петрайкина, с 2011 г. по настоящее время – врач высшей категории И.Г. Рыбкина. В 2014 г. открыт городской Центр детской эндокринологии Департамента здравоохранения Москвы, с 2015 г. – ординатура для подготовки по специальности «Детская эндокринология». В 2012 году авторская методика лечения ДКА Морозовской больницы удостоилась Премии Мэра Москвы по медицине, в 2014 г. была включена в Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями Российской ассоциации эндокринологов. Впервые в РФ применена помповая инсулинотерапия, мониторинг гликемии в режиме реального времени у пациентов с манифестным СД и гиперинсулинизмом; непрерывный мониторинг гликемии в режиме реального времени при доклинической стадии СД. В сотрудничестве с иммуно-генетическими лабораториями НМИЦ эндокринологии МЗ РФ, Института генетики РАН и МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ внедрено молекулярно-генетическое обследование детей до 1 года с СД на выявление генетических мутаций как причины неонатального СД, многие описаны впервые в РФ и в мире, что позволило впервые в РФ осуществить перевод терапии СД с инвазивного режима многократных инъекций инсулина на терапию таблетированными препаратами сульфонилмочевины с достижением целевой компенсации, а у некоторых – стойкой ремиссии заболевания, независимо от его длительности. Улучшилось качество оказания медицинской помощи детям с эндокринными опухолями, нарушениями формирования пола, врожденными эндокринными аномалиями у новорожденных детей. В отделении было защищено 10 докторских и 35 кандидатских диссертаций, опубликовано

более 1500 статей и тезисов в отечественной и международной научной прессе. В настоящее время методики обследования и лечения детей в Центре детской эндокринологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ Департамента здравоохранения Москвы», благодаря поддержке Правительства и Департамента Здравоохранения города Москвы по оборудованию, лекарственному оснащению и сотрудничеству с ведущими отечественными и международными детскими клиниками и лабораториями, соответствуют мировым стандартам по всем направлениям, в рамках междисциплинарного персонализированного подхода – «один врач – один пациент» в режиме «одного окна». Это пациентоориентированная модель на современном этапе реализует принцип работы нашего стационара, сформулированный его создателями более 115 лет назад, в 1903 г. – «Милосердие и профессионализм».

## ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ НА ДОМУ

*Прокопьев Г.Г., Цыпин Л.Е., Деменьшин И.Ф., Кириенко П.Н.,  
Постникова Е.В.*

*Научно-практический центр специализированной  
медицинской помощи детям Департамента здравоохранения  
Москвы им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Москва*

Значительное количество заболеваний у детей, как врожденных, так и приобретенных, может осложняться острой или хронической дыхательной недостаточностью. Зачастую единственным методом лечения в этих случаях является продолжительная респираторная поддержка, то есть протезирование функции внешнего дыхания аппаратным способом. Подобная помощь требуется пациентам с заболеваниями, которые можно распределить на несколько групп: 1) медленно прогрессирующие нейромышечные заболевания (мышечная дистрофия Дюшенна, Эрба и др., спинальные мышечные атрофии Верднига–Гоффмана, Кугельберга–Веландера и др., миастении), 2) нарушения дыхания центрального генеза (центральный гиповентиляционный синдром – синдром «проклятья Ундины», различные постинфекционные, постишемические, посттравматические, опухолевые поражения головного и спинного мозга, аномалии развития головного мозга – синдром Арнольда–Киари и др.), 3) повреждение легочной паренхимы (фиброз ткани легкого, хроническая эмфизема), 4) нарушение проходимости дыхательных путей (синдром сонного апноэ, аномалии развития дыхательных путей). Респираторная поддержка таким пациентам может проводиться длительное время, а иногда пожизненно, что делает актуальным ее проведение в домашних условиях. В европейских странах аппаратную респираторную поддержку на дому получают в среднем 6,6 пациентов на 100 тыс. населения, во Франции это более 6 тыс. пациентов, в Германии – более 4 тыс., в Португалии, чье население сопоставимо по численности с населением Москвы, – около 800 пациентов. Более половины этих пациентов моложе 15 лет. Данная помощь позволяет значительно улучшить качество жизни пациента, снизить угрозу внутригоспитальных инфекций, уменьшить летальность, экономически целесообразна, так как значительно снижает расходы на лечение. Обязательными условиями для перевода пациента на искусственную вентиляцию легких домой являются желание родителей и их умение ухаживать за пациентом на ИВЛ, наличие комплекта необходимого оборудования и консультативная помощь специализированного медицинского центра. Обучение родителей основам ухода, асептики антисептики и ИВЛ должно проводиться в отделениях реанимации, где находится ребенок и продолжаться в отделении паллиативной помощи. В НПЦ специализированной

медицинской помощи детям Департамента здравоохранения Москвы им. В.Ф. Войно-Ясенецкого есть опыт проведения длительной аппаратной респираторной поддержки 67 пациентам детского возраста с максимальным сроком ИВЛ более семи лет.

## ХРОНИЧЕСКИЕ АБДОМИНАЛЬНЫЕ БОЛИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННОГО СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА У ДЕТЕЙ

*Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Алхасов А.Б., Галибин И.Е., Титова Е.А., Столянкин А.А., Зайнулабидов Р.А.*

*Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова, Москва*

Актуальность. КСЧС это заболеванием являющейся причиной хронических абдоминальных болей. У 10-24% населения в той или иной степени имеется сдавление чревного ствола дугообразной связкой диафрагмы вследствие чего могут возникать симптомы абдоминальной ишемии.

Материалы и методы. С 2015 по 2019 г. в ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова находились на лечении 41 пациентов с диагнозом КСЧС в возрасте от 8 по 17 лет. Мальчиков 31 (76%), девочек 10 (24%). Так же у 17 их них имелись сочетанные патологии в виде ВДГК, ЖПР, КДГК. Пациентам диагноз выставлен на основании данных анамнеза, жалоб, результатов УЗИ в режиме импульсивно-волнового доплера, МСКТ с внутривенным усилением и ангиографии. После комплексного обследования была выполнена операция лапароскопическая декомпрессия чревного ствола 32 пациентам и диссекция чревного ствола через лапаротомный доступ 2 пациентам. Во всех случаях основной причиной компрессионного стеноза чревного ствола явилась срединная дугообразная связка диафрагмы в сочетании с нейрофиброзной тканью чревного сплетения.

Результаты. Длительность операции в среднем составила – 50 мин. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось. Пациенты после выполненного оперативного вмешательства выписаны в удовлетворительном состоянии. Детям выполнялось контрольное обследование в позднем послеоперационном периоде, на котором была подтверждена декомпрессия чревного ствола. Клинически симптомы абдоминальной ишемии в послеоперационном периоде не проявлялись. Заключение. На данный момент каждый пациент с синдромом компрессии чревного ствола остается сложным для клинициста. Важнейшим вопросом в обследовании и лечении таких пациентов остается определение показаний к оперативному вмешательству. До сих пор хирургическая декомпрессия чревного ствола вызывает множество тактических вопросов. На сегодняшний день очевидно, что оптимальным доступом для выполнения декомпрессии чревного ствола является лапароскопический.

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ

*Романов Д.В., Сафин Д.А., Брылеева А.А.*

*Центр Сосудистой Патологии, Москва*

Цель и задачи работы. Младенческая гемангиома представляют собой доброкачественную сосудистую опухоль, которая имеет определенные периоды развития, характерные только для данной опухоли: пролиферация, стабилизация роста, инволюция. С открытием действия бета-адреноблокаторов на патологические сосуды младенческих гемангиом, произошло изменение лечебной

тактики от агрессивной хирургической (удаление образования) к консервативной медикаментозной (терапия в виде локального или системного применения бета-адреноблокаторов).

Целью нашей работы было представление результатов лечения медикаментозного лечения детей с младенческими гемангиомами для повышения информированности врачей первичного звена о возможностях и преимуществах данного вида лечения. Материалы и методы выполнения. Проведен ретроспективный анализ терапии бета-адреноблокатором (атенолол) детей младенческими гемангиомами, которые проходили лечение в Центре Сосудистых Патологий (Москва) за период апрель 2018 по апрель 2019 гг. В данный период лечение проводилось 403 детям. Мальчиков было 176 (43,6%) девочек – 227 (56%). Терапия применялась пациентам в возрасте от 3 недель до 16 месяцев. Из них МГ были расположены: в области головы и шеи у 194 (48,2%) пациентов; в области туловища у 87 (21,6%); в области конечностей – 57 (14,2%); множественные МГ (до 5 гемангиом) у 44 (10,8%) пациентов, гемангиоматоз (более 5 гемангиом) у 21 (5,2%) детей. Всем детям проводился амбулаторный подбор терапии (подбор дозировки одним днем) бета-адреноблокатором (атенолол). Назначение перорального атенолола проводилось в дозе 0,5 мг/кг массы тела в день. Доза делилась на две равные части и давалась каждые 12 часов. Средний курс лечения составил 4,5 месяца.

Полученные результаты. Частота положительного ответа для пациентов с МГ, получавших атенолол, составляла 98% (диапазон 82-100%), который выразился в достоверных признаках инволюции гемангиом. Переносимость атенолола была хорошей: нарушения дыхания и сна на фоне терапии не выявлены, снижения уровня глюкозы в крови у пациентов не наблюдалось. Серьезные побочные эффекты были редкими: симптоматическая гипотензия у двух пациентов и симптоматическая брадикардия в одном случае. Данные побочные явления разрешились, после временной отмены препарата и нормализации режима приема.

Выводы. Назначение перорального атенолола является безопасным и эффективным методом лечения младенческих гемангиом. Но при назначении данного вида лечения необходимо учитывать, что оно проводится «офф-лейбл» (не по инструкции), что влечет за собой определенную юридическую врачебную ответственность. В большинстве случаев подбор терапии проводится в условиях стационара, но при наличии определенного опыта возможно назначение атенолола в амбулаторных условиях (одним днем).

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ЭКЗАНТЕМОЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

*Рубцова А.А., Каширина Э.А., Югай Н.М., Загидуллина С.Г., Карабанова О.Б.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Москвы «Детская городская поликлиника № 99» Департамента здравоохранения Москвы, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 110» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Цель работы. Изучение течения и клинической картины парвовирусной инфекции для оптимизации дифференциальной диагностики в условиях поликлиники. Дизайн исследования. Исследование

проведено на базе педиатрического отделения детской поликлиники, включены дети с проявлениями сыпи, характерной для парвовирусной инфекции в возрасте от 3 до 14 лет.

Материалы и методы. Наблюдение от появления первых жалоб до клинического выздоровления, лабораторная диагностика (клинический анализ крови, ПЦР, ИФА – Ig G, IgM – качественное определение), наблюдение в катамнезе (клинический анализ крови, УЗИ, ЭХО-КГ, ЭКГ), Статистическая обработка проведена в программе Office Excel 2010. Собственные наблюдения: Всего под нашим наблюдением находилось 32 пациента в возрасте от 3 до 14 лет. У всех пациентов поводом для обращения было появление сыпи (100%). Проводилось изучение вакцинального анамнеза, эпидемиологического анамнеза, развитие клинических симптомов, характер экзантемы и ее развитие. Таким образом исключались другие инфекционные заболевания, сопровождающиеся экзантемой. При этом у всех детей наблюдалась яркая эриема на щеках, затем она трансформировалась в пятнисто-папулезную сыпь у 19 детей (59,4%), у 3-х пациентов отмечался симптом «носков» (9,4%). Отмечалось быстрое обратное развитие эритемы с образованием «кружевной» сетчатой сыпи. Симптомы общей интоксикации не были выражены, катаральные явления были непродолжительны (3-5 дней), а лихорадка у большинства детей была субфебрильной (87,5%). Стихание клинической картины сопровождалось бесследным исчезновением сыпи без вторичных изменений кожи. В большинстве случаев было обращение за медицинской помощью к врачу-педиатру на стадии проявления «кружевной» сетчатой сыпи, наличие первичных симптомов было выяснено при анамнестическом исследовании. Также из анамнеза стало известно, что при первичном осмотре на дому, в связи с отсутствием других субъективных жалоб у детей и врачом-педиатром был заподозрен аллергический дерматит. Однако, связи между появлением сыпи и контактом с аллергеном, а также клинического улучшения от противоаллергической терапии у детей, включенных в данную группу, не наблюдалось. Лабораторное обследование с целью верификации диагноза было возможно провести только у 24 пациентов (ПЦР, ИФА). Все исследования проводились с 4-10 день болезни, при обращении за медицинской помощью. Из них в 100% обнаружена репликация вируса В19 (Среднее, М+м = 3,21+1,66 копий/мл), корреляционной зависимости данного показателя от дня заболевания не обнаружено. Серологическая диагностика показала, что у большинства детей обнаружены только IgG, и только у 3-х пациентов IgM 9,4%. Проведенное катамнестическое наблюдение показало, что количество случаев острой респираторной инфекции в течение 1-го года после перенесенного заболевания не изменилось. ЭХО – КГ с доплерографическим исследованием проведено в период реконвалесценции и через 9-12 мес. наблюдения, у 25 детей (78,1%) выявлена дополнительная хорда в полости левого желудочка. На ЭКГ в периоде стихания инфекции выявлена дисфункция синусового узла (нарушение процессов реполяризации, синусовая бради, тахикардия и др.), однако при сравнении с ЭКГ до заболевания и через 1 год после изменений электрической активности сердца, а также морфологических и функциональных изменений не обнаружено. Выводы. В нашем исследовании отмечалось легкое течение заболевания, единственным поводом для обращения за медицинской помощью при котором была сыпь, что могло повести врача-педиатра по ложному пути клинической диагностики. Для подтверждения диагноза недостаточно применения только серологической диагностики, необходимо проведение ПЦР. За детьми, перенесшими парвовирусную инфекцию необходимо устанавливать диспансерное наблюдение не менее 1 года в условиях педиатрического участка.

## СОЗДАНИЕ НОВОЙ МОДЕЛИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЕРЕЖЛИВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

*Рубцова А.А., Моисеева Е.И., Лыков Ю.Г., Шилова Л.Ю.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Москвы «Детская городская поликлиника № 99» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Цель работы. Оптимизация стандартных процессов в работе поликлиники с использованием бережливых технологий для повышения удовлетворенности пациента, доступности медицинской помощи, а также повышения вовлеченности персонала детской поликлиники в условиях мегаполиса.

Дизайн исследования. Работа проведена на базе ГБУЗ г. Москвы ДГП № 99 Департамента здравоохранения Москвы в рамках пилотного проекта «Бережливая поликлиника», составлены 280 первичных карт посещения поликлиники пациентами. Участники проекта – 4 рабочие группы, созданные на базе филиалов, первично вовлеченный персонал – 28 человек.

Материалы и методы. Метод картирования с использованием хронометража, метод анкетирования, Лин-технология, 5С-технология, статистический метод, внедрение и анализ разработанных СОП. Полученные результаты. Впервые в г. Москве в условиях детской городской поликлиники нами было проведено картирование с использованием хронометража времени пациента при посещении пациентом детской поликлиники было проведено с 280 пациентами. Сотрудники детской поликлиники сопровождали пациента от входа до выхода из поликлиники, за исключением посещения врача и/или процедуры. Были проанализированы выявленные «временные потери» пациента, созданы общие карты текущего состояния процессов. В результате проведенного исследования одновременно в 4-х филиалах детской поликлиники были запущены 4 проекта: «Оптимизация работы дежурного врача» (1), «Оптимизация процессов поступления и распределения бланков лабораторных анализов из клиничко-диагностической лаборатории 1-го уровня» (2), «Оптимизация процессов вызова врача на дом через Call-центр» (3), «Оптимизация процесса вакцинации и туберкулинодиагностики» (4). На основе полученных результатов в рамках открытых проектов был разработан план-график реализации проекта (экшн-план), проведен анализ выявленных причин, осуществлена постановка и проверка гипотез, разработаны и апробированы методики изменения процессов. В ходе работы отмечена инициатива и вовлечение дополнительных участников, интерес не только сотрудников, но и пациентов. При получении промежуточных результатов в 2-х проектах было проведено дополнительное картирование и анализ полученных результатов. В качестве решения выявленных проблем были проведены следующие мероприятия: перенаправление потоков пациентов, перераспределение площадей, проведены рациональные настройки оргтехники (принтеры, сканеры и др.), проведена адаптация речевых скриптов при ответе оператора Call-центра, сотрудников «стойки информации», а также разработаны стандартные операционные процедуры (СОП) ответа и применены 5С-технологии организации рабочего пространства врача педиатра, сотрудника картоохранилища, сотрудника прививочного кабинета и Call-центра. В ходе проведенной проектной работы во всех 4-х проектах были получены ожидаемые эффекты. В проекте (1) – сокращение времени пребывания больного ребенка в «день здорового ребенка» в поликлинике на 10%; в проекте (2) – сокращение потери результатов анализов на приеме участкового врача-педиатра с 14% до 0%, снижение количество необоснованные приемов у врачей



педиатров участковых, связанных с несвоевременным поступлением результатов анализов с 10% до 0%; в проекте (3) – увеличение пропускной способности Call-центра (уменьшение количества попыток дозвониться с 2 и более до 1, уменьшение среднего времени ожидания ответа оператора с 2,5 мин до 1,5 мин, повышение удовлетворенности пациентов (по обращениям) с 70% до 0%); в проекте (4) – сокращение среднего времени, затрачиваемого пациентом на вакцинацию с 82 мин до 50 мин, сокращение среднего времени, затраченного на процесс туберкулинодиагностики с 300 мин до 35 мин. Результаты проведенной работы перекрестно внедрены во всех филиалах ГБУЗ г. Москвы ДГП № 99 Департамента здравоохранения Москвы.

Выводы. Результаты, полученные в проекте, позволили не только устранить данные «временные потери» в частных случаях, но и изменить структуру проблемы в целом, а также изменить в положительную сторону отношение вовлеченных сотрудников и всего коллектива к проблеме.

## БЕРЕЖЛИВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ: ВПЕРЕД В ПРОШЛОЕ ИЛИ НАЗАД В БУДУЩЕЕ?

**Рыков М.Ю.**

*Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва*

Обоснование. Организация медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в некоторых медицинских организациях характеризуется существенными дефектами: неравномерное распределение потока пациентов по кабинетам научно-консультативных отделений; длительное время ожидания пациентов на амбулаторном этапе; отсутствие системы маршрутизации пациентов; чрезмерная длительность госпитализации больного; низкий оборот койки и низкая достоверность статистических данных, в том числе катанеза. Из этого следует, что эффективность работы медицинских организаций, следовательно, доступность и качество медицинской помощи, находятся на низком уровне.

Цель исследования. Повышение доступности и качества медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями.

Методы. Совместно с ГК «Росатом» в НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России реализован проект «Интеграция научно-консультативного, диагностического и стационарных отделений в единую систему маршрутизации пациентов в НИИ детской онкологии и гематологии». Результаты. Время, затрачиваемое на обследование, сокращено до 3 дней, время ожидания начала лечения – до 1 дня, средней длительности госпитализации сокращена до 15 к/д, оборота детской онкологической койки увеличен до 27 чел. и разработана система навигации пациентов с учетом оптимизации маршрутов их перемещения внутри медицинской организации.

Заключение. Принципы научной организации труда впервые сформулированы в 60-70-х гг. XX в. в СССР и, позднее, заимствованы зарубежными специалистами при разработке различных систем управления, основанных на принципах «бережливого» производства: борьба с потерями; рационализация рабочего места и процесса; предотвращение ошибочных действий персонала и т.д. Применительно к медицинским организациям внедрение «бережливых» технологий подразумевает сокращение времени, которое пациенты проводят в очередях, и расстояний, которые они преодолевают внутри медицинской организации, рационализация действий медицин-

ского персонала, повышение оборота онкологической койки и т.д., то есть меры, направленные на повышение доступности и качества медицинской помощи, создание пациент-ориентированной среды. Таким образом, внедрение «бережливых технологий» направлено на приведение медицинских организаций в соответствие с ожиданиями пациентов, что, безусловно, чрезвычайно важно, но, вероятно, требовало реализации несколько десятилетий назад с постоянным совершенствованием описанных принципов в дальнейшем.

## ПОВЫШЕНИЕ РАННЕЙ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ

**Рыков М.Ю., Манерова О.А., Козлов В.В., Турабов И.А., Решетников В.А.**

*Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Северный государственный медицинский университет Минздрава России, Москва*

Актуальность. За последние десятилетия продолжается неуклонный рост числа онкологических заболеваний у детей, большая часть из которых выявляется на распространенных стадиях. Это определяет особую актуальность совершенствования системы организации медицинской помощи.

Цель исследования. Повышение ранней выявляемости злокачественных новообразований у детей.

Материалы и методы. В медицинских организациях Архангельской области («пилотный» регион) в клиническую практику врачей-участковых педиатров в 2016 г. внедрен «Алгоритм определения целесообразности направления пациента на консультацию к врачу-детскому онкологу», направленный на повышение ранней выявляемости злокачественных новообразований у детей. В рамках оценки эффективности «Алгоритма» и результатов его внедрения проведено сравнение двух групп пациентов с гистологически верифицированными солидными злокачественными новообразованиями (за исключением опухолей головного и спинного мозга): 1. Первая группа – 49 пациентов, получавших медицинскую помощь в Архангельской области в 2011–2015 гг. (до проведения организационного эксперимента, далее – группа 2011–2015 гг.); 2. Вторая группа – 51 пациент, получавший медицинскую помощь в отделении детской онкологии Архангельской области в 2016–2018 гг. (контрольная группа, далее – группа 2016–2018 гг.).

Результаты. Среди пациентов группы 2011–2015 гг. умерло 20 (40,8%) пациентов, рецидивы развились у 14 (28,6%), нарушение протоколов лечения отмечено у 16 (32,7%), достигли ремиссии 20 (40,8%). Среди пациентов группы 2016–2018 гг. умерло – 11 (21,6%) пациентов, рецидивы развились у 11 (21,6%), нарушение протоколов лечения отмечено у 6 (11,8%), достигло ремиссии – 11 (21,6%). При помощи метода Каплана–Мейера произведено сравнение времени дожития 100 пациентов в зависимости от периода лечения: 2011–2015 гг. и 2016–2018 гг. Выявляются статистически значимые различия выживаемости в группах наблюдения. Среднее время дожития в группе 2016–2018 гг. статистически значимо увеличилось по сравнению с временем дожития пациентов, получавших лечение в 2011–2015 гг. – 30,3±1,57 мес. против 25,04±2,05 мес (p=0,045). Статистически значимо сократились временные параметры различных этапов, предшествовавших началу специализированного лечения: время от момента обращения к врачу-детскому онкологу до верификации диагноза сократилось с 9,0 (7,0; 14,0) до 7,0 (5,0; 9,0) дней (p<0,001); время от верификации диагноза до начала специализированного

лечения сократилось с 12,0 (8,0; 16,0) до 8,0 (6,0; 10,0) дней ( $p < 0,001$ ); время от момента обращения к врачу-участковому педиатру до направления к врачу-детскому онкологу – с 11,0 (6,0; 17,0) до 2,0 (1,0; 3,0) дней ( $p < 0,001$ ); время от момента обращения к врачу-участковому педиатру до начала специализированного лечения – с 23,0 (17,0; 32,0) до 9,0 (8,0; 12,0) дней ( $p < 0,001$ ).

Заключение. В рамках организационного эксперимента показана результативность внедрения структурно-функциональной модели организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МНЕНИЙ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ) О ПРОБЛЕМАХ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

*Рыков М.Ю., Манерова О.А., Турабов И.А., Козлов В.В., Решетников В.А.*

*Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России, Первый московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Северный государственный медицинский университет Минздрава России, Москва*

Введение. С целью изучения мнений родителей (законных представителей) по проблемам организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями проведено медико-социальное исследование.

Цель исследования. Изучить мнения родителей (законных представителей) по проблемам организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями.

Материалы и методы. Исследование проведено по разработанной «Анкете учета мнения родителей (законных представителей) по совершенствованию организации медицинской помощи ребенку с онкологическим заболеванием». Анкета состояла из 27 вопросов, респондентам предлагалось выбрать один или несколько вариантов ответов для каждого из них или вписать свой вариант ответа. Для объективности анкеты заполнялись респондентами анонимно.

Результаты. Родителям (законным представителям) детей с онкологическими заболеваниями в субъекты Российской Федерации разослали 450 анкет, из них заполнено и возвращено – 410. В соответствии с проведенной стратификацией по федеральным округам, в ЦФО проживал 91 (22,1%) респондент, в СЗФО – 35 (8,6%), в ЮФО – 43 (10,4%), в СКФО – 34 (8,4%), в ПФО – 90 (22%), в УФО – 38 (9,1%), в СФО – 58 (14,3%), в ДВФО – 21 (5,1%). Проведенное медико-социальное исследование показало, что 81,1±1,9% респондентов не удовлетворены отношением к ним и их детям врачей и среднего медицинского персонала, удовлетворены лишь частично – 15,9±1,8%, удовлетворено полностью 3±0,8%. В качестве причины неудовлетворенности отмечены грубость в общении (35,8±2,4%), отсутствие достаточного внимания со стороны медицинского персонала (21,3±2,0%) и отсутствие заинтересованности в успехе лечения (19,7±2,0%). Сочетание данных вариантов отметили 23,2±2,0% респондентов. В качестве предпочтительного места лечения их детей 63,7±2,4% респондентов отметили медицинскую организацию федерального подчинения, 33,9±2,4% – медицинскую организацию, расположенную за пределами территории Российской Федерации, из них 57,4±2,4% респондентов в качестве причины выбора отметили возможность получения пациентоориентиро-

ванного сервиса и сложную маршрутизацию во время лечения между медицинскими организациями на территории Российской Федерации. Недоверие к квалификации медицинского персонала в Российской Федерации в качестве причины указали 12,7±1,6% респондентов, отсутствие комфортных условий для прохождения обследования и лечения – 11,8±1,6%, отсутствие необходимых методов диагностики и лечения – 5,3±1,1%, сочетание перечисленных вариантов – 12,8±1,6%.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшего совершенствования системы организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями: необходимо внедрять пациентоориентированные подходы и совершенствовать маршрутизацию пациентов с целью создания пациент-центрированной системы организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями.

## СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕМАНГИОМ

*Сафин Д.А., Романов Д.В., Брылеева А.А.*  
*Центр Сосудистой Патологии, Москва*

Цель и задачи работы. Младенческие гемангиомы являются самыми часто встречающимися опухолями в детском возрасте. Частота их встречаемости может достигать 10%. С данным заболеванием родители могут обратиться к различным специалистам: педиатрам, дерматологам, детским хирургам. При наличии определенного опыта ведения таких больных, диагноз уже можно поставить при первичной консультации, основываясь на данных анамнеза, клинических проявлениях и ультразвуковой картине заболевания. Однако, в ряде случаев под «маской» младенческой гемангиомы могут скрываться другие сосудистые патологии, которые требуют другого подхода в диагностике и в лечении.

Целью нашей работы был ретроспективный анализ завершенных случаев лечения детей с младенческими гемангиомами и выявление случаев несоответствия первичного диагноза «Младенческая гемангиома» и окончательного диагноза.

Материалы и методы выполнения. Проведен ретроспективный анализ завершенных случаев лечения младенческих гемангиом в Центре Сосудистых Патологий (Москва) за период март 2018 г. – март 2019 г. Всем детям проводился амбулаторный подбор терапии (подбор дозировки одним днем) бета-адреноблокатором (атенолол). За указанный период завершено лечение было у 244 детей. Возраст пациентов от 1 мес. до 1 года жизни. Средний курс лечения составил 4,5 месяца.

Полученные результаты. Из 244 детей получавших лечение бета-адреноблокатором, диагноз изменен на другой у 4 детей (1,6%) и изменена тактика терапии. В данной группе детей выставлены диагнозы венозная мальформация (1), капиллярная мальформация (1), капшиформная гемэндотелиома (1), пиогенная гранулема (1). У всех детей отмечена парадоксальная реакция на медикаментозное лечение (отсутствие эффекта).

Выводы. Несмотря на низкую частоту ошибочных диагнозов в нашем наблюдении – 1,6%. Спектр заболеваний с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз младенческой гемангиомы достаточно широк. Всем специалистам, которые в своей практике наблюдают детей с младенческими гемангиомами, необходимо помнить, что в случае отсутствия реакции образования на лечение, необходимо проводить углубленную диагностику с целью верификации точного диагноза и по показаниям изменять лечебную тактику.

## **ТУБЕРКУЛЕЗ И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ В ПРАКТИКЕ ФТИЗИАТРА У ПОДРОСТКОВ И ДЕТЕЙ**

**Семенова Л.А., Хитева А.Ю., Грецов Е.М.**

*Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Центральный научно-исследовательский институт  
туберкулеза», Москва*

Введение. За последнее десятилетие на 20% увеличился ежегодный рост злокачественных новообразований у детей. Во фтизиатрии также встречаются сочетанные патологические процессы туберкулезного воспаления и злокачественных опухолей. Злокачественные опухоли могут возникать на фоне лечения туберкулеза, быть фоновым заболеванием для развития специфического воспаления или сочетанными, одновременно сосуществующими нозологиями. Цель. Для дифференциальной диагностики продемонстрировать различные сочетания туберкулезного воспаления и злокачественных новообразований в практике фтизиатра у подростков.

Материал и методы. С 2015 г. и по настоящее время под наблюдением и соответствующим лечением находятся 4 пациента (3 жен., 1 муж.) в возрасте от 13 до 16 л., которым проведены: клиническое обследование, лучевая диагностика, микробиологическое и морфологическое исследование.

Результаты. Клинический пример № 1: у больной А., 2000 г.р. в возрасте 14 л. была выявлена Анапластическая крупноклеточная лимфома 3 ст. После 6 блоков химиотерапии достигнута ремиссия. Через 6 мес. отмечено ухудшение общего состояния в виде появления лихорадки и кашля. При обследовании обнаружены множественные очаговые изменения в легких, мягких тканях шеи, средостения, забрюшинного пространства, малого таза, правого бедра, лимфоузлах средостения, парааортальных, подмышечных и паховых. Проведены 2 блока химиотерапии, вновь достигнута ремиссия. До 17-летнего возраста под наблюдением онкогематолога получала соответствующую поддерживающую терапию. На этом фоне отмечено ухудшение состояния с появлением слабости, одышки при физической нагрузке, субфебрильной температуры в вечернее время. При обследовании выявлены новые очаговые изменения в легких и крупный фокус инфильтрации в С 2 правого легкого. При микробиологическом исследовании обнаружены ДНК МБТ. Гистологически определялась картина гранулематозного воспаления по туберкулезному типу. Поступила в ЦНИИТ, где при обследовании был поставлен диагноз: Инфильтративного туберкулеза С 2 в фазе обсеменения, С 1, 3, 8, 9, 10 правого и С 1, 2, 3, 6, 9, 10 левого легкого, МБТ (-). Назначено противотуберкулезная терапия по I режиму. Через месяц от начала лечения нормализовалась температура, уменьшились симптомы интоксикации. В последующем отмечена положительная динамика рентгенологической картины и лабораторных показателей. В настоящее время пациентка получает противотуберкулезную терапию по I режиму. Запланировано хирургическое лечение туберкуломы. Клинический пример № 2: подросток 1999 г.р. в возрасте 16 л. отметил резкий подъем температуры до 40° и интенсивный сухой кашель. При обследовании определялись инфильтративные изменения в левом легком, которые расценены как пневмонические. Проводимая терапия была не эффективна. В связи с отсутствием положительной рентгенологической динамики заподозрен туберкулезный характер воспаления. Кроме мелкоочаговой диссеминации верхней доли, сливающихся в язычковых сегментах в неоднородную перибронхиальную инфильтрацию, очаговых уплотнений С 8, 10, деструкции дренирующих бронхов левого легкого, единичных очагов в С 3, 4,

5, 8 правого легкого – определялись множественные, увеличенные лимфатические узлы всех внутригрудных групп и подмышечных областей. При гистологическом исследовании лимфатического узла была обнаружена Лимфома Ходжкина (лимфогранулематоз). Пациент переведен в специализированное медицинское учреждение, где получил 8 курсов противоопухолевой терапии. В настоящее время достигнута ремиссия. Подросток ведет активный образ жизни, находится под наблюдением онкогематолога.

Заключение. Представленные наблюдения показывают сложность дифференциальной диагностики туберкулезного и онкологических процессов при сходной рентгенологической картине очаговых изменений легких. Необходимо использовать определенный алгоритм диагностики туберкулезного воспаления: анамнез (контакт, регионы с высоким уровнем туберкулеза, факторы риска); клинические симптомы в динамике; данные лучевых методов (рентген, компьютерная томография); кожные иммунологические тесты (одновременно на двух руках пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л и Диаскинтест); микробиологический анализ (мокроты, смывов с ротоглотки, материала БАЛ/БРАШ, и операционного); морфологическое исследование (биопсия бронхов, лимфоузлов, операционного материала и т.п.).

## **НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БЕССУДОРОЖНОГО ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ В СОСТОЯНИИ КОМЫ**

**Семенова Н.Ю., Мамонтова Н.А.**

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Научно-исследовательский институт неотложной детской  
хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения  
Москвы, Москва*

Бессудорожный эпилептический статус (БЭС) в состоянии комы у детей трудно диагностировать из-за отсутствия четкой клинической симптоматики, патологических, измененных нейрофизиологических данных в виде паттернов комы и влияния на них проводимой терапии. Целью работы является выявление нейрофизиологических особенностей у детей с БЭС при тяжелом остром поражении мозга. Задача проведенного анализа оценить диагностическую значимость электроэнцефалографического исследования.

Проанализированы данные электроэнцефалограммы (ЭЭГ) 5 детей с острым поражением мозга, находящихся в бессознательном состоянии в отделении реанимации, имеющие специфические изменения на ЭЭГ. Среди обследованных детей трое было с закрытой черепно-мозговой травмой, ушибом головного мозга тяжелой степени; два ребенка перенесли спонтанное внутрижелудочковое кровоизлияние в головной мозг. При поступлении уровень сознания расценивался менее 6 баллов по ШКГ. Запись ЭЭГ проводилась с синхронной видеозаписью на приборе «Nicolet» или на приборе «Неокортекс» с помощью 10 электродов, установленных по уменьшенной схеме «10-20». По нашим данным, эпилептиформные изменения на ЭЭГ у детей, находящихся в коме, наблюдаются в 4% случаев и могут отражать тяжесть поражения мозга. У наблюдаемых детей с БЭС отмечалось отсутствие четких клинических симптомов приступов; нетипичные судорожные проявления, позволяющие заподозрить БЭС, были у 2 детей. В ЭЭГ регистрировались периодические феномены: комплексы «пик-медленная», «острая-медленная» волна, трехфазные волны. Феномены имели диффузный характер на ЭЭГ, даже в случае латерализованного преобладания; у 3 детей они были постоянными в течение всей записи, у 2-х – динамически развивающимися. При однократной записи ЭЭГ определялись грубые изменения, однако



трактовка не во всех случаях была однозначной, так как данные патологические феномены на ЭЭГ могут быть как результатом БЭС, так и проявлением тяжелого острого поражения мозга. Для дифференциальной диагностики мы назначали противосудорожную терапию и проводили динамический контроль ЭЭГ, а также использовали пробу с введением противосудорожных препаратов на фоне записи ЭЭГ. При этом наличие положительной динамики на ЭЭГ в виде уменьшения или отсутствия эпилептиформных феноменов, периодических разрядов расценивалось в пользу БЭС. Таким образом, диагностика БЭС невозможна без анализа нейрофизиологических данных ЭЭГ. Рекомендуется проведение противосудорожной терапии под контролем ЭЭГ и ЭЭГ с лекарственной пробой.

## ТРОМБОФИЛИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ

*Сибирская Е.В., Шелковникова Т.В., Кацадзе Ю.Л., Шишлянникова Н.Ю.*

*Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия;*

*Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва;*

*Кемеровская областная офтальмологическая клиническая больница, Кемерово; Российский национальный НИИ гематологии и трансфузиологии ФМБА России, С-Петербург;*

*Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово*

**Цель.** Изучение частоты встречаемости опасных форм ПВХРД в сочетании с острой сосудистой патологией сетчатки и изменения в системе гемостаза у беременных женщин.

**Материалы и методы:** 50 беременных женщин (100 глаз) со сроком беременности от 8 – 38 недель, возрасте - 22÷37 лет. Выявление волчаночного антикоагулянта (ВА) проводилось с использованием ядовитых тестов, а также подтверждающими тестами с плазмой донора и корригирующими фосфолипидами.

**Офтальмологические исследования.** Стандартные и специальные методы исследования: осмотр глазного дна с линзой Гольдмана, ФАГ глазного дна, ОСТ.

**Результаты исследования и обсуждения.** Опасные формы периферических витреохориоретинальных дистрофий (ПВХРД) выявлены у 27 чел. У 4 беременных с «решетчатой дистрофией» и у одной беременной женщины ПВХРД типа «след улитки» в плазме крови выявлен ВА -1,3÷1,4. У всех этих женщин было невынашивание беременности. У 14 пациенток с комбинированными формами ПВХРД и с дефектами сетчатки центральная серозная хориоретинопатия встречалась у 3 чел. (ВА в титре 1,3), у этих же беременных – ОПГ (отеки, протеинурия, гипертония). У женщины 37 лет с ВА 1,4 в послеродовом периоде наблюдался тромбоз глубоких вен нижних конечностей, сепсис, тромбоз ниже-височной вены и частичная непроходимость ниже-височной ветви ЦАС. У женщины, 32 лет, было кровотечение в родах, сопровождалось непроходимостью центральной артерии сетчатки (ЦАС), в послеродовом периоде атрофия зрительного нерва (титр ВА 1,4). У женщины 26 лет, наблюдали кровотечение в родах и зоны Амальрика – зоны ишемии на периферии глазного дна (наличие ВА в сочетании с очень низким протеином С). У 1 женщины с предлежанием плаценты, кровотечение в родах, на глазном дне картина претромбоза верхне-височной и ниже-височной ветви центральной вены сетчатки, титр ВА 1,3÷1,4. У беременных женщин с ПВХРД имеется тромбофилия. ВА является причиной кровотечений в родах, невынашивания беременности,

более чем 44,4% встречается у беременных с опасными формами ПВХРД.

**Заключение.** Таким образом, считаем необходимым офтальмологический мониторинг у беременных женщин с исследованием системы гемостаза на тромбофилию и ВА. Офтальмологическое наблюдение может и должно служить прямым контролем динамики патологического процесса и контроля адекватности дезагрегантной и противовоспалительной терапии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА МАЗКОВ ИЗ ЗЕВА И НОСА У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

*Скельян Е.Н.*

*Белорусский государственный медицинский университет, Горьковская детская поликлиника № 3, Минск*

Наиболее частой причиной назначения антибактериальных лекарственных средств (далее АБ) на амбулаторном этапе являются заболевания верхних дыхательных путей (далее ВДП), занимающие ведущее место в структуре общей заболеваемости детей.

**Цель исследования.** Проанализировать спектр и чувствительность микроорганизмов к АБ у детей с заболеваниями ВДП.

**Материалы и методы.** За 2017 г. проведен анализ бактериологического обследования 912 детей с различными внебольничными заболеваниями ВДП, по результатам мазков из зева и носа на флору и чувствительность к АБ, на базе детской поликлиники г. Минска № 3. Результаты. У 578 пациентов (63,4%) из 912 были выделены различные микроорганизмы (степень колонизации 104 и выше) в том числе грам+ (n=438, 83%) и грам- (n=90). Из грам+: доминировали *St. aureus* (n=350, 80% от грам+ возбудителей); в т.ч. MRSA (n=32, 9,1% среди *St. aureus*); *St. pneumoniae* (n=76, 17,3%); *Streptococcus pyogenes* (n=12, 2,7%). *St. aureus* был чувствителен к оксациллину (90,9%), клиндамицину (97,9%), эритромицину (96,3%), левофлоксацину (99,5%), цефокситину (90,9%), гентамицину (99,7%), к пенициллину (21,9%). MRSA был чувствителен к клиндамицину (100%), левофлоксацину (93,8%), гентамицину (93,8%). *St. pneumoniae* в 100% был чувствителен к линезолиду, ванкомицину, пенициллину (87,5%) цефуросиму (91%), левофлоксацину (97,3%), доксициклину (95,5%), хлорамфениколу (73,8%), ко-тримоксазолу (60%), клиндамицину (45,9%), азитромицину (41,2%), эритромицину (17,6%). *St. pyogenes* был чувствителен в 100% случаев к амоксициллину, клиндамицину, левофлоксацину, цефуросиму, доксициклину. Среди грам-микробиоты преобладали: *H. influenzae* (n=30, 33,3%), *Kl. pneumoniae* (n=20, 22,2% случаев), *Moraxella catarrhalis* (n=14, 15,6% от грам-возбудителей), *Pseudomonas aeruginosa* (n=8, 8,9%), другие возбудители (n=18, 20%). *H. influenzae* была чувствительна к цефтриаксону (92,9%), цефоперазону (92,9%), офлоксацину (93,4%), хлорамфениколу (92,9%), к амоксициллину/клавуланату (76,7%), ко-тримоксазолу (63,6%), тетрациклину (53,4%). *Kl. pneumoniae* была чувствительна в 100% случаях: к ципрофлоксацину, гентамицину, амикацину, цефтазидину, цефотаксиму и имипинему; левофлоксацину (95%), моксифлоксацину (90%), цефтриаксону (90%). *Moraxella catarrhalis* была чувствительна к ципрофлоксацину (100%), тетрациклину (93%), цефтриаксону (93%), амоксициллину/клавуланату (93%), азитромицину (85,7%).

**Выводы.** Успешность проводимой антибиотикотерапии, зависит от целого ряда факторов, важнейшим из которых является мониторинг за региональной чувствительностью микроорганизмов к АБ.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ У МОСКОВСКИХ ДЕТЕЙ

*Скоробогатова Е.В., Бочарова Т.И.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой» Департамента здравоохранения города Москвы, Москва*

Актуальность. Нарушения липидного обмена (дислипидемии, гиперхолестеринемии) традиционно рассматриваются как значимый фактор развития сердечно-сосудистых заболеваний. Повышенный уровень атерогенной фракции холестерина – липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП) играет ключевую роль в образовании холестеринных бляшек в сосудах и является основным модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний. Одной из наиболее распространенных причин исходно высокого уровня холестерина ЛПНП уже с детского возраста служит наличие Семейной гиперхолестеринемии (СГХС). СГХС является моногенным заболеванием с преимущественно аутомно-доминантным типом наследования, сопровождающееся значительным повышением уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛНП) в крови, и как следствие, преждевременным развитием и прогрессирующим течением атеросклероза в молодом трудоспособном возрасте. При этом гетерозиготная форма СГХС (геСГХС) – одно из самых распространенных генетических заболеваний, обнаруживающееся примерно у 0,4% населения земли (1 на 250 человек по данным мета-анализа в 2017 г.). К сожалению, в большинстве стран и в том числе в РФ выявляемость данного заболевания находится на очень низком уровне – менее 1%. Повышение выявляемости дислипидемий в детском возрасте с применением методов ранней профилактики и своевременным началом терапии способно снизить уровень сердечно-сосудистой смертности среди лиц трудоспособного возраста

Цель исследования. Изучение распространенности гиперхолестеринемий у детей. Задачи исследования. Скрининговое обследование детей, выявление детей с повышенным уровнем холестерина (более 4,5 ммоль/л) с целью ранней диагностики СГХС.

Материалы и методы. Проведено исследование общего холестерина в сыворотке крови ферментативным методом. Статистическая обработка данных проводилась по критерию Фишера. Под наблюдением находилось 428 детей в возрасте от 1 года до 17 лет. Исследование проведено на базе педиатрического отделения № 2 ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой» Департамента здравоохранения Москвы.

Результаты. Уровень общего холестерина свыше 4,5 ммоль/л установлен у 88 детей (20,5%), среди них мальчиков 31 (35%), девочек 57 (65%). Число детей с гиперхолестеринемией в возрасте до 3 лет составило 8 (9%), от 4 до 6 лет – 10 (11,5%), от 7 до 10 лет – 37 (42%), от 11 до 18 лет – 33 (37,5%). Уровень холестерина 4,6-5,0 ммоль/л отмечен у 31 детей (35,2%), 5,1-5,9 ммоль/л – у 44 (50%), более 6,0 ммоль/л у 13 (14,8%) детей.

Выводы. Распространенность гиперхолестеринемии у детей составила 20%, что требует проведения дальнейшего углубленного обследования детей, включающего в себя определение уровня липидных фракций, оценку наследственного анамнеза и прицельного физикального обследования.

## НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ НЕФРОЛИТОТРИПСИИ У ДЕТЕЙ

*Суров Р.В., Лазишвили М.Н., Шмыров О.С., Кулаев А.В.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Удаление крупных конкрементов и коралловидных камней чашечно-лоханочной системы почки у детей остается сложной, и, до конца нерешенной проблемой. Такая высокоэффективная минимально инвазивная технология, как чрескожная перкутанная нефролитотрипсия (ЧКНЛ), широко используемая во взрослой урологии, все еще остается редкой в практике детского уролога. Причина этому – относительно малое количество подобных пациентов и отсутствие достаточного материально-технического оснащения в детской сети.

С начала 2019 года в отделении детской урологии-андрологии и плавного хирургии прошли лечение 7 пациентов от 1,5 до 15 лет с крупными конкрементами лоханки (более 2 см) и коралловидными камнями, занимающими лоханку, а также 1 и более чашечек. У 6 пациентов была выполнена мини-ЧКНЛ с помощью нефроскопа 12 Ch. Всем детям предварительно устанавливался мочеточниковый катетер для введения контрастного вещества в чашечно-лоханочную систему (ЧЛС). В зависимости от локализации камня под контролем УЗИ и рентгеноскопии проводилась пункция задней нижней или средней чашечки. По проводнику проводилось бурирование рабочего канала и устанавливался нефроскоп в ЧЛС. Конкремент разрушался до мелких фрагментов с помощью гольмиевого лазера в режиме dusting. Крупные фрагменты удалялись с помощью щипцов, конкременты менее 1 мм были оставлены в ЧЛС и впоследствии отходили самостоятельно. На 3-5 дней после операции устанавливалась нефростома. У 1 пациента с коралловидным камнем, занимающим лоханку и все группы чашечек, выполнено ретроперитонеоскопическое выделение лоханки через которую введен нефроскоп, в последующем процедуры были аналогичной. У 6 пациентов конкремент был полностью удален в результате одного вмешательства. Одному пациенту с плотным конкрементом, у которого сохранялись резидуальные фрагменты, была выполнена повторная нефролитотрипсия через ранее сформированный нефростомический канал. У всех пациентов достигнуто состояние «stone free», ЧЛС полностью освобождена от конкрементов. Осложнений не было.

Таким образом, минимально инвазивные процедуры для удаления крупных и коралловидных камней у детей, такие как чрескожная нефролитотрипсия, показывают высокую эффективность и безопасность. Применение этой технологии требует опыта и соответствующего аппаратно-технического обеспечения.

## НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ. ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ОЦЕНКИ. СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ. НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА

*Туркин А.О.*

*Благотворительный фонд «Дети-бабочки», Санкт-Петербург*

Актуальность. Буллезный эпидермолиз является генодерматозом. Его особенностью является вовлечение в патологический процесс многих органов и систем, то есть процесс не ограничивается поражением кожи и слизистых. Меняется основной обмен, начинают

преобладать катаболические процессы над пластическими, что приводит к белково-энергетической недостаточности, снижению защитных сил организма, снижению компенсаторных возможностей, задержки физического и моторного развития, итогом будет ухудшение качества и продолжительности жизни, удорожание ведение такого пациента. Исходя из этого, требуется правильная оценка нутритивных потребностей ребенка с буллезным эпидермолизом, для своевременной профилактики и коррекции сложившегося дефицита питания.

Цель и задача: оценка нутритивного статуса, выявление характерных для буллезного эпидермолиза особенностей нутритивного статуса, степень их выраженности, дефицит макро- и микронутриентов.

Материалы и методы выполнения работы. Проведен ретроспективный анализ карт стационарного пациента, 50 детей, находившихся на плановой госпитализации в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей». В ходе анализа выявлено, недостаточность питания легкая 36% (18 детей), средняя 38% (19 детей), тяжелая 16% (8 детей), без дефицита 10% (5 детей). Снижение общего белка: 24% (12 детей), но по уровню альбумина снижение выявлено у 72% (36 детей). Количество лимфоцитов в пределах нормы. Снижение трансферрина у 14% (7 детей). Выявлен дефицит витамина Д у 88% (44 ребенка). Отставание в костном возрасте у 66% (33 ребенка). Дефицит железа выявлен у 74% (37 детей).

Выводы. Дети с буллезным эпидермолизом подвержены дефициту веса из-за катаболической направленности основного обмена веществ, для которого характерно большое потребление и потеря альбумина (теряется через раневую поверхность и экссудат). Вместе с альбумином теряется железо – через кровоточащие раны, пузыри с геморрагическим содержимым. Анемия у пациентов с буллезным эпидермолизом трудно поддается лечению, из-за дефицита альбумина, который участвует в транспорте железа и его запасании. Дефицит витамина Д развивается из-за недостаточного пребывания детей на улице, а если они выходят, то и в летний период у детей с тяжелыми формами поверхность кожи прикрыта повязками, и меньше образуется витамина Д. Его дефицит приводит к замедлению оксификации, формированию ядер окостенения, а следовательно рост и физическое развитие. Таким образом, следует с раннего возраста заниматься профилактикой выявленных дефицитов микро и макро нутриентов. Предлагается следующий комплексный подход: для профилактики дефицита витамина Д с первого месяца жизни и постоянно (без перерывов на летний период) профилактическая доза витамина Д. В рационе ребенка с буллезным эпидермолизом белок должен составлять 3 мг/кг, преимущественно представлен белками животного происхождения, легкоусвояемые формы продукты. Общий калораж должен составлять от 115-150% от возрастной нормы. Такие показатели рациона трудно достичь без применения лечебного питания (энтеральные смеси), которые добавлять в рацион следует уже с первого года жизни. Для профилактики железодефицита с первого месяца жизни прием препарата железа в профилактической дозе на постоянной основе, естественно под лабораторным контролем. Такой комплексный подход позволит предупредить развитие недостаточности питания, а значит, повысит компенсаторные возможности организма, улучшит качество и продолжительность жизни, позволит сократить расходы на перевязочный материал. Такая работа должна осуществляться совместной работой диетолога и педиатра.

## СЛУЧАЙ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА 3 ТИПА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

*Федина Н.В., Гудков Р.А., Каденкова Е.Ю., Тереханова А.А.*

*Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Рязань*

Акуальность. Мукополисахаридозы (МПС) относятся к редким, лизосомальным болезням накопления, с недостаточностью ферментов, расщепляющих гликозаминогликаны (ГАГ), вещества, входящие в состав лизосом клеток органов и тканей. В настоящее время известно 7 типов МПС, 11 подтипов на основе лизосомных дефицитов ферментов. Все МПС передаются аутосомно-рецессивно и только МПС II типа-синдром Хантера, сцеплен с X-хромосомой. В настоящее время в России проживают 250 детей с МПС различных типов. В Рязанской области за период 20 лет было выявлено 5 детей с МПС различных типов. МПС является мультисистемным заболеванием, обусловленным накоплением ГАГ в клетках различных органов, приводящее к нарушению функции этих органов и специфическим фенотипическим признакам. Манифестация клинических проявлений для большинства МПС начинается после 1,5-2 лет: появляется лицевой дизморфизм, грубые черты лица (гаргоилизм), задержка роста, нарушения носового дыхания, паховые грыжи, костные деформации, тугоподвижность суставов. Часты когнитивные и респираторные нарушения. Полиморфизм и неспецифичность проявлений, отсутствие настороженности врачей к орфанным заболеваниям являются частой причиной несвоевременной диагностики МПС и позднего назначения специфической ферментной терапии для некоторых типов.

Материалы и методы. Представлен клинический случай МПС у ребенка 3 лет, проходившего лечение в ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В. Дмитриевой», поступившего в стационар с клиникой пневмонии. Ребенок от здоровых родителей, от срочных родов, с задержкой внутриутробного развития. До 1,5 летнего возраста рос и развивался нормально, привит по возрасту. С 2-х летнего возраста начался регресс психомоторных навыков, появилось нарушение походки, перестал проситься на горшок. С этого же возраста рецидивирующие респираторные эпизоды, шумное носовое дыхание. При осмотре отмечались грубые черты лица и малые аномалии развития: широкая переносица, короткая шея, эпикант, утолщенный кончик носа, жесткие сухие волосы, брахидактилия, деформация кисти по типу «когтистой лапы». Гепатоспленомегалия до +7 и +8 см соответственно. Отмечалась гиперактивность мальчика, возбудимость, задержка речевого развития, нарушение походки по типу легкой атаксии, мышечная гипотония. Когнитивные расстройства в виде эмоциональной уплощенности, плохого контакта с окружающим, быстрого истощения интереса. При обследовании выявлены аденонидные разрастания носоглотки 3 степени, увеличение размеров сердца, гепатоспленомегалия. Физическое развитие выше среднего. Консультирован генетиком, заподозрен МПС. После лечения и выписки обследовался МГНЦ РАМН, выявлена повышенная экскреция гепарансульфата с мочой, Содержание ГАГ -107,9 мг/мМ креатинина. По результатам энзимодиагностики выявлен дефицит гепаран-N-сульфатазы, подтвержден диагноз МПС III типа (Санфилиппо). Энзимотерапии данного типа МПС нет. В настоящее время ребенку 11 лет, глубокий инвалид, самостоятельно не передвигается, деменция, агрессивен, бульбарные нарушения, сохраняются частые респираторные эпизоды.

Выводы. Врач любой специальности может заподозрить МПС и своевременно направить к врачу-генетику. Сигнальные признаки МПС: сочетание фенотипических проявления с синдромом назальной



обструкции, регресса интеллектуального развития и вовлеченность других систем. Ранняя диагностика дает возможность назначения ферментотерапии и улучшения качества жизни ребенка при некоторых видах МПС

## ЗАТЯЖНЫЕ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Федина Н.В., Штейн У.В., Федин Д.А.**

*Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань*

**Актуальность.** Затяжная желтуха у детей старше 1 месяца является самой частой причиной необоснованной госпитализации и длительного лечения с использованием большого количества лекарственных препаратов. Физиологическая гипербилирубинемия, возникающая в период новорожденности нередко может затягиваться до возраста 1,5-2 месяцев, что часто вызывает беспокойство и со стороны и родителей и врача. При исключении текущего гемолитического, инфекционного процесса, а также врожденной хирургической патологии затяжная желтуха чаще всего связана с замедленной конъюгацией билирубина, вследствие ферментативной недостаточности печени, чаще у детей, находящихся на грудном вскармливании, а также у недоношенных и незрелых детей. Желтуха грудного молока не представляет опасности для ребенка и не требует избыточной диагностики и каких-либо специальных методов лечения.

**Цель работы.** Проанализировать клиническое течение затяжной желтухи у детей первых месяцев жизни, оценить влияние гипербилирубинемии на состояние детей.

**Материалы и методы.** Проанализированы истории болезни детей, поступивших с диагнозом «затяжная желтуха» за период с декабря 2016 по декабрь 2018 года в отделение восстановительной терапии ГБУ РО «Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой». Обработка полученных данных проводилась в SPSS Statistics.

**Результаты и их обсуждение.** В течение указанного периода в отделение поступило 45 детей с клиникой желтухи. Все дети поступали из поликлиник города. Средний возраст на момент госпитализации составил  $1,5 \pm 0,6$  месяца, доношенными были 42 ребенка, недоношенными – 3. В анамнезе у 60% женщин отмечалось осложненное течение беременности, у 22% женщин родоразрешение было путем кесарева сечения. Большинство детей – 84% находились на естественном вскармливании, остальные на смешанном. При обследовании у 53% поступивших детей выявлена сопутствующая патология: в 17% атопический дерматит, у 29% анемия 1 ст. без признаков гемолиза, у двух детей текущая острая цитомегаловирусная инфекция без признаков гепатита, у одного ребенка желтуха была обусловлена редчайшим заболеванием – внутривенным семейным холестазом. Анализ лабораторных данных показал, что средний уровень билирубина не превышает критического уровня и составил в среднем  $196 \pm 42,3$  мкмоль/л, с преобладанием непрямой фракции. У ребенка с внутривенным семейным холестазом отмечался нарастающий уровень билирубина до 369 мкмоль/л, с увеличением прямой фракции, высокий уровень трансаминаз и ЦФ. Средняя прибавка за месяц в весе составила –  $950 \pm 187,0$  грамм. Среднее увеличение длины тела – на  $3,3 \pm 0,7$  см. Среднее значение ИМТ на момент поступления –  $14,34 \pm 0,2$ . Только у 2 детей выявлена белково-энергетическая недостаточность 1 ст., возникшая на фоне гипогалактии. На амбулаторном этапе большая часть пациентов получала разнообразное лечение в связи с желтухой: 22% детей получали сорбенты, 20% желчегонные препараты растительного происхождения и урсодезоксихолевую кислоту, 9% фототерапию.

В стационаре у 75% детей применялась фототерапия, два ребенка с острой цитомегаловирусной инфекцией получали специфическую противовирусную терапию. Средняя продолжительность госпитализации у детей составила  $9,1 \pm 0,7$  дня. К моменту выписки уровень билирубина в среднем снизился до  $153,7 \pm 11,4$  мкмоль/л.

**Выводы.** Из поступивших детей с затянувшейся желтухой только у 1 ребенка выявлено серьезное заболевание, требующее госпитализации и лечения. У остальных детей желтуха имела благоприятное течение и не оказала отрицательного воздействия на их физическое развитие. Существенных различий в показателях гипербилирубинемии госпитализация и проводимая фототерапия не показала, последующее снижение уровня билирубина обусловлено естественным течением желтухи. Доброкачественная желтуха грудного молока не требует прекращения грудного вскармливания и специфической терапии в условиях стационара.

## ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

**Филатова Т.А., Ипатова М.Г., Антонова Е.А.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Детская городская больница № 13 им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

**Введение.** В 21 веке аллергические заболевания – глобальная проблема здравоохранения, Из клинических проявлений пищевая аллергия (ПА) наиболее сложное состояние с разнообразными клиническими симптомами, отсутствием лабораторной диагностики. Идея. На основании ретроспективной выборки лечебного учреждения определить наиболее встречающиеся пищевые аллергены, а также форму проявления аллергических реакций.

**Цель.** Провести эпидемиологическую оценку структуры пищевых аллергенов и формы проявления аллергической реакции у детей разных возрастных групп.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ 246 историй болезни детей в широком диапазоне возраста от 3 месяцев до 16 лет, с различными проявлениями аллергических заболеваний в 2016–2018 гг. Из них мальчиков – 109 (44,3%), девочек – 137 (55,7%). Статистическая обработка с использованием встроенных модулей MS Excel 2013.

**Результаты.** Изменение характера и частоты стула было у 197 детей, из них у 121 (49,1%) он был частый, неоформленный с патологическими примесями (слизь и кровь). При этом среди всех пациентов такой стул встречался чаще у детей 1-3 лет – 85,9%. Только 20,1% пациента с ПА нарушений со стороны стула выявлено не было. При определении специфических IgE-антител к пищевым продуктам их повышение отмечалось у 127 детей, которые были старше 3 лет, и только у 33 детей до 3 лет. У 53,6% детей была выявлена сенсibilизация на 3 и более пищевых аллергена; у 25,6% на 2 продукта, и только у 20,8% на 1 продукт. Наиболее значимыми аллергенами были белки молока (БМ), яйца, глютен. Правильная элиминационная диета должна быть со строгим исключением из рациона причинно значимых аллергенов (всех продуктов, имеющих эти аллергены), сбалансированной для детей с задержкой физического развития, дефицитом массы тела, с симптомами белково-энергетической недостаточности (наиболее важно у детей раннего возраста), в рацион должны быть включены продукты лечебного питания на основе глубокого гидролизованного белка коровьего молока

или аминокислот. У детей, наблюдаемых у нас (ДГКБ № 13) при назначенной правильно сбалансированной элиминационной диете было клиническое улучшение у большинства (до 84,3%) пациентов с нормализацией функций пищеварительного тракта, купирования кожных проявлений, улучшением состояния (при осмотре через 3 месяца), в дальнейшем (через 6–9 мес) нормализацией нутритивного статуса. У детей с выявленными специфическими IgE-антителами к пищевым аллергенам отмечалось снижение или полная нормализация уровней специфических IgE-антител к выявленным пищевым аллергенам.

Обсуждение. Таким образом, в клинической практике соблюдать современные рекомендации по ведению детей с аллергией к белкам молока, это правильная элиминационная диетотерапия. При симптомах аллергии на БМ у детей первого года жизни, находящихся на смешанном или естественном вскармливании (когда-либо получавших базовую молочную смесь) материнское грудное молоко не должно отменяться, сохраняться в питании ребенка в максимальном объеме. Кормящей женщине назначается гипоаллергенная, правильно сбалансированная диета. При исключении из рациона питания кормящей женщины всех продуктов с БМ (важно исключить все виды БМ) необходима их замена другими белками. При смешанном или искусственном вскармливании базовая молочная смесь ребенку должна быть заменена на лечебную на основе глубоко гидролизованного белка или аминокислот (АКС). Если при приеме смеси на основе высокогидролизованного белка состояние ребенка не улучшается в течение 2 недель, рекомендуется сразу перевод на аминокислотную смесь. Показаниями для назначения смеси на основе аминокислот в качестве первой линии служат: аллергия к БМ, протекающая с задержкой физического развития, трудностями во время кормления, гастроинтестинальными нарушениями с эозинофильным воспалением, сформированной поливалентной пищевой аллергией, тяжелым течением атопического дерматита, анафилаксией, а также симптомами поражения ЖКТ или тяжелого атопического дерматита у детей на смешанном вскармливании и исключительно грудном вскармливании.

## ДИЛАТАЦИЯ БРОНХОВ И БРОНХОЭКТАЗЫ У ДЕТЕЙ, НЕ СВЯЗАННЫЕ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

*Фролов П.А., Топилин О.Г., Коваленко И.В., Овсянников Д.Ю.*  
Российский Университет Дружбы Народов, Москва

Цель исследования. Определить критерии бронхоэктазов у детей и установить этиологическую структуру пациентов с бронхоэктазами, не связанными с муковисцидозом. Материалы и методы: Анализ историй болезни и компьютерных томограмм (КТ) пациентов с бронхоэктазами, подтвержденных компьютерной томографией. Результаты. Было проведено ретро- и проспективное наблюдение за 23 пациентами. Возраст пациентов составлял от 1 года до 14 лет. Средний возраст 7,4 года. А так же истории болезни и КТ пациентов с ошибочно установленным диагнозом бронхоэктазы. Диагноз бронхоэктазы устанавливался на основании выявления характерных КТ-симптомов расширение диаметра бронхов, утолщения их стенок/симптом «трамвайных рельс» и «перстня». Для того чтобы заподозрить бронхоэктазы у ребенка необходимо наличие характерного анамнеза, жалоб и клинической симптоматики. Обычно, анамнез содержит множество повторных инфекций нижних дыхательных путей или персистирующей характер патологии нижних дыхательных путей. КТ-паттерн должен содержать

следующие признаки: диаметр бронха должен превосходить диаметр сопутствующей легочной артерии, в период обострения должны быть признаки заполнения секретом просвета бронхов, а стенка бронхов будет утолщена. Самой частой жалобой в нашей группе пациентов с бронхоэктазами был кашель, который наблюдался у всех пациентов, на втором месте были жалобы на приступы тахипноэ, которую предъявляли 21 пациентом из 23. Заболевания, которые вызвали бронхоэктазы у наблюдавшихся пациентов были следующие: ВИЧ-инфекция (1 пациент) бронхолегочная дисплазия (БЛД) (4 пациента), первичная цилиарная дискинезия (ПЦД) (4 пациента), аллергический бронхолегочный аспергиллез (АБЛА) (2 пациента), врожденный порок развития бронхов: синдром Вильямса–Кэмпбелла (3 пациент), пневмония (1 пациент), инородное тело (1 пациент), дивертикул трахеи (1 пациент), рецидивирующие инфекции (1 пациент), облитерирующий бронхиолит (1 пациент). Диагнозы перечисленных заболеваний устанавливались на основании соответствующих критериев. У всех пациентов основное заболевание имело хронический или персистирующий характер течения. Признаки хронической дыхательной недостаточности гипертрофической деформации концевых фаланг пальцев рук по типу «барабанных палочек» присутствовали у 5 пациентов. Кашель присутствовал у всех пациентов, однако мокроту откашливали лишь 7 пациентов, что можно было связать с возрастом наблюдаемых пациентов. По характеру мокрота у 4-х пациентов была слизисто-гнойная, у 2-х гнойная, у 1-го с прожилками крови. Все пациенты получали массивную антибактериальную, а также муколитическую и бронхолитическую терапию. При этом маркеры системного воспаления, такие как лейкоцитоз с нейтрофилезом, повышение С-реактивного белка и СОЭ, у пациентов отсутствовали. Аускультативная симптоматика была представлена влажными мелкопузырчатыми, свистящими и крепитирующими хрипами. Результаты посева мокроты были положительными у 7 пациентов, еще у 2х были выявлены IgE к *aspergillus fumigatus*. Результаты посевов распределились следующим образом: *Haemophilus influenzae* была выделена у 4 пациентов, *Pseudomonas aeruginosa* у 2 пациентов и *Escherichia Coli* у 1 пациента.

Вывод. Для установки диагноза бронхоэктазы необходимо адекватное истолкование КТ, оценки анамнеза, жалоб и клинического состояния пациентов. К бронхоэктазам у детей, не связанным с муковисцидозом, приводят различные заболевания, характеризующиеся персистирующим и хроническим течением.

## ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ЭФФЕКТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА В РАМКАХ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

*Хайретдинов О.З., Бебчук М.А., Рубакова Л.И.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва*

Целью настоящего сообщения является обоснование актуальности и описание способа совершенствования навыков эффективного взаимодействия детских врачей с членами семьи больного ребенка. Необходимым условием лечения ребенка является продуктивный контакт с его законными представителями. Затруднения коммуникаций между родителями и специалистами могут существенно снижать качество диагностики, лечения и реабилитации. Детские

врачи разных специальностей нередко встречаются с неконструктивным отношением и препятствиями со стороны родителей и опекунов в процессе оказания медицинской помощи: недоверием, игнорированием рекомендаций, обвинениями, конфликтностью и агрессией. В ряде случаев в основе подобных действий родителей могут лежать кратковременные и пролонгированные вторичные пограничные психопатологические расстройства, в том числе обусловленные психической травматизацией в связи с болезнью ребенка. Тяжелые соматические, психические и поведенческие расстройства у детей способны продуцировать реакции дезадаптации и кризисные состояния у ближайшего окружения ребенка. Например, аффективно-шоковые реакции родителей с явлениями растерянности и дереализации приводят к снижению их способности принять информацию о состоянии ребенка, необходимости экстренных мер медицинской помощи; тревожное возбуждение с чрезмерной непродуктивной активностью может значительно дезорганизовать выполнение диагностических и лечебных назначений. Депрессивные реакции родителей с идеями самообвинения по защитным механизмам проекции могут замещаться обвинением медицинских работников. Традиции врачебного патернализма невольно подчеркивают пассивность и беспомощность родителей. Невозможность реализовать в действиях нарастающую тревогу и напряжение также способствует их смещению в плоскость жалоб и неконструктивной борьбы с сотрудниками медицинской организации. Представляется, что повышение роли и поддерживаемой врачом активности родителей, напротив, помогает снижению тревоги и конструктивному взаимодействию. В формировании характера взаимоотношений специалистов и членов семьи больного ребенка имеют значение не только дезадаптивные проявления со стороны родителей, реакция и переживания специалистов принадлежит не менее важная роль. Действия врачей могут оказаться как протективными, так и усугубляющими кризисные явления и расстройства адаптации у родителей. Во втором случае замыкается порочный круг некомплаентности и взаимной неудовлетворенности, становится фактором риска синдрома эмоционального выгорания и профессиональных деформаций личности специалиста. Очевидно, что инициировать изменение стереотипа неконструктивного взаимодействия могут только специалисты, понимающие механизмы формирования эмоциональных и поведенческих реакций родственников пациента и их влияние на доступность и эффективность помощи. Навыки эффективной коммуникации в медицинской практике являются не столько «сервисной составляющей» и «правилами хорошего тона», сколько фактором повышения качества оказания медицинской помощи и снижения уровня профессионального стресса, повышения удовлетворенности работой для специалистов (Beckman, Frankel, 1984; Kurtz et al., 2003; Duche, Swiderski, 2005 и др.). Разработанная ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения Москвы» дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации «Эффективное взаимодействие специалистов с семьей больного ребенка» нацелена на формирование необходимых представлений, знаний и навыков для успешного сотрудничества на основе принципов партнерства. Практические занятия с выполнением проблемных заданий, ролевые игры с применением технологий симуляционного обучения позволяют улучшить понимание и выявление типичных проблем родственников и негативных явлений, связанных с болезнью ребенка, провести ревизию моделей взаимоотношений с семьей пациента, будут способствовать профилактике и коррекции профессионального стресса и синдрома эмоционального выгорания.

## РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ. ОПЫТ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГОРОДА МОСКВЫ

*Хачатурова Ю.А., Сидоров А.М., Щедркина И.О., Плавунев Н.Ф., Петрайкина Е.Е., Кадышев В.А.*

1 Государственное бюджетное учреждение «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова»,  
2 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения Москвы, Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков, Москва

Ранняя диагностика острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и транзиторных ишемических атак (ТИА) у детей на догоспитальном этапе является важным фактором, определяющим маршрутизацию пациента. Запоздывание со своевременным диагнозом увеличивает вероятность неблагоприятного исхода. Раннее начало терапии снижает тяжесть и риск повторного инсульта. Клиническая картина инсульта у детей неспецифична и зависит от целого ряда факторов, ведущими из которых являются возраст ребенка, тип инсульта, зона и объем повреждения, а также этиологические факторы. Диагностические шкалы, используемые во взрослой практике для инсульта, недостаточно информативны у детей и требуют модификации с целью улучшения ранней диагностики детского инсульта. В педиатрической практике существование широкого спектра «инсультоподобных» состояний (от 79-93% у детей против 30% у взрослых), так называемых «масок» инсульта, существенно затрудняет диагностический поиск. Количество пациентов, доставляемых Скорой медицинской помощью (СМП) г. Москвы в стационары с подозрением на ОНМК/ТИА возрастает ежегодно: 2014 – 169 детей, 2015 – 268, 2016 – 345, 2017 – 369, 2018 – 436. Цель. Анализ клинической картины и соответствие диагнозов: направляющих (выставленных бригадами СМП) и окончательного (при выписке из стационара после обследования). Оценка частоты встречаемости наиболее частых диагнозов – «масок» инсульта. Материалы и методы. Методы: клинический, лабораторной, радиологический. В анализ включено 202 истории болезни детей, госпитализированных СМП в Центр Цереброваскулярной патологии детей и подростков Морозовской ДГКБ гор. Москвы с направляющими диагнозами ОНМК/ТИА (коды по МКБ-10 I60-I69, G45.0, G45.8), за период с октября 2018 года по январь 2019 года. Пациенты были разделены на группы: по возрасту пациентов (<1 года, 1-5 лет, >5 лет), полу, направляющему диагнозу СМП и заключительному диагнозу стационара. Результаты. У 4,95% (N=10) пациентов, с направляющим диагнозом ОНМК/ТИА, после обследования был подтвержден инсульт: ишемический - 3,96% от всех случаев (n=8), геморрагический 0,99% от всех случаев (n=2). Направляющий диагноз ТИА (n=86) совпал при выписке в 3,5% случаев (n=3); направляющий диагноз синдром вертебробазилярной недостаточности – ВББ (n=54) – в 28% случаев (n=15). Заболевания («маски» инсульта), диагностированные у пациентов, госпитализированных с подозрением на ОНМК/ТИА, распределились следующим образом (в порядке убывания): мигрень (в том числе мигреноподобные пароксизмы, мигреноподобные головные боли) - 34% (n=67), синдром вегетативной дисфункции – 17,9% (n=36), другие причины (объемное образование головного мозга, нейропатия лицевого нерва, нейроинфекция, эпилепсия, конверсионное расстройство) 17% (n=34), головные боли напряжения – 2,5% (n=5). Заключение. Диагностика ОНМК у детей и подростков на догоспитальном этапе является сложной задачей для врачей. Широкий спектр заболеваний, определяемый возрастом пациентов, требуют проведения дифференциального диагноза с инсультом. В нашем исследовании



заболевания, «маскирующие» инсульт, отличались в разных возрастах. Кратковременность наблюдения врачами СМП, ограниченные возможности в сборе анамнеза и неспецифичность симптоматики являются одними из основных проблем, затрудняющих использование скрининговых шкал из взрослой практики в педиатрической службе.

## РОЛЬ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ОТ 1 МЕС ДО 3 ЛЕТ

*Хегай И.М., Трунина И.И., Чеботарева Т.А.*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Цель. Изучить влияние вирусных инфекций на функцию сердечно-сосудистой системы у детей первых трех лет жизни, и проанализировать этиологический спектр инфекционных заболеваний у детей с впервые возникшими НРС на фоне инфекционного процесса и обозначить основные клинические варианты НРС.

Методы. В основную группу включены 8 пациентов от 1 мес до 3 лет, из них 7 девочек и 1 мальчик, госпитализированных в ДГКБ им. З.А. Башляевой в связи с нарушениями ритма сердца и текущим инфекционным заболеванием (ИЗ) либо перенесенной инфекцией и дебютом нарушений ритма сердца не позднее 1 месяца до начала ИЗ. Течение инфекционного процесса подтверждено результатами клинико-анамнестических, лабораторных и инструментальных методов обследования. Для оценки функционального состояния сердца использовались ЭКГ покоя, суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру и ЭХОКГ сердца.

Результаты. Течение вирусной инфекции у детей младшего возраста способно вызывать нарушение ритма и проводимости сердца, в ряде случаев с быстрым прогрессированием признаков недостаточности кровообращения. «Период сцепления» перенесенной вирусной инфекции и кардиологических симптомов совпадал с литературными данными и составлял срок до 1 месяца. Все выявленные нарушения ритма сердца приходились на долю тахикардий: 37,5% (3) – суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия, 25% (2) – желудочковая экстрасистолия, 25% (2) – полиморфная тахикардия (пароксизмальная желудочковая и наджелудочковая тахикардия, желудочковая и наджелудочковая экстрасистолия), 12,5% (1) – суправентрикулярная экстрасистолия, в 87,5% случаях пациентам требовалось назначение специфической антиаритмической терапии. Этиологический спектр доказанной вирусной инфекции включал: у 3 детей – течение герпесвирусной инфекции (ЦМВ, ВГЧ-6 типа), у 1 – грипп А (H1N1), еще у 3 – течение острой респираторной вирусной инфекции неуточненной, и у 1 – сочетанное течение острой кишечной инфекции неуточненной и активной ЦМВ инфекции. Определение этиологического агента ИЗ не во всех случаях оказалось возможным в связи с тем, что у части пациентов с момента возникновения вирусной инфекции до появления клиники НРС проходило достаточно продолжительное время, за которое происходила спонтанная или иммуноопосредованная элиминация вируса из организма.

Выводы. У детей раннего возраста течение инфекционного процесса может приводить к поражению миокарда и проводящей системы сердца, проявляясь преимущественно течением тахикардий, что требует раннего выявления и комплексного лечения не только самого инфекционного процесса с учетом этиологии возбудителя, но и назначения антиаритмической терапии.

## ЗНАЧЕНИЕ АНТЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ФОРМИРОВАНИИ СИММЕТРИЧНОГО ВАРИАНТА ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

*Ходжамова Н.К., Рахманкулова З.Ж.*

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Кафедра неонатологии, Узбекистан, Ташкент*

Важность изучения факторов риска для прогнозирования развития задержки внутриутробного развития (ЗВУР) несомненна.

Цель: проанализировать эффект воздействия каждого конкретного фактора риска на развитие симметричного варианта задержки внутриутробного развития.

Материалы и методы: нами было изучено состояние здоровья матерей 110 новорожденных детей с симметричным вариантом ЗВУР, их акушерско-гинекологический анамнез, течение беременности и родов, проведен тщательный анализ историй родов (Форма № 98). В каждом случае обязательно оценивали статистическую значимость отношения шансов (ОШ), исходя из значений 95% доверительного интервала (ДИ).

Результаты. В ходе работы нами были проанализированы факторы риска, которые оценивали по величине отношения шансов, что позволило оценить связь между определенным исходом и конкретным фактором риска. Анализ заболеваемости матери показал, что TORCH инфекции в 4,4 раза увеличивали шанс формирования симметричного варианта ЗВУР (ОШ = 4,4; 95% ДИ 1,8 – 10,5;  $P < 0,001$ ). Заболевания мочеполовой системы увеличивали шанс развития симметричного варианта в 7,2 раза (ОШ = 7,2; 95% ДИ 2,6 – 19,3;  $P < 0,001$ ), а заболевания сердечно-сосудистой системы увеличивали шанс развития симметричного варианта в 3,8 раза (ОШ = 3,8; 95% ДИ 1,5 – 9,7;  $P < 0,05$ ). Наличие в анамнезе у матери самопроизвольных выкидышей, увеличивало шанс развития симметричной формы ЗВУР в 6,5 раза (ОШ = 6,5; 95% ДИ 2,2 – 19,3;  $P < 0,001$ ). Токсикозы беременности повышали шанс развития симметричной формы ЗВУР в 2,8 раза (ОШ = 2,8; 95% ДИ 1,5 – 5,4;  $P < 0,001$ ). Такие факторы как угроза самопроизвольного выкидыша и ОРВИ также имели влияние на риск развития симметричной формы ЗВУР в 2,2 (ОШ = 2,2; 95% ДИ 1,1 – 4,3;  $P < 0,05$ ) и в 2,1 раза (ОШ = 2,1; 95% ДИ 1,1 – 3,8;  $P < 0,05$ ) соответственно. Важным обстоятельством было то, что преэклампсия повышала шанс развития симметричной формы ЗВУР в 16,2 раза (ОШ = 16,2; 95% ДИ 4,7 – 54,5;  $P < 0,001$ ). Наличие грязных околоплодных вод в 3,7 раза увеличивали риск возникновения симметричной формы ЗВУР (ОШ = 3,7; 95% ДИ 1,5 – 9,2;  $P < 0,001$ ). Выводы. Таким образом, установлено, что наиболее существенными факторами риска формирования симметричного варианта ЗВУР являются: преэклампсия, заболевания мочеполовой системы, самопроизвольные выкидыши, TORCH инфекции, ранние токсикозы.

## АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ДЕТСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

*Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Дмитриева И.В., Шеенкова М.В.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга, Оренбург*

По официальным статистическим данным в структуре обшей заболеваемости детей, доля инфекционных заболеваний превышает 90%. Это наиболее частая причина обращений детей за медицинской помощью.

Цель исследования. Изучить возрастные и половые особенности формирования инфекционных заболеваний у детей по данным обращаемости в детскую поликлинику.

Материал и методы. Использованы данные медицинской информационной системы ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга за 2017–2018 гг. по поводу обращений пациентов в детские поликлиники с инфекционными заболеваниями. Применены статистические и аналитические методы исследования.

Результаты. Общее число обращений мальчиков и девочек по поводу инфекционных болезней за год (в среднем) не отличается: наблюдалось 1569 обращений мальчиков всех возрастных групп и 1771 обращение девочек всех возрастных групп. Доля обращений при инфекционных заболеваниях по полу ребенка растет (как у мальчиков, так и у девочек) от возраста «до года» (4,2% мальчики и 3,8% девочки) до возраста «3-4 года» (15,7% мальчики возраста 4 года и 16,0% девочки возраста 3 года). Доля обращений, начиная с 5 лет, постоянно снижается, с 11,5% у мальчиков 5 лет и 10,7% у девочек 5 лет до 1,0% мальчиков 17 лет и 1,1% девочек 17 лет. В возрасте «до 1 года» – «1 год» доля обращений мальчиков по поводу инфекционных болезней больше (4,2%-6,6%), чем доля обращений девочек по поводу инфекционных болезней (3,8%-5,8%). В возрасте «3 года» доля обращений мальчиков по поводу инфекционных болезней меньше (14,3%), чем доля обращений девочек по поводу инфекционных болезней (16,0%). В возрасте 4-6 лет доля обращений мальчиков по поводу инфекционных болезней на 0,4%-0,8% больше, чем доля обращений девочек соответствующих возрастных групп. Из анализа обращений мальчиков и девочек по отдельным нозологиям инфекционных болезней можно установить, что пять нозологий «В01.9 – ветряная оспа без осложнений», «В07 – вирусные бородавки», «В08.1 – контагиозный моллюск», «В35.1 – микоз ногтей» и «В35.4 – микоз туловища» составляют 73,1% от всех обращений мальчиков и 76,5% от всех обращений девочек по поводу инфекционных болезней (исключая острые респираторные вирусные инфекции). Практически половина обращений по поводу инфекционных заболеваний есть обращения с диагнозом «В01.9 – ветряная оспа без осложнений». Из которых 45,5% есть обращения детей возраста 3-4 года. С диагнозом «В07 – вирусные бородавки» обращаются 8,6%-9,5% от всех обращений по поводу инфекционных заболеваний. 45,2% обращений по поводу «В07 – вирусные бородавки» составляют дети возраста 7-10 лет. С диагнозом «В08.1 – контагиозный моллюск» обращаются 4,4%-6,2% от всех обращений по поводу инфекционных заболеваний из них 56,9% обращений по поводу «В08.1 – контагиозный моллюск» составляют дети возраста 2-4 года. С диагнозом «В35.1 – микоз ногтей» обращаются 4,3%-5,5% от всех обращений по поводу инфекционных заболеваний из них 46,8% обращений по поводу «В35.1 – микоз ногтей» составляют дети возраста 2-4 года. С диагнозом «В35.4 – микоз туловища» обращаются 4,2%-7,5% от всех обращений по поводу инфекционных заболеваний из них 73,8% обращений по поводу «В35.4 – микоз туловища» составляют дети возраста 4-10 лет. Выводы. Таким образом, анализ обращений пациентов выявил возрастные особенности формирования инфекционных заболеваний у детей, что позволяет разрабатывать методы профилактики данной патологии в разных возрастных группах.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ДЛЯ АНАЛИЗА ОБРАЩЕНИЙ В ДЕТСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

*Чолян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Дмитриева И.В., Шеенкова М.В.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга, Оренбург*

Реализация приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» активизировала все работы в медицинских организациях России. ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (ДГКБ) вошла в проект с августа 2018 года. В больнице проводились работы по оптимизации профилактических, лечебно-диагностических и иных процессов (внедрение круглосуточной работы диспетчерского центра, круглосуточных стоматологической и неотложной медицинской помощи, травмпункта).

Цель исследования – показать результаты анализа и моделирования обращений пациентов в поликлинику ДГКБ, полученные с помощью математического метода «цепи Маркова с оценками». Материалы и методы. Объектом анализа и моделирования были обращения пациентов ДГКБ, которые были зафиксированы в медицинской информационно-аналитической системе в течение периода с 01.01.2018 по 16.10.2018. За анализируемый период в 5 поликлиник ДГКБ обратилось 38654 пациента, у которых было 476762 посещения врачей поликлиник (12,3 посещения на 1 пациента, при нормативном показателе 9,2). Обработка проводилась в программных средах VISUAL FOXPRO, STATISTICA 10.0. Результаты. Анализ обращений пациентов в детскую поликлинику оценивается на основе цепей Маркова (ЦМ) с оценками, где в качестве оценок исследуемого процесса выступает время посещения врача поликлиники пациентом. ЦМ является последовательностью событий, в которой каждое последующее событие зависит только от предыдущего события. В качестве состояний выбраны следующие состояния. Состояние S1 – состояние, когда пациент обратился в поликлинику за оказанием лечебно-диагностической помощи; S2 – состояние, когда пациент, обратившийся в поликлинику, проходит профилактический осмотр; S3 – состояние, когда с пациентом поликлиники проводятся диспансерные мероприятия; S4 – состояние, когда пациент обратился в поликлинику с прочими целями. Оценкой процесса обращений пациентов в поликлинику ДГКБ выступает «длительность нахождения объекта в каждом из выделенных состояний». Цель анализа – установить влияние диспансерной работы на параметры ЦМ (условные вероятности перехода и длительности нахождения объектов в выделенных состояниях S1-S4). Каждое посещение пациентом врача поликлиники описывалось многими признаками, включая пол и возраст пациента; номер поликлиники ДГКБ (их сегодня пять), номер врачебного участка, который обслуживает пациента; врач, принимавший пациента и его врачебная специализация; цель посещения пациента и другие признаки. Все анализируемые пациенты были разделены на 6 групп. В «группу 1» были отнесены все пациенты, с которыми диспансерная работа не проводилась. В «группу 2» были отнесены все пациенты, для которых в течение анализируемого периода наблюдалось одно посещение в поликлинику с целью диспансеризации. И, наконец, в последнюю шестую группу

(«группа б») были отнесены все пациенты, у которых в течение анализируемого периода наблюдалось пять и более посещений поликлиники с целью диспансеризации. Для каждой группы были получены матрицы частот переходов, на основе которых были вычислены матрицы вероятностей переходов объектов по выделенным состояниям S1-S4.

Выводы 1. Моделирование потоков пациентов в поликлиниках ДГКБ подтверждает, что активизация диспансерной работы ведет к снижению как числа посещений с лечебно-диагностической целью, так и снижению суммарной длительности пребывания в состояниях S1, которая следует из уменьшения числа больных детей, прикрепленных к ДГКБ с которыми активно ведется диспансерная работа. 2. Активизация диспансерной работы ведет к увеличению переходов из состояния S1 в S3, что характеризует появление повторных посещений врачей при обращении с лечебно-диагностической целью или с целью диспансеризации. С 2019 года начинается планомерное тиражирование «Новой модели медицинской организации» с учетом численности прикрепленного населения и организационной формы. По результатам завершения проекта, оценка успешности его реализации и экономической эффективности в дальнейшем может быть распространена на другие МО первичного звена здравоохранения субъектов Российской Федерации, оказывающих медицинскую помощь детям.

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

**Чолян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Дмитриева И.В., Шеенкова М.В.**

*Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница» г. Оренбург, Оренбург*

В настоящее время действует приказ Минздрава России № 621 от 30.12.2013 г. «О комплексной оценке состояния здоровья детей», который выделяет 1, 2, 3, 4 и 5 группы здоровья детей с учетом четырех базовых критериев.

Цель. Оценить состояние групп здоровья детей, прикрепленных к ГАУЗ «Детская городская клиническая больница» г. Оренбурга (ДГКБ), по данным профилактических осмотров (ПО) в 2018 году. Задачи. Изучить соотношение и динамику групп здоровья в зависимости от пола и возраста ребенка.

Материалы и методы. Использована сплошная выборка из медицинской информационной системы ДГКБ результатов ПО несовершеннолетних 2018 года. Использованы статистических и аналитических методы исследования.

Полученные результаты. Из 44386 детей прикрепленных к ДГКБ в 2018 г. мальчики составили 51,81% и девочки 48,19%. Численность детей отнесенных к 1-й группе здоровья имела следующую динамику. В возрастных группах 1-4 лет отмечена тенденция к небольшому росту (с 795 детей (28,98%) 1 года до 1165 (34,97%) возраста 4 лет). Далее в возрастах 5-17 лет наблюдалось постоянное снижение численности этой группы здоровья с 790 детей (27,90%) возраста 5 лет до 55 (5,75%) возраста 17 лет. Дополнительный анализ с помощью модуля регрессионного анализа программы STATISTICA 10.0 показывает, что снижение численности детей оценивается (с коэффициентом

детерминации  $R^2=0,88$ ) уравнением регрессии  $Y=1185,70-68,66*t$ , где  $t$  – возрастная группа детей (1-17 лет);  $Y$  – численность детей соответствующей возрастной группы. Не выявлены гендерные различия в 1-й группе здоровья. Наибольшая численность в ней отмечена в 2 года (12,52%) и 4 года (12,09%). Анализ численности детей 2-й группы здоровья показал, что снижение показателей в группе можно оценить уравнением регрессии  $Y=1951,40-65,01*t$ , где  $t$  – возрастная группа детей (1-17 лет);  $Y$  – численность детей соответствующей возрастной группы, с коэффициентом детерминации  $R^2=0,70$ . В возрастных группах 1-4 лет численность детей имела тенденцию к небольшому росту (с 1642 детей (59,86%) до 1 года до 1679 (50,41%) 4 лет). Далее с 6 до 17 лет наблюдается постоянное снижение с 1987 детей (55,27%) 6 лет до 413 подростков (43,20%) 17 лет. Анализ гендерных различий во 2-й группе показал, что наибольшая численность мальчиков наблюдается в 1 год (6,96%), 4 года (7,26%), 6 лет (8,31%) и 8 лет (6,90%). При этом у девочек отмечалась в 1 год (7,19%), 4 года (7,19%) и 6 лет (8,81%). Результаты по 3-й группе показали, что снижение численности детей можно оценить уравнением регрессии  $Y=368,06+29,60*t$ , где  $t$  – возрастная группа детей (1-17 лет);  $Y$  – численность детей соответствующей возрастной группы, с коэффициентом детерминации  $R^2=0,48$ . В возрастных группах 1-15 лет года численность 3-я группа постоянно растет с 293 детей (10,68%) 1 года до 1093 (46,13%) возраста 15 лет. В 15-17 лет наблюдается снижение по данной группе – 1093 ребенка возраста 15 лет (46,13%) и 462 подростков 17 лет (48,33%). Анализ гендерных различий в 3-й группе здоровья показал, что наибольшая численность мальчиков наблюдалась в 10 лет (7,20%), 14 лет (7,57%) и 15 лет (9,78%). А у девочек – в 14 лет (7,65%), 15 лет (10,50%) и 16 лет (8,50%). Численность детей, отнесенных ко 4-й группе здоровья можно оценить не уравнением регрессии, а лишь как тренд с уравнением  $Y=3,94+0,10*t$ , где  $t$  – возрастная группа детей (1-17 лет);  $Y$  – численность детей соответствующей возрастной группы. Показатель по всем возрастам не превышал 0,11-0,27% от численности прикрепленного населения и для 5-й группы здоровья по всем возрастным группам составил 0,36-2,25%. Анализ гендерных различий в 5-й группе установил, что наибольшая численность мальчиков наблюдается в 5 лет (8,93%), 8 лет (8,19%) и 14 лет (8,93%). А у девочек – в 6 лет (8,57%), 7 лет (8,57%) и 12 лет (8,93%). Это связано с традиционно большим числом заболеваний у мальчиков, которые приводят к инвалидности.

Выводы. Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о постоянном возрастном снижении качества здоровья у детей, что требует многофакторной мультидисциплинарной коррекции и заставляет перестраивать работу ДГКБ по диспансеризации и диспансерному наблюдению прикрепленного населения.

## НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ПЕРОРАЛЬНЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

**Чугунова О.Л., Амергулова С.Б., Ярошевская О.И., Суходолова Г.Н.**  
*Российский национальный исследовательский медицинский университет, Детская городская клиническая больница № 13 им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

В последние десятилетия проблема острых химических отравлений значительно повысила свою актуальность как важный фактор,



определяющий заболеваемость и, главное, преждевременную смертность. При этом острые отравления у детей занимают одно из первых мест среди несчастных случаев и характеризуются высоким процентом летальности. Широкое использование химических веществ и лекарственных препаратов, обладающих нефротоксичностью, способных вызывать гемодинамические нарушения и оказывать прямое негативное воздействие на органы мочевой системы, может приводить к нарушению функционального состояния почек различной степени тяжести.

Цель работы. Изучить характер нарушений функции почек и оптимизировать диагностику острого повреждения почек (ОПП) у детей с пероральными отравлениями химической этиологии. Общая характеристика больных и методы исследования: У 120 детей в возрасте от 1 года до 18 лет с пероральными химическими отравлениями на 1 сутки поступления в отделение токсикологии ДГКБ № 13 им Н.Ф. Филатова исследовался уровень маркеров острого повреждения почек (KIM-1, NGAL и цистатина С) в моче методом иммуноферментного анализа. Также оценивались скорость клубочковой фильтрации (СКФ), биохимические параметры крови, мочевой синдром, ультразвуковая картина почек с оценкой кровотока по данным доплерографии сосудов почек. В качестве контроля обследовано 20 детей аналогичного возраста без соматической патологии.

Результат исследования. Повышение цифр сывороточного креатинина в первые сутки поступления в стационар наблюдалось только у 1 (0,8%) ребенка с отравлением, в то время как у 25 (20,8%) детей отмечалось выраженное увеличение в моче маркеров острого повреждения почек (ОПП) – липокалина 2 (NGAL) и молекулы повреждения почек-1 (KIM1) по сравнению с детьми группы контроля. Все дети, у которых в первые сутки после отравления выявлялись высокие цифры NGAL и/или KIM-1, на 3 сутки развернули картину ОПП с азотемией и изменением кровотока по данным доплерографии сосудов почек. Липокалин – 2 достоверно ( $p < 0,05$ ) повышался у детей с первых суток отравления нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) и нейролептическими препаратами (27+5,3 нг/мл и 11,64+2,7 нг/мл, соответственно). Молекула почечного повреждения показывала высокий уровень в первые сутки отравления НПВС (383+87 пг/мл,  $p < 0,05$ ), прижигающими ядами и уксусной эссенцией. Уровень цистатина С в моче в большинстве случаев (79 человек) был ниже минимальных значений в контрольной группе и ни в одном случае не превышал максимальный уровень в контроле. Все показатели маркеров ОПП в моче были связаны между собой прямой достоверной корреляционной зависимостью.

Заключение. Диагностика нарушений функции почек у детей с пероральными отравлениями химической этиологии на основании только увеличения концентрации креатинина и мочевины в сыворотке крови является запоздалой и приводит к несвоевременному выявлению ОПП. Для своевременной диагностики ОПП детям, поступающим в отделение токсикологии с отравлением химическим веществом, в особенности – уксусной эссенцией, НПВС, нейролептиками, прижигающими ядами, рекомендовано исследование биохимии крови, общего анализа мочи не только в первые сутки, но и на третьи сутки отравления, а также проведение УЗИ почек с УЗДГ сосудов почек на третьи сутки отравления. Для ранней диагностики нарушений функции почек целесообразно исследование в моче NGAL и KIM-1. Определение в моче концентрации цистатина С не являлось диагностически значимым у данной категории больных.

## ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

*Шапошникова А.Ф., Кондратьева Р.В.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

На современном этапе сохраняется высокая актуальность вопросов, связанных с лечением пациентов, страдающих расстройствами аутистического спектра. В большинстве стран, где ведется статистика аутистических расстройств, отмечается увеличение заболеваемости. В настоящее время интерес к данной группе психических нарушений есть не только среди психиатров, но и среди специалистов другого профиля, так как расстройства аутистического спектра имеют коморбидность с болезнями желудочно-кишечного тракта, системы органов дыхания, аллергическими заболеваниями. Среди симптомов детского аутизма особое внимание клиницистов вызывают нарушения пищевого поведения, так как данные проявления существенно утяжеляют состояние ребенка. Расстройства пищевого поведения являются достаточно частым симптомом, который, по литературным данным (Valerie M. et al. 2010) встречается примерно у 70 % детей с расстройствами аутистического спектра. Специфическая клиническая картина расстройств пищевого поведения при расстройствах аутистического спектра описана преимущественно в исследованиях зарубежных авторов (Postorino V. et al. 2015, Liu X et al. 2016, Malhi, P. et al. 2017). Исследования пищевого поведения детей, проведенные отечественными специалистами (И.А. Марголина, М.Е. Проселкова, Г.Н. Шимонова, Г.В. Козловская, Е.Л. Усачева, Т.В. Малышева 2014) свидетельствуют о некоторой зависимости глубины и разнообразия избирательности в еде от выраженности психической патологии. На базе острого отделения для детей дошкольного возраста в 2018 году начато исследование нарушений пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра. В исследование были включены 114 детей от 3 до 6 лет включительно, имеющие те или иные проблемы пищевого поведения (преимущественно, избирательность в пище). Количество детей с расстройствами аутистического спектра составило 57 чел., и 57 чел. вошли в контрольную группу, представленную другими нарушениями психического развития – умственная отсталость различной степени выраженности, задержка интеллектуального и речевого развития. Диагноз «расстройства аутистического спектра» (РАС) был выставлен на основании клинико-психопатологического обследования и верифицирован по методике Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Был проведен анализ анамнестических данных, а также результатов динамического наблюдения во время пребывания детей в отделении. Нами получены предварительные результаты исследования и выявлен ряд особенностей нарушений пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра: значительно чаще, чем при других отклонениях психического развития встречались тяжелые нарушения пищевого поведения со значительным сужением ассортимента употребляемых продуктов и почти полным отказом от еды (6,3% в группе РАС и 1,7% в контрольной группе), поедание несъедобного (6,3% в группе РАС и 0,6% в контрольной группе), полный отказ от твердой пищи, нарушение жевания (5,7% в группе РАС и 1,1% в контрольной группе).

Выводы: 1. У детей с расстройствами аутистического спектра чаще встречаются тяжелые нарушения пищевого поведения, которые могут угрожать здоровью ребенка. 2. Пищевые нарушения у детей с аутизмом имеют ряд особенностей, отличающих их от аналогичных состояний при других психопатологических расстройствах.

## КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

*Шаробаро В.Е., Бекезин В.В., Ивлева Е.П., Васильева И.А.*

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск*

Актуальность. Пиелонефрит – одно из распространенных заболеваний почек. Особенности клинических проявлений, течение и прогноз заболевания в значительной степени зависят от состояния иммунной системы.

Цель исследования: определить состояние тимуса, селезенки, показатели Т- и В-клеточного звена иммунитета детей, больных пиелонефритом в зависимости от периода заболевания.

Пациенты и методы. Обследовано 84 ребенка в возрасте от 3 до 7 лет. Из них больных хроническим пиелонефритом 39 детей (основная группа), 15 – острым пиелонефритом (группа сравнения), 30 здоровых детей (контрольная группа). Всем детям методом непрямой иммунофлюоресценции с применением моноклональных антител определяли уровень молекул адгезии CD11b и CD54 лимфоцитов периферической крови. Определение содержания интерлейкинов в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием наборов «R@D» США. УЗИ вилочковой железы – по методике С.М. Воеводина, селезенки – И.В. Дворяковского.

Результаты. Выявлено, что в период обострения хронического пиелонефрита уровень CD11b снижался, составил  $15,31 \pm 0,93$  ( $p < 0,05$ ), уровень CD54 –  $15,63 \pm 0,54$  ( $p < 0,05$ ), а при остром течении заболевания эти показатели, наоборот, повышались: CD11b –  $30,11 \pm 1,87$  ( $p < 0,05$ ), CD54 –  $37,01 \pm 1,86$  ( $p < 0,05$ ). У здоровых детей молекулы адгезии CD11b экспрессируют  $18 \pm 0,17$  лимфоцитов периферической крови, молекулы CD54 –  $22 \pm 0,19$ . Установлено в активной стадии пиелонефрита увеличение уровня ИЛ-1b и ФНО а в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой. У детей, страдающих хроническим пиелонефритом, концентрация ИЛ-1b составила  $54,92 \pm 5,12$  пг/мл, ФНО а –  $68,32 \pm 4,17$  пг/мл ( $p < 0,05$ ). Более выраженное повышение концентрации исследуемых цитокинов наблюдалось при остром течении заболевания: ИЛ-1b –  $86,47 \pm 6,17$  пг/мл, ФНО альфа –  $92,57 \pm 5,69$  пг/мл ( $p < 0,005$ ). В активной стадии пиелонефрита установлено достоверное увеличение средних размеров тимуса (высоты, ширины, массы и объема); селезенки и селезеночного индекса при нормальной экзогенности.

Заключение. Полученные данные могут использоваться как дополнительные критерии дифференциальной диагностики характера течения пиелонефрита и разработки патогенетически обоснованного лечения с учетом изменений в иммунном статусе.

## СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫМИ АНЕМИЯМИ

*Шенец С.Г., Кувшинников В.А., Вязова Л.И., Башлакова А.Н., Мороз Е.А.*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

Актуальность проблемы железодефицитных анемий (ЖДА) у детей объясняется не только распространенностью этого заболевания, но

и выраженными патологическими изменениями, происходящими при этом в растущем детском организме. Установлена прямая связь между развитием ЖДА и заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), при которых возникает избыточная потеря железа, недостаточное его поступление или нарушение всасывания микроэлемента. Дистрофические изменения в эпителиальных клетках ЖКТ, снижение активности железосодержащих ферментов, вследствие ЖДА, в свою очередь также вызывает нарушения процессов кишечного всасывания.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости синдрома нарушения пищеварения и избыточных потерь железа в ЖКТ у детей с ЖДА в возрастном аспекте.

Материал и методы. Обследовано 63 ребенка в возрасте 1-3 лет (1 группа), 51 ребенок – от 4 до 6 лет (2 группа), 30 детей – от 7 до 11 лет (3 группа) и 58 подростков 12-15 лет (4 группа), проживающих в г. Минске. Обследование включало изучение клинико-анамнестических данных, лабораторную диагностику ЖДА (оценку эритроцитарной системы периферической крови), определение показателя тканевых запасов железа – сывороточного ферритина (СФ). Для выявления синдрома нарушения пищеварения использовалась оценка показателей копрограммы (физико-химические свойства, микроскопия, выявление патологических примесей, гельминтов и простейших). С целью предотвращения транзиторных копрологических синдромов детям в течение 3-х суток проводилась специальная диетоподготовка.

Результаты. Анализ показателей копрограммы у детей раннего возраста с ЖДА (1 группа) выявил панкреатогенный копрологический синдром у 27 (42%) пациентов, гастрогенный и энтеральный копрологические синдромы – у 12 (18%), синдром нарушения пищеварения в толстой кишке (бродильную диспепсию) у 16 (25%) детей. У 6 (10%) пациентов были выявлены гельминты и простейшие, у 3 (5%) – кишечные кровопотери. У дошкольников (2 группа) копрологические синдромы выявлялись со следующей частотой: панкреатогенный – у 18 (35%) пациентов; гастрогенный, энтеральный и гепатогенный – у 22 (43%); синдром нарушения пищеварения в толстой кишке (бродильная диспепсия) у 6 (12%); гельминтозы и простейшие – у 6 (12%); кишечные кровопотери – у 1 (2%) ребенка. У детей школьного возраста (3 группа) соответственно: панкреатогенный синдром выявлялся у 12 (40%) обследуемых; гастрогенный, энтеральный и гепатогенный – у 10 (33%); синдром нарушения пищеварения в толстой кишке (бродильная диспепсия) у 6 (20%); гельминтозы и простейшие – у 2 (7%); кишечные кровопотери – у 3 (10%) школьников. В 4 группе (подростки 12-15 лет) панкреатогенный синдром встречался у 12 (40%) обследуемых; гастрогенный, энтеральный и гепатогенный – у 13 (43%); бродильная диспепсия у 3 (5%); гельминтозы и простейшие – у 2 (7%); кишечные кровопотери – у 3 (10%) подростков. Выводы: 1) У большинства обследованных детей всех возрастных групп (80-90%) с ЖДА выявлен синдром нарушения пищеварения, что является одной из частых причин дефицита железа. 2) Значительно реже причиной дефицита железа у детей всех возрастных групп выявлены избыточные потери микроэлемента в ЖКТ – кровопотери (у 2-10%), глистные инвазии и инвазии простейшими (у 3-12%). 3) Распознавание и устранение причин развития ЖДА в каждом конкретном случае является чрезвычайно важным, прежде чем назначить лечение препаратами железа. 4) Копрологическое исследование остается информативным, доступным скрининговым методом для выявления патологии ЖКТ, оценки переваривающей способности органов пищеварительной системы, а также для подбора адекватной заместительной ферментной терапии у детей с ЖДА.

## АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ: ДИАГНОСТИКА И ВЫЯВЛЕНИЕ ВЕДУЩИХ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

*Щедеркина И.О., Кессель А.Е., Кузьмина Е.В., Свириг П.В., Петрайкина Е.Е., Валиева С.И., Дроздова И.М.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения Москвы, Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей и подростков, Москва*

Инсульт входит в 10 основных причин смертности для лиц в возрасте от 1 до 44 лет. В рамках Международного исследования инсульта у детей (International Pediatric Stroke Study (IPSS) соотношение частоты возникновения ИИ и ГИ составило 67% и 33% соответственно.

Цель: создание и отработка алгоритма обследования пациентов с подозрением и подтвержденным ишемическим инсультом (ИИ) у детей.

Материалы и методы: в исследование были включены дети и подростки, проходившие лечение на базе ГБУЗ «Морозовская ДГКБ» Департамента здравоохранения Москвы, Центр по лечению цереброваскулярной патологии у детей, и пациенты, направленные на дообследование из других лечебных учреждений г. Москвы, с апреля 2014 (начало функционирования Центра) до декабря 2018 г. с подтвержденным ИИ. Всего в анализ вошло 207 пациентов. Методы: клинический, лабораторный, радиологический.

Результаты. За основу деления пациентов на категории по факторам риска была взята категоризация IPSS: 1 – артериопатии; 2 – кардиологические заболевания; 3 – хронические системные состояния, 4 – протромботические состояния; 5 – острые системные состояния (любые острые состояния, приводящие к системным нарушениям); 6 – хронические заболевания головы и шеи; 7 – острые заболевания головы и шеи. На основе данного деления в нашем Центре дети были разнесены по группам риска следующим образом: артериопатии – 20,3%, кардиологические заболевания – 6,5%, хронические системные болезни – 19%, протромботические состояния – 22,7%, острые системные состояния – 4,2%, хронические болезни головы и шеи – 8,6%, острые заболевания головы и шеи – 8,6%. 10% ИИ отнесено к криптогенным. Данное распределение пациентом может быть связано с профилем нашего стационара. Лабораторные тесты при поступлении включали: клинический анализ крови, стандартную коагулограмму (ПТИ, МНО, АЧТВ, ТВ, фибриноген), биохимический анализ крови, уровень глюкозы, кислотно-щелочное состояние. При подозрении на ИИ/ТИА всем проводилось КТ головного мозга, затем МРТ головного мозга с ангиографией и МР-перфузией. В зависимости от основного этиологического фактора, выявленного при поступлении, алгоритм дальнейшей диагностики определялся индивидуально с параллельно проводимой терапией ИИ. Биохимический анализ крови включал: показатели уровня холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, липопротеина (а), аполипопротеина В и А1, С-реактивного белка, антистрептолизина О, ревматоидный фактор. Расширенная коагулограмма: Д-димер, гомоцистеин, антитромбин III, волчаночный антикоагулянт, протеин С, протеин S. В зависимости от возраста пациентам проводится тест на антифосфолипидный синдром: антитела (АТ) к бета 2 гликопротеину (IgG, IgM), АТ к кардиолипину (IgG, IgM), АТ к двуспиральной ДНК, АТ к ядерным антигенам. При наличии инфекционных симптомов или указание на предшествующую инфекцию проводится ПЦР на вирусы. С 2018 г. на базе Центра проводится КТ-ангиография,

улучшившая диагностику артериопатий и микроаномалий строения сосудов, и позволившая оптимизировать вторичную профилактику. Основные направления диагностики и сроки проведения тестов определялись ведущим этиологическим фактором, анамнезом, возрастом пациентов, давностью перенесенного ИИ. По полному протоколу обследованы только 72 ребенка, с 2018 г. Заключение. Частое сочетание нескольких факторов риска у детей требует продолжения диагностического поиска даже при выявлении одного из них, с учетом возраста, для исключения всех возможных причин ИИ, ТИА для снижения риска рецидива инсульта. Стандартизированный протокол обследования позволит уменьшить количество необоснованных тестов. Предварительные данные нашего наблюдения показали неспецифичность отдельных лабораторных показателей в различные периоды ИИ, а также их изменение с возрастом. КТ-ангиография является «золотым» стандартом диагностики артериопатий.

## МАРКЕРЫ ВОСПАЛЕНИЯ, СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ И РЕГЕНЕРАЦИИ ПОЧЕЧНОЙ ТКАНИ ПРИ ОДНОСТОРОННИХ ОБСТРУКТИВНЫХ УРОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ УРОДИНАМИКИ

*Яцык С.П., Русаков А.А., Тарзан А.О.*

*Научный центр здоровья детей, Москва*

Цель. Установить влияние нарушения уродинамики на процессы воспаления, склерозирования и регенерации почечной ткани при односторонних обструктивных уропатиях у детей.

Задачи исследования: 1. Определить различия форменных элементов мочи в пораженной почке и мочевом пузыре при различных видах монолатеральных обструкций и охарактеризовать их клиническое значение. 2. Определить взаимосвязь между клеточным составом мочи и уровнем медиаторов воспаления и факторов склерозирования пораженной почки.

Новизна: 1. Нарушения уродинамики осложняются локальным воспалением собирательной системы и паренхимы почки, что подтверждается бактериальной лейкоцитурией, повышенной экспрессией провоспалительных цитокинов и низкой концентрацией уромодулина, способствующей адгезии микробных тел к эндотелию мочевых путей. 2. При односторонних обструктивных уропатиях у детей паренхима почки на стороне поражения сохраняет способность синтезировать не только провоспалительные цитокины, но и факторы регенерации тканей. Доказательством этого положения являются установленные высокие содержания IL-8 и G-CSF, фоллистатина и ангиопоэтина в моче из пораженной почки по сравнению с мочой из мочевого пузыря; корреляционные связи между концентрацией провоспалительных цитокинов и факторов регенерации; а также стабильный уровень фактора роста сосудистого эндотелия VEGF-A.

Практическая значимость: 1. У детей с односторонней обструкцией мочевых путей в случаях появления симптомов инфекции неясного происхождения при нормальных анализах мочи, полученной из мочевого пузыря, следует иметь в виду возможность локального воспаления в пораженной почке. 2. Обнаруженная тесная корреляция между лейкоцитурией и выраженностью повышения продукции провоспалительных цитокинов позволяет считать современный автоматизированный метод анализа мочи с помощью проточной урочитометрии информативным для выявления воспаления в органах мочевыводящей системы, в том числе – локального воспаления у



детей с односторонними обструктивными уropатиями при исследовании мочи из пораженной почки. 3. Оперативная коррекция уродинамики при молатеральном гидронефрозе и обструктивном мегауретере сопровождается разрешением воспалительного процесса уже в ранние сроки после операции и завершается у большинства больных через 5-6 месяцев после вмешательства.

**Выводы.** 1. Нарушение уродинамики при одностороннем гидронефрозе и одностороннем мегауретере сопровождается локальным воспалением мочевых путей на стороне поражения, которое подтверждается высоким уровнем белка, лейкоцитов, эритроцитов и бактерий в моче на стороне обструкции, и не может быть выявлено с помощью общего анализа мочи, собранного из мочевого пузыря. 2. Нарушение уродинамики и локальное воспаление при одностороннем гидронефрозе и одностороннем обструктивном мегауретере сопровождается повышенной продукцией провоспалительных цитокинов IL-8 и G-CSF, факторов тканевой регенерации и ангиогенеза – фоллистатина и ангиопоэтина; а также уменьшением экскреции уромодулина, которое поддерживает бактериурию. 3. Оперативная коррекция уродинамики в сочетании с антибактериальной терапией при молатеральном гидронефрозе и обструктивном мегауретере приводит к купированию воспалительного процесса уже в ранние сроки после операции и его ликвидацией у большинства больных через 5-6 месяцев после вмешательства. **Практические рекомендации:** 1. У детей с односторонней обструкцией мочевых путей в случаях появления симптомов инфекции неясного происхождения при нормальных анализах мочи, полученной из мочевого пузыря, следует иметь в

виду возможность локального воспаления в пораженной почке. 2. С целью улучшения результатов лечения у детей с молатеральной обструкцией проведение антибактериальной терапии необходимо начинать в предоперационном периоде.

## СИНДРОМ ЦИННЕРА

*Яцык С.П., Тарзян А.О., Русаков А.А.  
Научный центр здоровья детей, Москва*

**Цель.** Разработать алгоритм диагностического поиска при сложных сочетанных пороках мочеполовой системы, и определение тактики хирургической коррекции данной урологической патологии.

**Задачи исследования:** 1. С учетом редкости встречаемости данного порока, необходимо выработать алгоритм мероприятий направленных на постановку точного диагноза. 2. Понимание функциональных нарушений мочеполового тракта при данном пороке позволяет определить этапность инструментально хирургических мероприятий и тактики хирургической коррекции.

**Практические рекомендации:** 1. Современные методы визуализации, такие как МРТ, КТ способствуют ранней диагностике синдрома Циннера. Нередко кисты семенного пузырька пролабируют в мочевой пузырь. 2. Магнитно-резонансная томография – эффективный неинвазивный метод исследования, способствующий ранней диагностике синдрома Циннера и, следовательно, раннему целесообразному лечению для избавления пациента от имеющихся жалоб и профилактики бесплодия.

## СПЕКТР СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ

**Антонова Е.А., Филатова Т.А., Горяинова А.В.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, Детская городская больница № 13 им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения Москвы, Москва

**Введение.** Муковисцидоз (МВ), или кистозный фиброз, – наследственное заболевание, сокращающее продолжительность и влияющее на качество жизни пациентов без оказания адекватного лечения. Важно, что во всем мире отмечается высокая распространенность аллергических заболеваний, увеличивается число случаев тяжелых аллергических реакций (анафилаксия, крапивница и нарушение пищеварения при ПА и нарушение развития).

**Идея.** В связи с высокой частотой аллергических состояний возникла необходимость в определении спектра сенсibilизации у детей с МВ для правильного ведения этих детей, снижения риска развития острых аллергических реакций, для улучшения течения основного заболевания и качества жизни пациентов, посредством правильной диетотерапии.

**Цель.** Провести ретроспективный анализ частоты встречаемости отдельных пищевых и иных аллергенов у пациентов с муковисцидозом с использованием лабораторных методик диагностики. **Материалы и методы.** Было обследовано 53 ребенка – 23 мальчика (43%) и 30 девочек (57%), с диагнозом муковисцидоз, установленным на основании результатов генетического метода диагностики, в возрасте от 3 до 17 лет (средний возраст  $6 \pm 3,17$  лет). Для верификации спектра сенсibilизации использовался лабораторный метод диагностики с определением специфических иммуноглобулинов класса E в образцах сыворотки крови на биологическом микрочипе. Забор венозной крови производился в специальные пробирки с активатором свертывания и гелем, объем крови для диагностики составлял всего 5 мл. Статистическая обработка проводилась с использованием встроенных модулей MS Excel 2013.

**Результаты.** В ходе проведенного анализа был выявлен высокий титр специфических IgE антител у 37% исследуемых ( $n=20$ ), наиболее часто к аэроаллергенам: пыльцевым 23% ( $n=12$ ) (пыльца деревьев, трав); бытовым (домашняя пыль и/или клещи домашней пыли) 19% ( $n=10$ ), к аллергенам эпителия домашних животных (чаще кошки) у 30% ( $n=16$ ) обследованных с МВ, к *Aspergillus fumigatus* у 17% ( $n=9$ ). Пищевая аллергия диагностирована у 33% пациентов ( $n=17$ ): сенсibilизация к белкам животного происхождения: к различным фракциям белка коровьего молока у 13% пациентов ( $n=7$ ), к белку яйца у 20% пациентов ( $n=10$ ), арахису 13% ( $n=7$ ), яблоку 7% ( $n=4$ ). **Обсуждение.** Полученные результаты свидетельствуют, что МВ достаточно часто ассоциируется с сенсibilизацией к различным аллергенам. При этом до настоящего времени не представлено стандартизованных схем диетотерапии для данной категории детей. Таким образом, на основании широкого спектра встречаемых в практике аллергенов крайне актуальным является создание соответствующих протоколов, что должно напрямую способствовать исключению острых аллергических реакций при контакте с животными, пылью деревьев и трав.

## КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ, С ПОМОЩЬЮ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СМЕСИ ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

**Буркина Н.И., Боровик Т.Э.**

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, Москва

**Введение.** Нутритивная недостаточность является одним из частых осложнений при муковисцидозе (МВ) и напрямую влияет на функцию легких и продолжительность жизни пациентов. В связи, с чем лечебное питание является важным компонентом комплексной базисной терапии МВ. Диета должна быть высококалорийной с повышенным содержанием белка, без ограничения потребления жира при адекватной ферментной заместительной терапией у больных МВ с хронической панкреатической недостаточностью. **Цель.** Изучение эффективности применения смеси «Нутриэн Стандарт» (Россия) в качестве нутритивной поддержки, осуществляемой через гастростому, у детей, больных МВ с недостаточностью питания. **Материалы и методы.** Для оценки эффективности в исследовании были использованы показатели, характеризующие динамику массы тела (по программам Who-anthro и Who-anthroPlus) и частоту бронхолегочных обострений. Под наблюдением находилось 30 пациентов с тяжелым течением легочно-кишечной формы МВ, с абсолютной хронической панкреатической недостаточностью (фекальная эластаза  $<50$  мкг/г). Возраст детей колебался от 4 до 17 лет. У всех больных при поступлении в клинику была диагностирована недостаточность питания (НП) – Z-score ИМТ/возраст от  $-1,5$  до  $-5,25$ . I группа пациентов ( $n=16$ ) в составе лечебного рациона получала высококалорийную высокобелковую отечественную смесь «Нутриэн Стандарт» путем сипинга в период нахождения в стационаре. Продолжительность применения смеси составила 14 дней. II группе больных указанный продукт был назначен после установки низкопрофильной гастростомы. Динамическое наблюдение составило 18 мес, в течение которых пациенты продолжали получать дополнительно лечебную смесь методом ночной гипералиментации через стому. Оценку показателей физического развития осуществляли в момент постановки гастростомы, а также через 6, 12 и 18 мес. терапии. Фиксировали наличие/отсутствие признаков непереносимости смеси (аллергические реакции, диспепсические явления, характер и частота стула), а также количество обострений МВ.

**Результаты.** По результатам исследования в I группе 2 ребенка отказались от приема смеси из-за ее «неприятного» вкуса, у 12 пациентов к 14-му дню отмечалось увеличение массы тела на 200-450 г, у 2 больных – масса тела не изменилась. Во II группе на фоне приема смеси «Нутриэн Стандарт» при ночной гипералиментации через низкопрофильную гастростому – через 18 месяцев. У всех пациентов отмечалась значительная прибавка массы тела (от 2,5 до 5,2 кг). Реакций непереносимости продукта не наблюдалось ни у одного пациента.

**Обсуждение.** До применения изучаемой лечебной смеси тяжелая степень НП отмечалась у 6 больных (20%), средняя – у 7 (23,3%), у 17 человек (56,6%) – легкая. Контроль нутритивного статуса был проведен через 18 месяцев, по результатам которого ни один пациент не имел тяжелой степени НП, у 20% диагностирована средняя степень НП, легкая степень – 58%. У 22% детей НП была

устранена. Важно отметить, что на фоне нормализации и улучшения нутритивного статуса у пациентов отмечалось значительное снижение количества и тяжести обострений бронхолегочного процесса от 4-5 до 1-2 раз в год.

Выводы. Коррекция нутритивного статуса высокоэнергетической высокобелковой смесью показана всем больным МВ, осложненным недостаточностью питания. Наилучший клинический эффект в виде улучшения показателей физического развития и снижения частоты бронхолегочных осложнений получен при проведении ночной гипералиментации указанным продуктом через низкопрофильную гастростому.

## ВЫЖИВАЕМОСТЬ НАВЫКА СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ СРЕДИ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ

*Гаврютина И.В.*

*государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва*

Сердечно-легочная реанимация – комплекс экстренных мер по восстановлению спонтанного кровообращения. С учетом результатов экспериментальных и клинических исследований Международным комитетом по связям в реанимации ILCOR разработаны и периодически обновляются рекомендации по эффективному проведению реанимационных мероприятий. Готовность к качественному оказанию реанимационных мероприятий врачами обеспечивается с помощью практических тренингов в условиях симуляционного центра. В настоящее время в мире не существует единой успешной методики качественной подготовки специалистов, также как и единой системы оценки качества реанимационных навыков. Проблемой оказания качественной неотложной медицинской помощи является также вопрос регулярности практических тренингов среди врачей в связи с постепенным угасанием реанимационных навыков после симуляционного тренинга. Впервые на базе Научно-образовательного инновационного центра «Неотложные состояния в педиатрии» нами была изучена выживаемость практических навыков сердечно-легочной реанимации среди врачей скорой медицинской помощи. Для проведения анализа качества оказания сердечно-легочной реанимации нами было разработано изобретение «Способ контроля качества практической подготовки к оказанию сердечно-легочной реанимации детям в процессе обучения», включающее в себя рейтинго-балльную систему, позволяющую сочетать индивидуальный подход, контроль за каждой единицей действий, прослеживать взаимосвязь между процессом обучения и результатом, корректировать ход освоения практических навыков с учетом интерактивного тестирования. С целью изучения выживаемости реанимационных навыков была проведена рандомизация врачей по давности прохождения первого симуляционного тренинга по СЛР: первая подгруппа с давностью первого симуляционного модуля 6-12 месяцев (до года), вторая подгруппа с давностью 13-48 месяцев (1-2 года), третья подгруппа с давностью 25-36 месяцев (2-3 года). В ходе исследования выживаемости практических навыков было получено достоверное снижение качества выполнения респираторной поддержки и непрямого массажа сердца. Качество респираторной поддержки достоверно снижается в течение первого года (6-12 месяцев после тренинга) после симуляционного тренинга по показателям респираторной поддержки и непрямого массажа сердца при  $p < 0,05$ , достигая максимума в группе 36 и более месяцев. Исходя из полученных результатов исследования,

качество респираторной поддержки снижается в течение года после обучения: соответствие глубины вдуваний рекомендациям ILCOR изменилось с 44% до 29%, длительность вдуваний 1-1,5 секунды с 56% до 28%, экскурсия грудной клетки с 60% до 35%, количество вдуваний в цикле с 94% до 69%, поддержание проходимости дыхательных путей методом лоб-подбородок с 94% до 73%. В группах 13-24 месяцев и 25-36 месяцев происходит дальнейшее ухудшение качества оказания респираторной поддержки: глубина вдуваний снижается и соответствует рекомендованной в 14% наблюдений, длительность вдуваний в 11%, экскурсия грудной клетки в 14%, количество вдуваний в цикле в 37%, поддержание проходимости дыхательных путей в 7% наблюдений. Показатели качества непрямого массажа сердца в группе 1 имеют достоверное ( $p < 0,05$ ) снижение по показателям: соответствие места проведения непрямого массажа сердца рекомендованному снизилось с 91% до 80% наблюдений, сдавливание ребер во время непрямого массажа сердца с 95% до 91%, количество компрессий в цикле с 71% до 61%, нарушение положения рук на грудной клетке во время компрессий с 99% до 82%, длительность интервала между циклами компрессий с 60% до 64%, частота с 68% до 64% и глубина компрессий с 76% до 57%. В группах 13-24 месяцев и 25-36 месяцев происходит дальнейшее ухудшение качества непрямого массажа сердца: точка непрямого массажа сердца соответствует рекомендованной в 62% наблюдений, сдавливание ребер во время непрямого массажа сердца в 75% наблюдений, количество компрессий в цикле в 40% наблюдений, нарушение положения рук на грудной клетке во время компрессий в 68% наблюдений, длительность интервала между циклами компрессий в 37% наблюдений, частота в 41% наблюдений и глубина компрессий в 34% наблюдений. Учитывая, что перечисленные показатели достоверно снижаются уже в течение первого года после симуляционного тренинга, а наиболее существенные изменения отмечаются ко 2 году, рекомендуется проходить повторное обучение не реже 1 раза в два года с обязательным контролем качества практических навыков.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОВЕДЕНИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ ВИРУСНОЙ ДИАРЕЕЙ

*Ерпулева Ю.В., Гаджимаева М.А.*

*Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет), Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 9, Москва*

Вступление. Рациональное питание является необходимым для роста и развития ребенка. У детей раннего возраста течение вирусной кишечной инфекции осложняется тяжелым эксикозом с электролитными нарушениями и негативными изменениями в белковом статусе, развитием резкой потери массы тела на фоне профузной диареи. Вот почему адекватная нутритивная поддержка у этой категории больных является одной из ключевых в успехе проводимой терапии. Методы. Лабораторное оборудование – биохимический анализатор ABBOTT Architect c16000. Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин) методом по конечной точке. Результаты. Ребенок 1 года 5 месяцев, с длительным и волнообразным течением вирусной диареи с развитием вторичной энтеропатии на фоне аденовирусной инфекции. На 19 сутки от начала заболевания



на фоне профузной диареи и явлений эксикоза II степени потеря веса составляла 2300 гр. В этот период регистрировались выраженные изменения белкового статуса (гипопротеинемия – 37.7 г/л, гипоальбуминемия – 21 г/л). Проводилась коррекция энтерального питания (ЭП): смесь на основе гидролизованного белка – 900 мл/сут (б/ж/у/ккал=1,8/3,6/8,5/77) с назначением частичного парентерального питания (ЧПП): Глюкоза 20%- 10.4 г/кг/сут, Аминовен инфант 10%- 2.5 г/кг/сут, что полностью обеспечивало потребности организма ребенка в энергетических потребностях. В последующие дни на фоне нутритивной поддержки у ребенка отмечалась позитивная тенденция с прибавкой в весе 800 гр. Однако в связи с рецидивирующим диарейным синдромом и увеличением объема потерь достигнутый эффект оказался нестабильным, что являлось предпосылкой к переводу на полное парентеральное питание: Глюкоза 20%- 10.4 г/кг/сут, Аминовен инфант 10%- 2.5 г/кг/сут, СМОФ- липид 20% – 1 г/кг/сут, с сохранением трофического объема ЭП с переводом на аминокислотную смесь. В дальнейшем по мере стабилизации состояния и уменьшения объема потерь, проводилось постепенное расширение энтерального объема с введением безмолочных каш 9 г/кг/сут, мяса 20 г/кг/сут и перевод на полное ЭП. На фоне проводимой нутритивной поддержки в рамках комплексной терапии, несмотря на затяжной характер диарейного синдрома, достигнут положительный клинико-лабораторный эффект, с прибавкой в весе 1 кг за месяц, с нормализацией уровня общего белка -70.7 г/л, альбуминов – 42 г/л, улучшения состояния ребенка.

**Заключение.** У детей раннего возраста при тяжелых формах вирусной диареи очень сложно назначить питание естественным путем и обеспечить ребенка во всех необходимых нутриентах и энергии. Успех терапии напрямую зависит от своевременной нутритивной поддержки со своевременным назначением парентерального питания, постепенного расширения и поэтапного введения энтерального питания.

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ И КОРРЕКЦИИ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРАМИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ А У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Илларионов А.С., Радыгина Т.В., Потапов А.С., Петричук С.В.*  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва

Введение. Несмотря на эффективность блокаторов фактора некроза опухоли  $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ), в частности инфликсимаба (IFX), в индукции и поддержании ремиссии у детей с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), после года лечения наблюдается потеря ответа примерно у половины пациентов. Причинами этого являются иммуногенность препарата и фармакокинетический профиль пациентов. Прогностическая ценность таких факторов как возраст, распространенность поражения и лабораторная активность недостаточно высоки у детей. Мониторинг остаточного уровня инфликсимаба (Q-IFX) рекомендован для оптимизации долгосрочного исхода терапии IFX, но большинство подходов рассматривают исключительно коррекцию в поддерживающую фазу лечения. Имеются

ограниченные данные об оценке Q-IFX во время индукции и влиянии его на отдаленные результаты у детей, однако, по данным литературы, у взрослых пациентов оценку Q-IFX необходимо проводить непосредственно после индукции. Такой подход позволяет оценить эффективность терапии, проводить коррекцию и прогнозировать долгосрочный результат.

Идея. Существующие методы позволяют: ретроспективно мониторировать у пациентов Q-IFX, наличие циркулирующих антител к IFX (АТ) и уровень циркулирующих провоспалительных цитокинов с целью прогноза потери ответа на терапию; оценивать Q-IFX практически «у постели больного» экспресс-тестами у пациентов, первичной резистентностью к терапии анти-ФНО- $\alpha$ , а также утративших эффект от терапии полностью или частично. Методом накопления сывороток мы ретроспективно определяли Q-IFX и АТ иммуноферментным анализом для количественного определения и уровень провоспалительных цитокинов (в частности, TNF- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ) мультиплексным анализом. Также мы начали применение появившихся экспресс-тестов, что может быть в дальнейшем использовано в реальной клинической практике для своевременной коррекции схемы лечения пациентов со снижением эффективности биологической терапии.

Цель. Оценить прогностическую значимость Q-IFX, наличие АТ и уровня циркулирующих провоспалительных цитокинов у детей с ВЗК в отношении первичной и вторичной резистентности к терапии IFX. Материалы и методы. Обследованы 76 детей с ВЗК в возрасте 4-18 лет, получающих INF: 32 с язвенным колитом (ЯК) и 44 с болезнью Крона (БК). Клиническая активность оценивалась с помощью Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index и Pediatric Crohn's Disease Activity Index. Образцы крови получали перед очередной инфузией INF. Q-IFX и АТ в сыворотке крови оценивали иммуноферментным количественным методом Matriks Biotech Shikari Infliximab-Remsima и Shikari Antibody to Infliximab ELISA соответственно. Уровень цитокинов измеряли мультиплексным анализом, используя Merck MILLIPLIX MAP Human TNF17 Magnetic Bead Panel. При статистической обработке применялся непараметрический критерий Манна-Уитни и ROC-анализ.

Результаты. Установлено достоверное увеличение активности индексов PUCAI и PCDAI у детей с ВЗК, у которых наблюдалась потеря эффекта IFX ( $p=0,001$ ). При этом при потере эффекта от IFX установлено достоверное снижение Q-IFX в сыворотке крови по сравнению с детьми со стойким положительным эффектом для ЯК ( $p=0,019$ ) и БК ( $p=0,002$ ). Проведенный ROC анализ показал, что уровень cut-off для детей с ЯК – 2,55 мкг/мл, а для детей с БК – 2,21 мкг/мл. АТ были выявлены в 18% случаев, причем, чем меньше возраст ребенка, тем быстрее образуются АТ ( $r=0,58$ ). У 1 пациента с устойчивым ответом в течение 5 лет терапии значения Q-IFX находились в диапазоне от 4,9 до 9,4 мкг/мл в отсутствие АТ. Анализ цитокинового профиля выявил достоверные отличия между группами по уровню провоспалительных цитокинов: IL-23, IL-27, IL-22, INF $\gamma$ , TNF- $\alpha$  (ФНО- $\alpha$ ). ROC анализ выявил хорошее качество разделительной модели для ФНО- $\alpha$ , уровень cut-off составил 13,4 пг/мл (AUC=0,845; Se 76%, Sp 78%). Обсуждение: При снижении Q-IFX в сыворотке крови у детей с ЯК до 2,54 мкг/мл и ниже и у детей с БК ниже 2,21 мкг/мл, можно ожидать потерю эффекта терапии и обострение заболевания. Уровень ФНО- $\alpha$  >13,4 пг/мл может выступать в качестве биомаркера потери эффекта от IFX. Выявлена корреляция повышенного уровня провоспалительных цитокинов, в частности ФНО- $\alpha$ , с более низким Q-IFX и потерей эффекта IFX. Дети младшего возраста требуют динамического контроля Q-IFX и АТ, учитывая более частые первичную неэффективность анти-ФНО- $\alpha$  терапии, а также потерю ответа на лечение из-за недостаточной

эффективности низких пороговых (в том числе по нижней границе нормы терапевтического уровня) значений Q-IFX и более быстрого образования АТ1.

## ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

*Козлова Е.В., Захарян М.Э., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Гусева И.М., Мурашкин Н.Н.*

*Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава РФ, Москва*

Распространенность атопического дерматита (АД) среди детского населения колеблется от 15 до 30%. Наиболее часто АД ассоциирован с пищевой аллергией, что требует назначения ограничительных элиминационных диет, что может негативно отражаться на нутритивном статусе детей.

Цель исследования. Оценить состояние питания детей с АД при поступлении в стационар.

Материалы и методы. В открытое, продольное, проспективное пилотное исследование включены 100 детей (51 мальчик и 49 девочек) в возрасте от 4 месяцев до 17 лет с распространенным атопическим дерматитом тяжелого течения (SCORAD > 40 баллов). Большинство (68%) детей было в возрасте до 5 лет, в том числе 16 детей в возрасте до 1 года. Продолжительность заболевания колебалась от 3 месяцев до 17 лет. У подавляющего большинства (81%) больных АД сопровождался пищевой аллергией, которая в 25% случаев носила поливалентный характер. Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена у 62% пациентов. Большинство (82%) больных было госпитализировано первично. Повторно поступили 18% детей, все они находились на элиминационной диете, половина из них (55,5%) получала нутритивную поддержку специализированными смесями на основе гидролизатов белка или аминокислот. В первые 48 часов после поступления в «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России всем пациентам проводили измерение роста и массы тела, указанные показатели интерпретировали в соответствии со стандартами ВОЗ: (программы WHO Anthro, 2006 для детей младше 5 лет и WHO Anthroplus, 2009 для детей старше 5 лет).

Результаты. Нарушения питания выявлены у 37% детей с АД, из них острая недостаточность питания (НП) отмечалась у 28% детей (6% острая умеренная, 22% острая легкая), хроническая недостаточность питания (задержка роста) у 6%, у 3% детей выявлена избыточная масса тела и ожирение.

Выводы. НП отмечалась во всех возрастных группах. В зависимости от возраста менялась структура нарушения питания: если у детей 1-го года жизни была выявлена только острая НП, то в возрастной группе от 1 года до 5 лет диагностирована хроническая НП, а в группе детей старше 5 лет наряду с НП выявлялась избыточная масса тела и ожирение. НП наиболее часто выявлялась у детей первого года жизни, что требует консультации диетолога и коррекции питания. Доминирующей во всех возрастных группах являлась острая легкая НП, что указывает на необходимость мониторинга нутритивного статуса и проведения оценки фактического питания у всех детей. Наличие умеренной НП у детей указывает на потребность в срочной и адекватной коррекции рациона, с целью предотвращения ее прогрессирования.

## СИНДРОМ ЗАДНЕЙ ОБРАТИМОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ

*Натрусова Н.В., Щедеркина И.О., Тиганова О.А., Петрайкина Е.Е., Кондратчик К.Л.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Морозовская детская городская клиническая больница» Департамента здравоохранения Москвы, Москва*

Актуальность. На первом месте в структуре онкологической заболеваемости у детей – гемобластозы. Около 25% всех опухолей составляет острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ). На современном уровне развития медицины и здравоохранения эффективность лечения ОЛЛ достигает 80%, при этом увеличивается частота сопутствующих неврологических осложнений, требующих своевременной коррекции на разных этапах терапии.

Цель. Особенности клинических проявлений у детей синдрома задней обратимой энцефалопатии.

Материал и методы. Дети в возрасте 5 и 10 лет с диагнозом «Острый лимфобластный лейкоз» проходившие лечение в отделении онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения Москвы». Методы – клинический, лабораторный (анализы крови, спинно-мозговой жидкости), радиологический (магнитно-резонансная томография), ультразвуковой (исследование внутренних органов и сосудов головы и шеи).

Результаты. У детей с разными иммунологическими вариантами острого лимфобластного лейкоза, получавших лечение по протоколу ALL-MB-2015 на этапе индукции ремиссии на 22 и 23 сутки соответственно развились пароксизмальные состояния в виде нарушения сознания, фокальных тонико-клонических судорог. Состояния не сопровождалась электролитными нарушениями в анализе крови. Пациенты находились на лечении в остром периоде в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). По данным МРТ головного мозга – признаки вазогенного отека. У одного ребенка отмечалось нарастание выявленных МР-изменений, что, вероятно, связано с плохо курируемой артериальной гипертензией. В динамике описываемые структурные изменения по данным нейровизуализации регрессировали. Состояния расценены как синдром задней обратимой энцефалопатии (PRES – Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome). Оба ребенка получали леветирацетам внутривенно в остром периоде. У второго пациента через 6 месяцев повторился эпизод судорог. При контрольном обследовании вновь выявлены МР-признаки вазогенного отека. Проводился дифференциальный диагноз между повторным развитием синдрома задней обратимой энцефалопатии и экстрапонтинным миелинолизом, с учетом выраженных электролитных нарушений (гипонатриемии). Заключение. Стандарты терапии PRES у детей и подростков к настоящему времени не разработаны. Лечение преимущественно симптоматическое, включает в себя изменение режима химиотерапии, коррекцию электролитных нарушений и артериальной гипертензии, проведение противосудорожной, противоотечной и нейротрофической терапии. Тяжесть состояния пациентов определяет место проведения терапии, часто в условиях ОРИТ, в остром периоде синдрома PRES. Проводимая работа на базе Центра детской онкологии и гематологии ГБУЗ «Морозовская ДГКБ Департамента здравоохранения Москвы» позволит разработать алгоритм дифференциальной диагностики эпилептических судорожных приступов с состояниями, не требующими диагноза эпилепсии, определить критерии для назначения и оптимальные схем противосудорожной терапии у детей.

## ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

**Панина О.А., Кучина А.И.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж*

Актуальность. По данным статистики, заболеваемость среди детей ежегодно увеличивается на 4-5%. При этом наиболее уязвимой частью населения является именно младший школьный возраст. Это связано с тем, что детское население подвержено воздействию различных факторов окружающей среды, а незрелость системного и местного иммунитета в сочетании с интенсивным процессом роста способствуют тому, что дети более чувствительны к воздействию патогенных факторов.

Цель исследования. Оценить влияние школьно-средовых факторов на здоровье младших школьников и определить направления профилактической работы среди этой возрастной группы.

Материалы исследования. Проводилось анкетирование 105 семей учащихся младших классов общеобразовательных школ г. Воронежа. Изучение проводили в двух направлениях: изучали медико-биологические и социально-гигиенические факторы.

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено, что отягощенность факторами риска (число факторов в пересчете на одного ребенка) достоверно увеличивается в процессе обучения с 5,8 до 8,2. Возраст большинства матерей (72%) к моменту рождения ребенка составлял 21-25 лет. Наличие хронических заболеваний у себя признали 34% женщин, профессиональные вредности до или во время беременности имели 6,2% матерей. У 57% женщин отмечался токсикоз первой половины беременности, у 28% – второй половины беременности. Родились доношенными 84,7% детей, недоношенными – 8,6%, асфиксию в родах или другие осложнения имели 2,6% новорожденных. Выявлено воздействие на здоровье учащихся начальной школы большого числа неблагоприятных факторов, обусловленных образом жизни. Жилищные условия в большинстве благополучные – 92% опрошенных живут в отдельных квартирах. Среднее количество комнат на семью составляет 2,2, при этом 46% школьников имеют собственную комнату. При оценке психологического климата в семье взаимоотношения как «благополучные» оценивают 86% опрошенных. Образовательный ценз родителей достаточно высок – 76% имеют высшее образование. Проведенное исследование показало значительную распространенность курения среди родителей младших школьников: один из родителей курит у 42% детей, в 5% случаев курят оба родителя. При этом 18% родителей признали, что курят в присутствии ребенка. Доказано, что пассивное курение не только вредит детскому здоровью, но и способствует приобщению к курению как с физиологической, так и с психологической точки зрения. Характер питания школьников в значительном числе случаев не соответствует гигиеническим требованиям. Ежедневно употребляют мясные продукты 72% учащихся, молоко и молочные продукты – 70%. Не имеют в ежедневном рационе фрукты и овощи 36% школьников, 55% опрошенных каждый день употребляют кондитерские изделия в избыточном количестве. Только у 48% школьников уровень необходимой двигательной активности соответствует гигиеническим требованиям. Около 42% детей занимаются физкультурой исключительно на школьных уроках. Ежедневно утреннюю гигиеническую гимнастику выполняют лишь 32% учащихся. В динамике обучения снижается доля школьников, ведущих физически активный образ жизни – с 21% до 36%. Дефицит ночного сна имеют 55,4% детей. Распространенность

внешкольных занятий свидетельствует о перегруженности учащихся различными видами деятельности. Ежедневно 45% учащихся 2 часа и более тратят на просмотр телепередач, а 18% из них – по 3 – 4 часа. Каждый второй ребенок проводит за монитором компьютера по 1 часу в день, 9% – от 2 до 4 часов. Кроме того, у 72% школьников время приготовления уроков превышает существующие нормативы, а 14% затрачивают на это 4-6 часов. Достаточная длительность прогулок на свежем воздухе в учебные дни отмечается только у 19% детей, что свидетельствует о нерациональной организации их досуга родителями.

Выводы и практическая значимость. Образовательное учреждение на современном этапе развития общества должно стать важнейшим звеном в формировании и укреплении здоровья учащихся, развивая и внедряя в практику различные здоровьесберегающие программы. Педагогика должна стать здоровьесберегающей, направленной на приоритет здоровья среди других направлений воспитательной работы школы, включая последовательное формирование в школе здоровьесберегающего образовательного пространства с использованием здоровьесберегающих технологий.

## АНОМАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

**Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Петрайкина Е.Е., Осипова Г.Т., Пивазян Л.Г.**

*Кафедра репродуктивной медицины и хирургии факультета постдипломного образования Московского государственного медико-стоматологического университета, Морозовская детская клиническая больница, Москва*

Аномальное маточное кровотечение пубертатного периода на сегодняшний день по-прежнему остается одной из основных причин обращений девочек-подростков к детским гинекологам. В структуре общей гинекологической патологии аномальное маточное кровотечение пубертатного периода занимают одно из лидирующих мест и составляют до 50%. До настоящего времени решение вопроса об эффективности методов диагностики и лечения аномальных маточных кровотечений у подростков остается открытым.

Цель: показать эффективность дополнительных методов исследования в диагностике аномальных маточных кровотечений (АМКПП), обеспечивающие подход к терапии и профилактике рецидивов заболевания.

Материалы и методы. Нами было обследовано 100 девочек с аномальным маточным кровотечением пубертатного периода. Основываясь на критериях, толщины эндометрия, размеры матки и яичников, полученные при выполнении УЗИ органов малого таза, уровень эстрадиола и ЛГ в сыворотке крови, определен тип аномальных кровотечений. Нужно отметить, что в публикациях российских исследователей имелись сведения о гиперэстрогенном и гипоестрогенном типе кровотечения. Однако полученные нами данные свидетельствуют о наличии референтных значений эстрадиола: наибольшей по численности была группа с гипоестрогенным типом (52%); в 35,4% случаев тип аномальных кровотечений расценен как гиперэстрогенный, в нормоэстрогенный 12,6% тип АМКПП. Учитывая выявленный у пациенток тип маточных кровотечений (гипоестрогенные, нормоэстрогенные, гиперэстрогенные), следует признать, что дополнительные методы исследования (УЗИ органов малого таза, ректоабдоминальное исследование, а также гормональное исследование), позволяющие с максимальной точностью



выбрать с целью гемостаза дифференцированную терапию. В соответствии с международными клиническими рекомендациями по лечению АМКПП у девочек-подростков наиболее целесообразным и оправданным стало применение монофазных комбинированных низкодозированных эстроген-гестагенных препаратов с содержанием 30 мкг этинилэстрадиола и 150 мкг левоноргестрела по схеме: ½ (15 мкг этинилэстрадиола + 75 мкг левоноргестрела) таблетки внутрь каждые 4 часа до полной остановки кровотечения с последующим снижением дозы на ½ таблетки в день (от дозы, на которой был достигнут гемостаз) до достижения дозы: 1 таблетка в сутки до 21 дня приема.

**Обсуждение.** В ходе проводимого исследования подтверждено соответствие клинических проявлений заболевания уровню эстрогенной насыщенности в каждом случае. Это, в свою очередь, не опровергает возможности предварительного разделения пациенток с данным заболеванием на группы с гипоэстрогенным, нормоэстрогенным и гиперэстрогенным типом АМКПП по совокупности антропометрических данных, результатов УЗИ внутренних гениталий. Кроме того, в зависимости от полученных результатов, нами полностью оценена эффективность дифференцированного подхода к терапии данного заболевания. Применение гестагенов с целью гемостаза при АМКПП нами рекомендовалась пациенткам на амбулаторный этап лечения после достижения гемостаза с целью регуляции менструальной функции и профилактики рецидивов АМКПП. Прогестагены были рекомендованы пациенткам с ановуляторными маточными кровотечениями в сочетании с гиперплазией эндометрия, при меноррагиях с недостаточностью лютеиновой фазы цикла с 16-го по 25-й день менструального цикла и в случаях овуляторных АМКПП с 5-го по 25-й день менструального цикла. У пациенток с ановуляторными АМКПП прогестагены были рекомендованы для приема во вторую фазу менструального цикла на фоне постоянного приема эстрогенов.

В целом, можно констатировать, что современные методы диагностики и лечения АМКПП позволяют значительно сократить количество необоснованных, излишне агрессивных вмешательств при лечении АМКПП.

Adamyan L.V., Petryaykina E. E., Sibirskaya E. V., Osipova G. T., Pivazyan L.G. Abnormal uterine bleeding during puberty in adolescent girls Ways of management, diagnosis and treatment Department of reproductive medicine and surgery FPDO MSMSU, Moscow, Russian Federation Morozovskaya children's city clinical hospital, Moscow, Russian Federation Moscow, Russia

## АПЕНДИКУЛЯРНО-ГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕВОЧЕК

*Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Петрайкина Е.Е., Поддубный И.В., Тарбая Н.О., Короткова С.А.*

*Кафедра репродуктивной медицины и хирургии, Факультет профессионального дополнительного образования Московского государственного медико-стоматологического университета, Российский университет дружбы народов, Москва, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва*

Апендикулярно-генитальный синдром – состояние, при котором наблюдается сочетанное поражение червеобразного отростка и придатков матки при воспалительных процессах в брюшной полости и полости малого таза. Частота встречаемости апендикулярно-генитального синдрома у девочек от 6% до 8% случаев в год. Цель работы: определить частоту встречаемости апендикулярно-генитального синдрома у девочек в зависимости от анатомической

формы расположения отростка, а также морфологической формы острого аппендицита.

**Объем и методы исследования.** За период с 2015 по 2017 год на базе Морозовской детской городской клинической больницы нами было проведено обследование девочек, поступивших в стационар с абдоминальным синдромом и прооперированных по поводу острого аппендицита. Проводился анализ жалоб, данных объективного обследования, данных клинико-лабораторных исследований (общий анализ крови, биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной и полости малого таза). Всего за указанный период в приемное хирургическое отделение поступило 4568 ребенка с жалобами на боли в животе. Из них мальчиков – 36,9% (n = 1684), девочек – 63,1% (n=2884). Острая хирургическая патология (острый аппендицит) подтверждена интраоперационно и по данным гистологического исследования у 11,2% (n=325) девочек. Сочетанная апендикулярно-генитальная патология по данным УЗИ органов брюшной полости и полости малого таза была выявлена у 8,9% (n=29) и подтверждена интраоперационно. По морфологическим формам патология червеобразного отростка разделилась следующим образом: катаральный аппендицит – 14,5%, (n=47) флегмонозный аппендицит – 49,8% (n=162), эмпиема червеобразного отростка – 16 (n=4,9%), гангренозный аппендицит – 5,2% (n=17) гангренозно-перфоративный аппендицит – 8,4% (n=27), вторичный аппендицит на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза 17,2% (n=56) случаев. Наиболее часто сочетание аппендицита с воспалительными изменениями придатков матки встретилось при гангренозном аппендиците 11,7% (n=2), гангренозно-перфоративном аппендиците 29,6% (n=8). Все осложненные формы острого аппендицита сочетались с апендикулярно-генитальным синдромом. Наиболее часто апендикулярно-генитальный синдром встречается при тазовом расположении червеобразного отростка 41,4% (n=12) случаев. Выводы: данные исследования свидетельствуют о том, апендикулярно-генитальный синдром встречается при гангренозной и гангренозно-перфоративной форме острого аппендицита, при осложненных формах аппендицита и расположении червеобразного отростка в малом тазу.

APPENDICULAR-GENITAL SYNDROME L.V. Adamyan, I.E. Koltunov, E.V. Sibirskaya, I.V. Poddubny, N.O. Tarbaya, A.A. Oganisyan Department of reproductive medicine and surgery Faculty of additional vocational education Moscow State University of Medicine and Dentistry, The Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia The Morozov children's city clinical hospital, Moscow, Russia Summary: Dependence of the frequency of appendicular genital syndrome in girls from the anatomical form of the appendix, as well as the morphological form of acute appendicitis.

## СТРУКТУРА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ ДИСМЕНОРЕЕЙ

*Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Тарбая Н.О., Геворган А.П., Моксякова Е.Г.*

*Кафедра репродуктивной медицины и хирургии факультета последипломного образования Московского государственного медико-стоматологического университета, Морозовская детская городская клиническая больница, Москва*

Проблема первичной дисменореи у девочек – подростков по-прежнему остается актуальной не только для детских гинекологов, но и врачей других специальностей. Первичная дисменорея

предполагает отсутствие какой-либо органической патологии, как правило, появляется через 1-2 года после менархе со становлением овуляторных циклов. Боли обычно носят схваткообразный характер, но могут быть ноющими, дергающими, распирающими с иррадиацией в прямую кишку, область придатков, мочевой пузырь. При этом патологических изменений половых органов не выявляется. Частота дисменореи по данным различных исследований колеблется от 30% до 90%, у 10% данное состояние приводит к потере трудоспособности, нарушает социальную и повседневную активность. У девочек и девушек-подростков, страдающих первичной дисменореей, имеются особенности соматического здоровья. Соматический статус у них отличается отягощенным анамнезом и высоким уровнем заболеваемости, в том числе и инфекционной. Экстрагенитальная патология выявлена более чем у 50% пациенток. Несмотря на то, что в последние годы изучению проблеме первичной дисменореи у девочек-подростков уделяется большое значение, до сих пор отсутствует четкая схема ведения и лечения девочек с первичной дисменореей с сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Цель нашего исследования: усовершенствование тактики ведения и лечения первичной дисменореи у девочек с сопутствующей экстрагенитальной патологией.

Материалы и методы. Наше исследование базировалось на обследовании 150 девочек, поступивших в гинекологическое отделение Морозовской Детской Городской Клинической Больницы с первичной дисменореей и сопутствующей экстрагенитальной патологией. Ретроспективно было обследовано 1000 историй болезней девочек с первичной дисменореей для определения структуры экстрагенитальной патологии. Из них 250 девочек с первичной дисменореей были осложнены экстрагенитальной патологией, учитывая данные проведенного нами ретроспективного анализа. Анализ ретроспективных данных показал, что структура экстрагенитальной патологии представлена заболеваниями соединительной ткани 31,5% (n=79), заболеваниями ЯИОР-органов 20,3% (n=51), инфекционные заболевания 18,2% (n=45), нарушениями зрения 17% (n=43), неврозами 13% (n=32). По результатам проведенного нами проспективного обследования выявлена следующая структура экстрагенитальной патологии: заболеваниями соединительной ткани 25,3% (n=38), заболевания ЯИОР-органов 22,4% (n=34), инфекционные заболевания 21,3% (n=32), нарушения зрения 19% (n=28), неврозы 12% (n=18).

Выводы. Результаты нашего исследования показали высокую отягощенность экстрагенитального фона у девочек с первичной дисменореей. Анализируя данные ретроспективного и проспективного исследований можно сделать вывод о том, что структура сопутствующей экстрагенитальной патологии одинакова и лидирующие позиции среди них занимают заболевания соединительной ткани, заболевания ЯИОР-органов и инфекционные заболевания.

L.V. Adamyan, E.V. Sibirskaia, N.O. Tarbaya, E.G. Moksyakova. The structure of extragenital pathology in adolescent girls with primary dysmenorrhea. Department of Reproductive Medicine and Surgery of Post-Graduate Education Faculty of the state educational institution of higher professional education "Moscow State University of Dentistry" Morozovsky children clinical hospital Moscow, Russia The article presents data on primary dysmenorrhea in girls with concomitant extragenital pathology. Despite the large variety of drugs, tactics of management and treatment of primary dysmenorrhea in girls with concomitant extragenital pathology is still not effective enough. These data will allow subsequent development of preventive and therapeutic measures contributing to the rapid recovery of adolescent girls and improving the quality of life in the first days of menstruation.

## ТРОМБОФИЛИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ

*Сибирская Е.В., Шелковникова Т.В., Кацадзе Ю.Л., Шишлянникова Н.Ю.*

*Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Россия; Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва; Кемеровская областная офтальмологическая клиническая больница, Кемерово; Российский националь, Москва*

Цель. Изучение частоты встречаемости опасных форм ПВХРД в сочетании с острой сосудистой патологией сетчатки и изменения в системе гемостаза у беременных женщин.

Материалы и методы: 50 беременных женщин (100 глаз) со сроком беременности от 8 – 38 недель, возрасте – 22÷37 лет. Выявление волчаночного антикоагулянта (ВА) проводилось с использованием ядовитых тестов, а также подтверждающими тестами с плазмой донора и корригирующими фосфолипидами. Офтальмологические исследования. Стандартные и специальные методы исследования: осмотр глазного дна с линзой Гольдмана, ФАГ глазного дна, ОСТ. Результаты исследования и обсуждения. Опасные формы периферических витреохориоретинальных дистрофий (ПВХРД) выявлены у 27 чел. У 4 беременных с «решетчатой дистрофией» и у одной беременной женщины ПВХРД типа «след улитки» в плазме крови выявлен ВА -1,3÷1,4. У всех этих женщин было невынашивание беременности. У 14 пациенток с комбинированными формами ПВХРД и с дефектами сетчатки центральная серозная хориоретинопатия встречалась у 3 чел. (ВА в титре 1,3), у этих же беременных – ОПГ (отеки, протеинурия, гипертония). У женщины 37 лет с ВА 1,4 в послеродовом периоде наблюдался тромбоз глубоких вен нижних конечностей, сепсис, тромбоз нижневисочной вены и частичная непроходимость нижневисочной ветви ЦАС. У женщины, 32 лет, было кровотечение в родах, сопровождалось непроходимостью центральной артерии сетчатки (ЦАС), в послеродовом периоде атрофия зрительного нерва (титр ВА 1,4). У женщины 26 лет, наблюдали кровотечение в родах и зоны Амальрика – зоны ишемии на периферии глазного дна (наличие ВА в сочетании с очень низким протеином С). У 1 женщины с предлежанием плаценты, кровотечение в родах, на глазном дне картина претромбоза верхневисочной и нижневисочной ветви центральной вены сетчатки, титр ВА 1,3÷1,4. У беременных женщин с ПВХРД имеется тромбофилия. ВА является причиной кровотечений в родах, невынашивания беременности, более чем 44,4% встречается у беременных с опасными формами ПВХРД. Заключение. Таким образом, считаем необходимым офтальмологический мониторинг у беременных женщин с исследованием системы гемостаза на тромбофилию и ВА. Офтальмологическое наблюдение может и должно служить прямым контролем динамики патологического процесса и контроля адекватности дезагрегантной и противовоспалительной терапии.

## СОПОСТАВЛЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА МАССЫ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

*Титова О.Н.*

*Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии», Москва*

Отсутствие единых алгоритмов и способов оценки дефицита массы тела у детей с детским церебральным параличом с учетом тяжести заболевания существенно затрудняет анализ полученных результа-

тов, а также подбор эффективной диетотерапии. Цель исследования. Оценить частоту встречаемости дефицита массы тела у детей с детским церебральным параличом (ДЦП) в соответствии с критериями ВОЗ, центильными таблицами и данными биоимпедансометрии. Пациенты, методы. В отделении педиатрической гастроэнтерологии, гепатологии и диетологии ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» обследован 51 ребенок с подтвержденным диагнозом детский церебральный паралич: мальчиков – 34 (66,67%), девочек – 17 (33,33%), в возрасте от 2 до 18 лет. В зависимости от класса моторной активности по шкале GMFCS дети были разделены на 5 групп: I группа – 3 ребенка (5,88%) I класс GMFCS; II группа – 4 ребенка (7,84%) II класс GMFCS; III группа – 8 детей (15,69%) III класс GMFCS; IV группа – 15 детей (29,41%) IV класс GMFCS; V группа – 21 ребенок (41,18%) V класс GMFCS. Всем детям были проведены: антропометрия, исследование состава тела методом биоимпедансометрии. Оценка антропометрических данных проводилась с использованием критериев ВОЗ и центильных таблиц, разработанных для пациентов с ДЦП, учитывающих систему оценки глобальных моторных функций (Gross Motor Function Classification System, GMFCS). Z-score ИМТ определялся путем конвертирования перцентильных показателей. Результаты. Результаты исследований показали, что в соответствии с критериями ВОЗ дефицит массы тела различной степени выявлен у 44 (86,7%) детей. В I группе у 3 (100%), во II – у 4 (100%), в III – у 5 (62,5%), в IV – у 12 (80%) и в V – у 20 (95,24%) детей. Тяжелый дефицит веса был выявлен в I группе – у 2 (66,67%) детей, во II – у 3 (75%) детей, в III – 3 (37,5%) детей, в IV – у 9 (60%) детей, в V – у 20 (95,25%) детей. При использовании специализированных центильных таблиц дефицит массы тела различной степени тяжести отмечен у 39 (76,47%) детей. В I группе у 3 (100%); во II – у 4 (100%); в III – у 4 (50%); в IV – у 10 (66,67%) и в V у 18 (86,71%) детей. Тяжелый дефицит веса был выявлен в I группе у 1 (33,33%) ребенка, во II – у 2 (50%) детей, III – 1 (12,5%) ребенка, в IV – у 5 (33,33%) детей, в V у 12 (57,15%) детей. Методом биоимпедансометрии дефицит массы тела различной степени выявлен у 31 (60,78%) ребенка. В I группе у 2 (66,67%) детей, во II – у 1 (25%) ребенка II, в III – у 3 (37,5%) детей, в IV – у 7 (46,67%) детей, в V – у 18 (85,71%) детей. Тяжелый дефицит не был отмечен ни у одного ребенка в I, II и III группах; в IV и V группах определялся у 3 (20%) и 10 (47,61%) детей соответственно. У пациентов с легкими формами моторных нарушений (I-III класс GMFCS) по данным биоимпедансометрии дефицит тощей массы выявлен у 2 (13,33%) детей, протеинов у 2 (13,33%) детей, минеральных веществ у 9 (60%) детей, жировой массы у 11 (73,33%) детей, мышечно-скелетной массы у 4 (26,67%) детей, общей жидкости у 4 (26,67%) детей, активной клеточной массы у 3 (20%) детей. В группе пациентов с тяжелыми формами моторных нарушений (IV-V класс GMFCS) дефицит тощей массы выявлен у 23 (63,89%) детей, протеинов у 21 (58,33%) детей, минеральных веществ у 24 (66,67%) детей, жировой массы у 29 (80,55%) детей, мышечно-скелетной массы у 22 (61,11%) детей, общей жидкости у 64 (66,67%) детей, активной клеточной массы у 25 (69,44%) детей. Заключение. Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать вывод, что применение указанных методов оценки сопоставимы лишь у больных с легкими формами моторных нарушений (I-III класс GMFCS). Диагностика дефицита массы тела у пациентов с тяжелыми формами моторных нарушений (IV-V класс GMFCS) с использованием критериев ВОЗ приводит к значительному увеличению частоты встречаемости тяжелого дефицита массы тела. Применение специализированных центильных таблиц, разработанных для пациентов с ДЦП, учитывающих систему оценки глобальных моторных функций (GMFCS), позволяет проводить более дифференцированный анализ антропометрических данных, что

сопоставимо с результатами биоимпедансометрии. На основании анализа данных биоимпедансометрии дефицит основных компонентов состава тела более выражен у пациентов с тяжелыми формами моторных нарушений, в частности дефицит тощей массы, протеинов, мышечно-скелетной массы, общей жидкости и активной клеточной массы.

## ДОКЛИНИЧЕСКИЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

*Филиппова Т.А., Самойлова Ю.Г., Кошмелева М.В., Олейник О.А., Горбатенко Е.В.  
Сибирский государственный медицинский университет,  
Детская больница № 1, Томск*

Сахарный диабет 1 типа является наиболее распространенным вариантом диабета в детском и подростковом возрасте, относится к аутоиммунным заболеваниям и в определенной степени обусловлен генетическими и экологическими влияниями. Существует стадийность в развитии сахарного диабета: I. Генетическая предрасположенность. II. Начало аутоиммунных процессов с развитием инсулита. III. Скрытые нарушения секреции инсулина. IV. Нарушение толерантности к глюкозе. V. Клиническая манифестация на фоне гибели 90% β-клеток с сохраняющейся остаточной секрецией. VI. Полная деструкция β-клеток. I-III стадии – доклинические – протекают с аутовоспалительным процессом в островковых клетках поджелудочной железы. Могут продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет, предшествуя клинической манифестации. Определение аутоантител к островковым клеткам у детей с пограничной гипергликемией натощак помогает выявить доклинический период сахарного диабета 1 типа. Нами наблюдался случай гипергликемии, нереализовавшейся в стадию клинической манифестации сахарного диабета 1 типа. Мальчик 17 лет впервые обратился на амбулаторный прием к эндокринологу с повышенным уровнем сахара крови, с зудом кожных покровов. При обследовании была выявлена гипергликемия натощак 6,0-6,9 ммоль/л, при проведении стандартного теста толерантности к глюкозе (СТТГ) из расчета 1,75 г/кг массы тела были получены результаты: гликемия натощак 4,9 ммоль/л, через 30 минут после нагрузки 9,2 ммоль/л, через 60 минут 10,8 ммоль/л, через 120 минут 7,3 ммоль/л. При этом другие лабораторные показатели были следующими: гликированный гемоглобин (HbA1C) составлял 6,8%, С-пептид 300 пмоль/л (при норме 298-2350 пмоль/л), инсулин 6,4 мкЕд/мл (при норме 2,7-10,4 мкЕд/мл). Выставлен диагноз: Нарушение гликемии натощак. Рекомендована диетотерапия, контроль уровня гликемии, гликированного гемоглобина и повторное проведение СТТГ через 6 мес. При повторном обследовании ребенка через 9 мес были получены следующие данные: HbA1C 6,3%, гликемия натощак 7,3 ммоль/л, через 60 минут 12,6 ммоль/л, через 120 минут 9,9 ммоль/л. При проведении СТТГ кроме определения глюкозы крови, определялись также инсулин и С-пептид. Натощак инсулин 6,8 мкЕд/мл (при норме 2,7-10,4 мкЕд/мл), через 60 минут 19,3 мкЕд/мл, через 120 минут 12,8 мкЕд/мл. С-пептид натощак 1,16 нг/мл (при норме 1,1-4,4 нг/мл), через 60 минут 2,52 нг/мл, через 120 минут 2,45 нг/мл. Дополнительно было проведено иммунологическое обследование с определением аутоантител к островковым клеткам (ICA), аутоантител к глутаматдекарбоксилазе (GADA), аутоантител к тирозинфосфатазе (IA2A), аутоантител к инсулину (IAA) и аутоантител к транспортеру цинка (ZnT8A). Положительными оказались ICA, IA2A, ZnT8A. Таким образом, выявление аутоантител в наблюдаемом нами случае без признаков клинической манифестации заболевания указывает на



доклинический период сахарного диабета 1 типа и необходимость проведения профилактических мероприятий, направленных на торможение развития болезни и предупреждение ее внезапной манифестации.

## ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА С ОЧЕНЬ РАННИМ НАЧАЛОМ: РОССИЙСКИЙ ОПЫТ

**Щиголева А.Е.**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ, обособленное структурное подразделение «Российская детская клиническая больница», Москва*

Исследование одобрено ЛЭК «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» на заседании № 170 от 18 декабря 2017 г.

Введение. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), включающие язвенный колит (ЯК), болезнь Крона (БК) и неклассифицируемый колит (НК), представляют серьезную проблему педиатрической гастроэнтерологии. До 6-15% педиатрических ВЗК начинаются в возрасте до 6-ти лет, а рост заболеваемости ежегодно увеличивается. Очень раннее начало ВЗК ассоциировано с наиболее высоким процентом моногенных ВЗК-подобных заболеваний, своевременная диагностика которых определяет дальнейший прогноз. Тем не менее, очень мало работ посвящено изучению особенностей клинических проявлений, диагностики и терапии у этой категории пациентов. В отечественной литературе данные о структуре ВЗК с очень ранним началом, клинической картине и терапии отсутствуют.

Цель: изучить структуру, определить ведущие клинические симптомы, лабораторно-инструментальные характеристики ВЗК с очень ранним началом в российской популяции, определить частоту встречаемости ВЗК-подобных моногенных заболеваний в данной возрастной группе.

Материалы и методы: автором проведен ретроспективный анализ пациентов с манифестацией ВЗК до 6-ти лет, наблюдавшихся в отделе гастроэнтерологии РДКБ г. Москвы с 2000 по 2018 гг. 68-ти пациентам, выполнено молекулярно-генетическое исследование. Результаты. Всего 130 пациентов, из них БК была диагностирована у 22,3% (29 пациентов), ЯК у 70,8% (92 пациента), у 6,9% (9 пациентов) был диагностирован первичный иммунодефицит (ПИД). У 69% пациентов катамнез составил более 3-х лет. У 16,2% (21 пациент) была произведена смена диагноза с ЯК на БК и наоборот. Медиана срока постановки диагноза составила 12 месяцев (максимальный срок 144 месяцев, минимальный 1 месяц). Медиана возраста манифестации – 2,7 лет, минимальный возраст начала 1 месяц. Ведущие клинические симптомы включали диарею (79%, 96 пациентов), боли в животе (54%, 65 пациентов), лихорадку (36%, 44 пациента), кровь в стуле (33%, 40 пациентов). Внекишечные проявления наблюдались у 38% (46 пациентов), из них у 6 пациентов имело место позднее появление внекишечной симптоматики. При лабораторном обследовании у 57% (69 пациентов) имело место снижение концентрации сывороточного железа менее 8 мкмоль/л, у 47,1% (57 пациентов) – снижение гемоглобина менее 110 г/л, тромбоцитоз (более 450 х 10<sup>9</sup>/л) у 40,5% (49 пациентов), ускорение СОЭ у 25,6% (31 пациент), повышение С-реактивного белка у 24% (29 пациентов). ANCA были исследованы у 99 пациентов (81,8%), положительный результат наблюдался у 26 (26,3%) пациентов, из которых у 23 (88,5%) был диагностирован ЯК, а у 3 (11,5%) – БК.

Кальпротектин был исследован у 75 пациентов (62%), среднее значение кальпротектина составило 737,5±53,5 мкг/г. По данным илеоколоноскопии тотальное поражение толстой кишки было выявлено у 84,8% (78 пациентов) с ЯК и у 62,1% (18 пациентов) с БК, ретроградный илеит встречался у 16,3% пациентов с тотальным ЯК. По данным гистологического исследования гранулематозное воспаление имело место у 9,1% (11 пациентов), из них у 4 пациентов присутствовали гранулемы инородного тела, у 7 – эпителиоидно-клеточные гранулемы. У 5 пациентов гранулемы были выявлены при катанестическом наблюдении. Деформация крипт наблюдалась в 56,2% случаев (68 пациентов). Стойкая ремиссия на монотерапии аминосалицилатами была достигнута у 14,1% (17 пациентов), 73,6% (89 пациентов) получали стероиды, из них в 40,5% (36 пациентов) случаев наблюдалась гормонозависимость, в 5,6% (5 пациентов) – гормонорезистентность. Иммуносупрессивную терапию получало 78,5% (95 пациентов), антицитокиновую терапию – 36,4% (44 пациента), у 36,4% (16 пациентов) она была начата в возрасте до 6 лет. Стойкой клинической ремиссии не удалось достичь у 17,4% (21 пациент), тотальная колэктомия была проведена у 9,1% (11 пациентов). У 24,1% пациентов с БК была проведена сегментарная резекция кишечника.

Обсуждение. Среди детей с очень ранним началом ВЗК до 9% процентов составляют моногенные ВЗК-подобные заболевания. Дифференциальная диагностика между ЯК и БК в данной группе сложна, ввиду схожих клинических симптомов и эндоскопической картины. Очень раннее начало ВЗК ассоциировано с назначением агрессивной терапии и высоким риском хирургического лечения.

## ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ В СЕМЬЯХ, ПРИВЕРЖЕННЫХ ВЕГЕТАРИАНСКИМ ТИПАМ ПИТАНИЯ

**Ясаков Д.С., Макарова С.Г., Семикина Е.Л., Филянская Е.Г., Маврикиди Е.Ф.**

*Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва*

Актуальность. В современном мире число семей, следующих вегетарианским типам питания, неуклонно увеличивается. При этом, исключение из рациона беременных и кормящих матерей разных видов пищи животного происхождения не может гарантировать адекватную обеспеченность необходимыми нутриентами как матерей, так и грудных детей, особенно в климатогеографических условиях России. В связи с этим изучение вопроса грудного вскармливания (ГВ) в семьях вегетарианцев является актуальным.

Цель исследования. Оценить частоту грудного вскармливания и некоторые показатели нутритивного статуса детей, находящихся на грудном вскармливании от матерей-вегетарианок.

Материалы и методы. Работа выполнялась в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. Обследовано 149 детей в возрасте 3 мес – 17 лет 2 мес из 113 семей, придерживающихся вегетарианских типов питания. Проведено анкетирование родителей, а также клинико-лабораторное обследование детей, находящихся на ГВ на момент исследования: оценка физического развития по программе ANTHRO+, оценка обеспеченности железом и витамином В12, а также уровень гомоцистеина.

Результаты. По результатам анкетирования родителей/законных представителей, 96% детей получают/получали грудное вскармливание. У детей, получавших ГВ, продолжительность этого периода

составляла от 2 до 60 месяцев ( $23 \pm 11$  мес). До 6 месяцев жизни ГВ получали 92,5% детей, до 12 месяцев – 87,2%, до 18 месяцев – 75%, до 24 месяцев – 55,4%. На момент исследования 26 детей в возрасте 3–35 месяцев получали ГВ. Показатели физического развития соответствовали норме у всех 26 детей. Детей с недостаточностью питания ( $z$ -score BAZ < -2) и ожирением ( $z$ -score BAZ > 2) не было. По данным лабораторного обследования выявлено: железодефицитная анемия у 27% детей, латентный дефицит железа у 31%, дефицит витамина B12 – у 50%, B12-дефицитная анемия – у одного ребенка. 10 обследованных кормящих матерей, чьи дети имели дефицит витамина B12, также имели дефицит кобаламина или его значения у нижней границы (в среднем  $176 \pm 40$  пг/мл), связанные с отсутствием или редким потреблением животного белка и отсутствием саплементации. Анализ крови на уровень гомоцистеина ( $n=9$ ) выявил гипергомоцистеинемию у 55% детей. Уровни общего белка и кальция были в пределах нормы у всех детей.

Обсуждение. Популярность вегетарианства в нашей стране растет и затрагивает как взрослых, так и детей. При этом надо отметить низкий комплаенс родителей-вегетарианцев и низкий уровень осведомленности в вопросах адекватного составления рационов и применения витаминно-минеральных комплексов [1]. Общеизвестно, что при видимой адекватности, вегетарианские и веганские рационы могут быть дефицитными в отношении как макро-, так и микронутриентов, в том числе железа и витамина B12 [2]. Результаты

нашего исследования в отношении статуса железа детей-вегетарианцев согласуются с зарубежными данными [3]. В зарубежных исследованиях также подчеркивается, что дефицит витамина B12 часто встречается у детей, получающих грудное вскармливание от матерей-вегетарианок с дефицитом кобаламина или от матерей с не диагностированной пернициозной анемией [4].

Заключение. Проведенное исследование показало необходимость врачебного контроля над состоянием здоровья детей на грудном вскармливании от матерей-вегетарианок, а также необходимость адекватного составления рациона беременных и кормящих матерей с применением саплементации. Этическая экспертиза Проведение исследования было одобрено Локальным этическим комитетом ФГБУ «НЦЗД» Минздрава России (протокол № 9 от 18.12.2015 г.).

Список литературы 1. Ясаков Д.С. Дефицит витамина B12 у детей-вегетарианцев. Педиатрическая фармакология. 2017; 14 (5): 415–416. Doi: 10.15690/pf.v14i5.1793. 2. Leitzmann C., Keller M. Vegetarian Diets. 74 Tables. Terms and Definitions (in German). Stuttgart: Ulmer; 2010. 3. Ambroszkiewicz J., Klemarczyk W., Mazur J., Gajewska J., Rowicka G., Strucińska M. et al. Serum Hcpidin and Soluble Transferrin Receptor in the Assessment of Iron Metabolism in Children on a Vegetarian Diet. Biol. Trace Elem. Res. 2017; 180 (2): 182–90. Doi: 10.1007/s12011-017-1003-5. 4. Kocaoglu C., Akin F., Çaksen H., Böke SB, Arslan Ş., Aygün S. Cerebral atrophy in a vitamin B12-deficient infant of a vegetarian mother. J. Health. Popul. Nutr. 2014; 32 (2): 367–71.

## ОСНОВНОЙ СБОРНИК

<i>Абрамов А.А., Ворона Л.Д., Неудахин Е.В., Лукаш Е.Н.</i> <b>Роль микроРНК в регуляции энергетического обмена в клетках у новорожденных детей с внутрижелудочковыми кровоизлияниями .....</b>	<b>1</b>
<i>Азовский Д.К., Лекманов А.У., Пилютик С.Ф.</i> <b>Тяжелая ожоговая травма у детей, оказание помощи в первые часы .....</b>	<b>1</b>
<i>Басова А.Я., Шапошникова А.Ф., Трофимкина Т.В.</i> <b>Особенности витаминной недостаточности у детей с расстройствами аутистического спектра .....</b>	<b>2</b>
<i>Батышева Т.Т., Петряйкина Е.Е., Платонова А.Н., Щедеркина И.О., Быкова О.В., Саржина М.Н., Плотникова И.А.</i> <b>Первичная профилактика инсультов в детском возрасте .....</b>	<b>2</b>
<i>Батышева Т.Т., Плотникова И.А.</i> <b>Соматические проявления неврологической патологии у детей раннего возраста .....</b>	<b>3</b>
<i>Батышева Т.Т., Пшемьская И.А., Позднякова Д.А., Слободчикова Н.С., Платонова А.Н.</i> <b>Детский церебральный паралич и эпилепсия: особенности реабилитации в раннем возрасте .....</b>	<b>3</b>
<i>Батышева Т.Т., Тарасова Н.А., Гунченко М.М., Саржина М.Н., Типсина Н.В., Уханова А.Н., Кирсанова Е.Ю., Проскурина Ю.К., Филиппова Т.Н., Платонова А.Н.</i> <b>Применение кинезиотейпирования у детей с цервикалгиями .....</b>	<b>4</b>
<i>Блохин Б.М., Королев А.В., Делягин В.М.</i> <b>Формирование угрожающих состояний у детей .....</b>	<b>4</b>
<i>Бородулина Т.А., Панков Д.Д.</i> <b>Проблема недооценки результатов функциональной диагностики, скрываемая под понятием «возрастная норма» .....</b>	<b>5</b>
<i>Бухарина Л.Н., Рязанцева С.И., Соловьева Т.А.</i> <b>Доступная среда в детской поликлинике на базе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «ДГП № 94» Департамента здравоохранения Москвы .....</b>	<b>6</b>
<i>Васильева Е.А. (1), Строкова Т.В. (1,2), Багаева М.Э. (1,2), Зубович А.И. (1), Павловская Е.В. (1), Сурков А.Г. (1), Таран Н.Н. (1,2), Прохорова И.В. (1)</i> <b>Изучение биомаркеров костного ремоделирования у детей с гликогеновой болезнью .....</b>	<b>6</b>
<i>Врублевский С.Г., Врублевская Е.Н., Демина А.М., Врублевский А.С.</i> <b>Удвоение уретры. Клиническое наблюдение .....</b>	<b>6</b>
<i>Вязова Л.И., Шенец С.Г., Мороз Е.А.</i> <b>Анализ факторов перинатального риска у новорожденных детей .....</b>	<b>7</b>
<i>Гаврютина И.В.</i> <b>Жестокое обращение с детьми. Современные подходы к проблеме .....</b>	<b>7</b>



<i>Гончарова Г.А., Скоблина Н.А.</i> <b>Соотношение дисгармоничности физического развития и состояния нервно-психического здоровья учащихся на протяжении школьного обучения .....</b>	<b>8</b>
<i>Гордеева Е.А., Гонтова Г.Т., Абрамов А.В.</i> <b>Соматическое здоровье ребенка с расстройствами пищевого поведения .....</b>	<b>8</b>
<i>Грецов Е.М., Хитева А.Ю., Семенова Л.А.</i> <b>Туберкулез органов дыхания и сахарный диабет у подростков .....</b>	<b>9</b>
<i>Гуменюк О.И., Черненко Ю.В., Петрухина Е.А.</i> <b>Состояние маммологического здоровья современных девочек подросткового возраста.....</b>	<b>10</b>
<i>Демин Н.В., Кадыров З.А., Карасева О.В., Ладыгина Е.А., Горелик А.Л.</i> <b>Лапароскопическая заместительная уретероаппендикопластика верхней трети у ребенка 5 лет .....</b>	<b>10</b>
<i>Демин Н.В., Ладыгина Е.А.</i> <b>Хирургическое лечение венозной мальформации уретры у ребенка 17 лет.....</b>	<b>11</b>
<i>Демина И.В., Славнова О.В., Бавыкина О.В., Белова Е.А., Хитрова Е.И.</i> <b>Структура нарушений ритма сердца и проводимости, выявленная у детей первого месяца жизни без органической патологии (врожденные пороки сердца), находящихся на стационарном лечении с перинатальным поражением центральной нервной системы.....</b>	<b>11</b>
<i>Демина И.В., Славнова О.В., Бавыкина О.В., Ельчанинова О.Е., Ситаева Н.В., Игринева Е.Н.</i> <b>Клинический случай врожденного порока сердца (дефект межпредсердной перегородки вторичный) в сочетании с гемангиоматозом у новорожденного .....</b>	<b>12</b>
<i>Елецкая К.А.</i> <b>Зависимость артериального давления от массы тела у подростков .....</b>	<b>12</b>
<i>Железозгло Е.А., Аверьянова Ю.В., Шумилов П.В., Макаров С.П., Петров Д.А.</i> <b>Метаболические болезни костной ткани у детей с синдромом короткой кишки и другими хирургическими заболеваниями кишечника, проявляющимися хронической кишечной недостаточностью.....</b>	<b>13</b>
<i>Зайцева Э.Г., Уткин С.А.</i> <b>Основы правовой безопасности медицинских работников в образовательных организациях.....</b>	<b>13</b>
<i>Зоркин С.Н., Беспалюк О.И., Туров Ф.О., Шахновский Д.С.</i> <b>Современные подходы к хирургическому лечению мочекаменной болезни у детей .....</b>	<b>14</b>
<i>Зоркин С.Н., Карпачев С.А., Туров Ф.О., Жамынчиев Э.К., Беспалюк О.И.</i> <b>К вопросу о дренировании верхних мочевых путей при лапароскопических пластиках лоханочно-мочеточникового сегмента.....</b>	<b>14</b>
<i>Ильина А.Я., Мищенко А.Л., Ахалова Е.А., Баринаева А.С., Запольская А.Н., Пичугина Е.А., Рыгалова А.Д., Соловьева И.В.</i> <b>Тромботические осложнения у новорожденных детей с наследственными факторами тромботического риска .....</b>	<b>15</b>
<i>Иманалиева Ж.К.</i> <b>Особенности развития посттрансплантационной анемии у детей после пересадки почки .....</b>	<b>16</b>

<i>Каледа М.И., Никишина И.П., Салугина С.О., Федоров Е.С.</i> <b>Генно-инженерная биологическая терапия при ювенильном артрите с системным началом с синдромом активации макрофагов по данным ретроспективного исследования</b> .....	16
<i>Кантемирова М.Г., Курбанова С.Х., Новикова Ю.Ю., Глазырина А.А., Азова М.М.</i> <b>Клинико-генетические параллели при болезни Кавасаки</b> .....	17
<i>Картавцева Л.Р.</i> <b>Проект «Московский врач» по специальности «Педиатрия»</b> .....	17
<i>Кессель А.Е., Щедркина И.О., Петрайкина Е.Е., Кузьмина Е.В., Дроздова И.М.</i> <b>Факторы риска рецидива у детей с ишемическим инсультом</b> .....	18
<i>Кисельникова Л.П., Вислобокова Е.В.</i> <b>Стоматологическая реабилитация детей с гипофосфатемическим рахитом</b> .....	18
<i>Кисельникова Л.П., Цымлянская В.В.</i> <b>Стоматологические проявления несовершенного остеогенеза в зависимости от типа заболевания</b> .....	19
<i>Коваленко М.С., Федин Д.А., Бебеза Е.М., Пилипенко Ю.Н., Недорезов В.А.</i> <b>Несовершенный остеогенез, клинический случай</b> .....	19
<i>Кожанова Т.В., Жилина С.С., Мещерякова Т.И., Лукьянова Е.Г., Осипова К.В., Айвазян С.О., Притыко А.Г.</i> <b>Клинический случай редкого генетического синдрома Helsmoortel–Van der Aa у пациентки психоневрологического отделения</b> .....	20
<i>Комарова И.Б., Зыков В.П., Сафронов Д.Л., Шулешко О.В.</i> <b>Функциональный исход и рецидивы после артериального ишемического инсульта у детей</b> .....	20
<i>Коровин С.А., Дзядчик А.В., Любанская С.Ю., Соколов Ю.Ю.</i> <b>Хирургическое лечение детей с острой ишемией органов брюшной полости</b> .....	21
<i>Коровин С.А., Туманян Г.Т., Донской Д.В., Акопян М.К., Дзядчик А.В., Соколов Ю.Ю.</i> <b>Лапароскопические технологии в лечении детей с перфоративными гастродуоденальными язвами</b> .....	21
<i>Кошурникова А.С., Терещенко С.Г., Ермилова Е.А.</i> <b>Диагностика и лечение инородных тел верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей</b> .....	22
<i>Кузнецова М.Н., Петричук С.В.</i> <b>Отражение оздоровительного эффекта закаливающих процедур у детей в физиологических реакциях</b> .....	23
<i>Кузьменко Л.Г.</i> <b>К вопросу о часто болеющих детях</b> .....	23
<i>Лазарева С.И.</i> <b>Организация проведения патронажей к новорожденным на дому в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «ДГП № 133 Департамента здравоохранения Москвы» при ранней выписке из родильного дома</b> .....	24
<i>Лашко А.Ю., Шилина С.А., Анисеева Н.А., Федосеева Н.Ю., Майорова Н.А., Бутримова В.Н.</i> <b>Трудности диагностики и особенности течения инфекционного эндокардита у подростка</b> .....	25

<i>Лебедев В.В., Кожевникова О.В., Абашидзе Э.А., Газарян В.В.</i> <b>Обструктивные апноэ сна у детей. Клинические случаи</b> .....	25
<i>Липатова Е.С., Бритикова Е.А.</i> <b>Особенности клиники, диагностики, течения и исхода хронического рецидивирующего интрамедуллярного абсцесса у ребенка четырех лет</b> .....	26
<i>Малеева Н.П., Павленко Т.Н., Кацова Г.Б., Дмитриева М.К.</i> <b>Эмоциональное выгорание у старших и главных медицинских сестер педиатрических стационаров</b> .....	27
<i>Милушкина О.Ю., Маркелова С.В., Скоблина Н.А.</i> <b>Здоровье молодежи и гиперинформационное пространство</b> .....	27
<i>Молчанова Е.Б., Юнусов А.С.</i> <b>Дифференциальный подход к лечению затрудненного носового дыхания у детей</b> .....	28
<i>Мороз Е.А., Башлакова А.Н., Вязова Л.И., Шенец С.Г.</i> <b>Холтеровское мониторирование ритма сердца в условиях детского инфекционного стационара</b> .....	28
<i>Овчинникова Т.Н.</i> <b>Развитие саморегуляции как метод укрепления здоровья</b> .....	29
<i>Ольхова Л.В., Желудкова О.Г.</i> <b>Прогностические факторы у детей с атипическими тератоидно-рабдоидными опухолями центральной нервной системы</b> .....	29
<i>Остроухова И.П., Куликова Е.В., Чегодаева Н.А., Кузнецов Г.Б.</i> <b>Вегетативная дисфункция – серьезная проблема в школьном возрасте</b> .....	30
<i>Панина О.А., Бабченко Е.С.</i> <b>Состояние здоровья школьников в современных условиях обучения</b> .....	30
<i>Панина О.А., Бабченко Е.С., Жукова И.Э.</i> <b>Особенности местного иммунитета при респираторных инфекциях у детей с аллергическими заболеваниями</b> .....	31
<i>Панина О.А., Матасова Ю.А.</i> <b>Эпидемиологические и клиничко-лабораторные особенности течения энтеровирусной инфекции с HFМК-синдромом</b> .....	31
<i>Панков Д.Д., Панкова Т.Б.</i> <b>Практическое применение концепции преморбидной (саногенетической) терапии</b> .....	32
<i>Петрова В.И., Пилипенко Ю.Н., Безнощенко А.Г., Платонов А.И., Кривоногов И.И.</i> <b>Транзиторное миелопролиферативное состояние у новорожденного с синдромом Дауна, с подтвержденной мутацией гена GATA<sup>1</sup></b> .....	33
<i>Петрайкина Е.Е., Анджель А.Е., Валиева С.И., Витковская И.П., Куркин А.П., Карасева Е.А., Выхристюк О.Ф., Савенкова М.С.</i> <b>Более 115 лет служения. Морозовская больница. Творческий подход к решению насущных проблем в педиатрии</b> .....	33



*Петряйкина Е.Е., Новицкая А.И., Воронцова И.Г.*

**Детская эндокринология Москвы: сегодняшний день и перспективы развития..... 34**

*Петряйкина Е.Е., Рыбкина Е.Е., Новицкая А.И., Воронцова И.Г., Выхристюк О.Ф., Петеркова В.А.*

**К 55-летию отделения эндокринологии Морозовской больницы – первого в СССР  
в городском детском стационаре ..... 34**

*Прокопьев Г.Г., Цыпин Л.Е., Деменьшин И.Ф., Кириенко П.Н., Постникова Е.В.*

**Искусственная вентиляция легких у детей на дому ..... 35**

*Разумовский А.Ю., Митупов З.Б., Алхасов А.Б., Галибин И.Е., Титова Е.А.,  
Смолянкин А.А., Зайнулабидов Р.А.*

**Хронические абдоминальные боли, диагностика и лечение компрессионного  
стеноза чревного ствола у детей ..... 36**

*Романов Д.В., Сафин Д.А., Брылеева А.А.*

**Современный подход к диагностике и лечению младенческих гемангиом..... 36**

*Рубцова А.А., Каширина Э.А., Югай Н.М., Загидуллина С.Г., Карабанова О.Б.*

**Дифференциальный диагноз острых инфекций у детей, сопровождающихся  
экзантемой в практике врача педиатра детской поликлиники ..... 36**

*Рубцова А.А., Моисеева Е.И., Лыков Ю.Г., Шилова Л.Ю.*

**Создание новой модели детской поликлиники с использованием бережливых технологий ..... 37**

*Рыков М.Ю.*

**Бережливые технологии в медицине: вперед в прошлое или назад в будущее? ..... 38**

*Рыков М.Ю., Манерова О.А., Козлов В.В., Турабов И.А., Решетников В.А.*

**Повышение ранней выявляемости злокачественных новообразований у детей..... 38**

*Рыков М.Ю., Манерова О.А., Турабов И.А., Козлов В.В., Решетников В.А.*

**Медико-социальное исследование мнений родителей (законных представителей)  
о проблемах организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями  
в Российской Федерации..... 39**

*Сафин Д.А., Романов Д.В., Брылеева А.А.*

**Сложности диагностики младенческих гемангиом ..... 39**

*Семенова Л.А., Хитева А.Ю., Грецов Е.М.*

**Туберкулез и онкологические процессы легочной ткани  
в практике фтизиатра у подростков и детей..... 40**

*Семенова Н.Ю., Мамонтова Н.А.*

**Нейрофизиологическая диагностика бессудорожного эпилептического  
статуса у детей в состоянии комы ..... 40**

*Сибирская Е.В., Шелковникова Т.В., Кацадзе Ю.Л., Шишлянникова Н.Ю.*

**Тромбофилия у беременных женщин. Офтальмологический скрининг..... 41**

*Скепьян Е.Н.*

**Результаты микробиологического мониторинга мазков из зева и носа у детей  
с внебольничными заболеваниями верхних дыхательных путей..... 41**

<i>Скоробогатова Е.В., Бочарова Т.И.</i> <b>Распространенность гиперлипидемий у московских детей .....</b>	<b>42</b>
<i>Суров Р.В., Лазишвили М.Н., Шмыров О.С., Кулаев А.В.</i> <b>Наш первый опыт минимально инвазивной нефролитотрипсии у детей.....</b>	<b>42</b>
<i>Туркин А.О.</i> <b>Нутритивный статус детей с буллезным эпидермолизом. Особенности и методы оценки. Способы коррекции. Нутритивная поддержка.....</b>	<b>42</b>
<i>Федина Н.В., Гудков Р.А., Каденкова Е.Ю., Тереханова А.А.</i> <b>Случай мукополисахаридоза 3 типа в практике педиатра.....</b>	<b>43</b>
<i>Федина Н.В., Штейн У.В., Федин Д.А.</i> <b>Затяжные желтухи у детей раннего возраста .....</b>	<b>44</b>
<i>Филатова Т.А., Ипатова М.Г., Антонова Е.А.</i> <b>Важные аспекты ведения детей с пищевой аллергией .....</b>	<b>44</b>
<i>Фролов П.А., Топилин О.Г., Коваленко И.В., Овсянников Д.Ю.</i> <b>Дилатация бронхов и бронхоэктазы у детей, не связанные с муковисцидозом .....</b>	<b>45</b>
<i>Хайретдинов О.З., Бебчук М.А., Рубакова Л.И.</i> <b>Формирование навыков эффективного взаимодействия специалистов с членами семьи больного ребенка в рамках непрерывного медицинского образования.....</b>	<b>45</b>
<i>Хачатурова Ю.А., Сидоров А.М., Щедеркина И.О., Плавунцов Н.Ф., Петрайкина Е.Е., Кадышев В.А.</i> <b>Ранняя диагностика инсульта у детей. Опыт скорой медицинской помощи города Москвы.....</b>	<b>46</b>
<i>Хегай И.М., Трунина И.И., Чеботарева Т.А.</i> <b>Роль вирусных инфекций в развитии нарушений ритма сердца у детей от 1 мес до 3 лет.....</b>	<b>47</b>
<i>Ходжамова Н.К., Рахманкулова З.Ж.</i> <b>Значение антенатальных факторов риска в формировании симметричного варианта задержки внутриутробного развития .....</b>	<b>47</b>
<i>Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Дмитриева И.В., Шеенкова М.В.</i> <b>Анализ обращений детей с инфекционными заболеваниями в детскую поликлинику .....</b>	<b>47</b>
<i>Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Дмитриева И.В., Шеенкова М.В.</i> <b>Использование математического моделирования для анализа обращений в детскую поликлинику.....</b>	<b>48</b>
<i>Чолоян С.Б., Павловская О.Г., Екимов А.К., Дмитриева И.В., Шеенкова М.В.</i> <b>Современное состояние групп здоровья детей по данным профилактических осмотров .....</b>	<b>49</b>
<i>Чугунова О.Л., Амергулова С.Б., Ярошевская О.И., Суходолова Г.Н.</i> <b>Нарушения функционального состояния почек у детей с пероральными отравлениями химической этиологии.....</b>	<b>49</b>
<i>Шапошникова А.Ф., Кондратьева Р.В.</i> <b>Особенности нарушений пищевого поведения у детей дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра .....</b>	<b>50</b>

*Шаробаро В.Е., Бекезин В.В., Ивлева Е.П., Васильева И.А.*

**Клинико-иммунологические показатели при пиелонефрите у детей ..... 51**

*Шенец С.Г., Кувшинников В.А., Вязова Л.И., Башлакова А.Н., Мороз Е.А.*

**Синдром нарушения пищеварения у детей с железодефицитными анемиями ..... 51**

*Щедеркина И.О., Кессель А.Е., Кузьмина Е.В., Свиринов П.В.,  
Петряйкина Е.Е., Валиева С.И., Дроздова И.М.*

**Алгоритм обследования детей с острым нарушением мозгового кровообращения: диагностика  
и выявление ведущих этиологических факторов ..... 52**

*Яцык С.П., Русаков А.А., Тарзьян А.О.*

**Маркеры воспаления, склерозирования и регенерации почечной ткани при односторонних  
обструктивных уропатиях у детей до и после оперативного восстановления уродинамики ..... 52**

*Яцык С.П., Тарзьян А.О., Русаков А.А.*

**Синдром Циннера ..... 53**

## Конкурс молодых ученых

*Антонова Е.А., Филатова Т.А., Горяинова А.В.*

**Спектр сенсibilизации детей, больных муковисцидозом ..... 54**

*Буркина Н.И., Боровик Т.Э.*

**Коррекция нутритивного статуса у детей, больных муковисцидозом,  
с помощью отечественной смеси для энтерального питания ..... 54**

*Гаврютина И.В.*

**Выживаемость навыка сердечно-легочной реанимации среди практикующих врачей ..... 55**

*Ерпулева Ю.В., Гаджимаева М.А.*

**Клинический случай проведения нутритивной поддержки у ребенка раннего возраста с тяжелой  
вирусной диареей ..... 55**

*Илларионов А.С., Радыгина Т.В., Потапов А.С., Петричук С.В.*

**Новые возможности оценки эффективности и коррекции терапии блокаторами фактора некроза  
опухоли  $\alpha$  у детей с воспалительными заболеваниями кишечника в клинической практике ..... 56**

*Козлова Е.В., Захарян М.Э., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Гусева И.М., Мурашкин Н.Н.*

**Оценка нутритивного статуса детей с атопическим дерматитом ..... 57**

*Натрусова Н.В., Щедеркина И.О., Тиганова О.А., Петряйкина Е.Е., Кондратчик К.Л.*

**Синдром задней обратимой энцефалопатии у детей с острым лимфобластным лейкозом ..... 57**

*Панина О.А., Кучина А.И.*

**Пути профилактики заболеваний и основы формирования здорового образа жизни ..... 58**



<i>Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Петряйкина Е.Е., Осипова Г.Т., Пивазян Л.Г.</i> <b>Аномальные маточные кровотечения пубертатного периода у девочек-подростков. Алгоритм диагностики и лечения.....</b>	<b>58</b>
<i>Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Петряйкина Е.Е., Поддубный И.В., Тарбая Н.О., Короткова С.А.</i> <b>Аппендикулярно-генитальный синдром у девочек .....</b>	<b>59</b>
<i>Сибирская Е.В., Адамян Л.В., Тарбая Н.О., Геворгян А.П., Моксякова Е.Г.</i> <b>Структура экстрагенитальной патологии у девушек-подростков с первичной дисменореей .....</b>	<b>59</b>
<i>Сибирская Е.В., Шелковникова Т.В., Кацадзе Ю.Л., Шишлянникова Н.Ю.</i> <b>Тромбофилия у беременных женщин. Офтальмологический скрининг.....</b>	<b>60</b>
<i>Титова О.Н.</i> <b>Сопоставление различных методов определения дефицита массы тела у детей с детским церебральным параличом .....</b>	<b>60</b>
<i>Щиголева А.Е.</i> <b>Доклинический сахарный диабет 1 типа: случай из практики .....</b>	<b>61</b>
<b>Воспалительные заболевания кишечника с очень ранним началом: российский опыт .....</b>	<b>62</b>
<i>Ясаков Д.С., Макарова С.Г., Семикина Е.Л., Филянская Е.Г., Маврикиди Е.Ф.</i> <b>Грудное вскармливание в семьях, приверженных вегетарианским типам питания .....</b>	<b>62</b>

УДК 61

ББК 57.3

СБОРНИК ТЕЗИСОВ  
V МОСКОВСКОГО ГОРОДСКОГО СЪЕЗДА  
«ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ В ПЕДИАТРИИ»

19–21 ноября 2019 года

Дизайн-макет, верстка и полиграфия:  
ООО «КСТ Интерфорум»

Сдан в набор 31.10.2019. Подписано в печать 31.10.2019. Бум.офсет 205x290x8.

Гарнитура Bliss Pro. Печать офсетная. Тираж 500 экз.

ООО «КСТ Интерфорум», 117420, г. Москва, ул. Обручева, 30/1, стр. 2, тел. +7 (495) 419-08-68

ISBN 978-5-6042898-2-2



9 785604 289822