

XX Конгресс педиатров России с международным участием



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ

«Передавая эстафету...»



100 лет

Советской государственной
системе Охраны здоровья
матери и ребенка

255 лет

Национальному медицинскому
исследовательскому центру
здоровья детей

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНГРЕССА

Москва, 16–18 февраля, 2018 г.



www.pediatr-russia.ru



СБОРНИК ТЕЗИСОВ XX КОНГРЕССА ПЕДИАТРОВ РОССИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ»

Москва, 16–18 февраля 2018 г.



Работы, одобренные Союзом
педиатров России, отмечены
его логотипом

ЧАСТЬ I

1

ПРОБЛЕМЫ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В КАЗАХСТАНЕ

Абдуллаева Г. М.

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

Актуальность. В Казахстане с внедрением международных критериев живорождения достигнуто снижение показателей перинатальной и младенческой смертности, в первую очередь за счет повышения качества оказания медицинской помощи детям, рожденным преждевременно. Согласно данным сайта <http://medinfo.kz>, недоношенные дети формируют до 50% патологию от всех болезней неврологической этиологии (2015). У большинства недоношенных детей развиваются хронические болезни сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, повышенная восприимчивость к респираторным инфекциям.

Цель исследования: изучение многофакторности генеза коморбидности недоношенных.

Пациенты и методы. На базе ДГКБ № 2 г. Алматы было обследовано 56 детей, родившихся на 27–34 неделе гестации с массой от 800 до 1400 грамм. Оценено состояние недоношенных в стационаре (2-й и 3-й этап выхаживания) с определением интегральных показателей патологии со стороны ЦНС, ЖКТ и респираторной систем. Возраст детей составил от 3-х до 24-х месяцев.

Результаты. От 36 до 50% недоношенных детей, находившихся в первые сутки жизни в госпитальных условиях, к моменту выписки из стационара имели белково-энергетическую недостаточность разной степени тяжести, которая сохранялась в течение первого года жизни. Дисбиотические нарушения проявлялись у детей с очень низкой массой тела (ОНМТ) в 36%, тогда как у детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) в 52% случаев. У детей, имевших хорошую динамику прибавки массы тела, в 0,8 раз реже наблюдалась неврологическая патология. У детей с ЭНМТ бронхолегочная дисплазия в 73%, и с ОНМТ 45% случаев отмечалась в течение первых двух лет жизни.

Закключение. Причинами развития патологии у недоношенных детей является не только морфофункциональная незрелость, но и нарушения, приведшие к преждевременному рождению. В настоящее время в Республике Казахстан существует значительный разрыв между высокими технологиями выхаживания недоношенных детей в перинатальных центрах с последующим наблюдением в стационарах и реабилитацией в амбулаториях и поликлиниках.

2

ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕМИЙ У ДЕТЕЙ, ПОСТУПАЮЩИХ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ДОМ РЕБЕНКА г. АРХАНГЕЛЬСКА

Абрамова Е. Н., Кравцова И. С.

Специализированный дом ребенка, Архангельск, Российская Федерация

Актуальность. Анемии детей раннего возраста привлекают внимание исследователей не только в связи со значительной распространенностью, но и определяющим влиянием на формирование центральной нервной системы, иммунной активности растущего организма. Анемии у воспитанников домов ребенка представляют медико-социальную проблему, актуальность которой не снижается.

Цель исследования: изучить распространенность анемий среди детей раннего возраста, поступающих в специализированный дом ребенка (СДР).

Пациенты и методы. Проведен анализ данных ф. № 112-1/у-00 (анамнез, лабораторные и объективные данные) у 63 детей в возрасте от 0 до 3-х лет, поступивших в СДР за период с 2015 по 2017 гг.

Результаты. При поступлении в СДР более четверти детей (28%) имели анемию. Анемии чаще встречались у детей первого года жизни в 62% случаев, в возрасте до 3-х лет — 33%. Доля железодефицитных анемий (ЖДА) 49%. Преобладали анемии легкой степени тяжести у 86%, средняя степень у 11%, тяжелая степень у 3%. В исследуемой группе все дети рождены от матерей из группы социального риска: у 44% матерей — анемия во время беременности, 22% женщин не наблюдались во время беременности, 54% имели никотиновую зависимость. Анемия у детей, поступивших в ДР, сочеталась с другими дефицитными состояниями — рахит у 41%, гипотрофия у 22%. Среди детей с ЖДА 8 человек (25%) были недоношенными (1 ребенок со сроком гестации 28 недель, 7 детей со сроком гестации от 30 до 36 недель).

Вывод. Таким образом, дети, поступающие в ДР из социально- неблагополучных семей, являются группой риска по развитию анемии и других дефицитных состояний. На амбулаторном этапе необходимо уделять большое внимание детям из группы социального риска с целью своевременной диагностики и профилактики дефицитных состояний. При сочетании неблагоприятных факторов (неблагополучный анамнез, наличие дефицита веса, задержки внутриутробного развития, недоношенность) необходимо как можно ранее выявлять железодефицитные состояния с целью своевременной их коррекции.

3

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ

Алексина М. М., Судакова А. А., Голанцев И. А., Шестакова В. Н.

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,
Российская Федерация*

Актуальность. Современная семья во многом отличается от семей предыдущих формаций. Характерной особенностью стало образование неполной нуклеарной семьи, которая состоит из одного родителя и его детей.

Цель исследования: изучить особенности эмоционального состояния детей из неполных семей для эффективного наблюдения в поликлинических условиях и общеобразовательных организациях.

Пациенты и методы. Исследование выполнено с участием 60 семей. Основную группу составили 30 школьников 8-х классов, проживающих в неполных семьях. В группу сравнения вошли 30 дети из этих же классов, воспитывающиеся в полных семьях. Анализ анкетирования детей проводился в начале и в конце учебного года. Эмоциональное состояние оценивалось согласно рекомендациям НИИ гигиены детей и подростков. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты. Установлено, что 76,7% респондентов группы сравнения на протяжении всего времени чувствовали себя бодрыми, что достоверно чаще, чем в основной группе (46,7%, $p < 0,05$). Только у 16,7% школьников из группы сравнения иногда возникало чувство нервозности и подавленности. В то время как более 33,3% респондентов основной группы наблюдения часто испытывали чувство нервозности или находились в подавленном состоянии. Спокойными считали себя 66,7% школьников из группы сравнения и только 23,3% из основной группы ($p < 0,05$). Чаще испытывали усталость респонденты основной группы наблюдения (43,3%), чем сверстники из группы сравнения (20,8%, $p < 0,05$). Дети из группы сравнения (56,7%) достоверно чаще чувствовали себя бодрыми и счастливыми, чем их сверстники из основной группы (36,7%, $p < 0,05$), что положительно сказывалось на адаптации к учебному процессу.

Закключение. В эмоциональном статусе детей подросткового возраста из неполных семей чаще возникают нарушения, что требует уточнение причин, немедленной коррекции с последующим медико-психолого-педагогическим сопровождением как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и в общеобразовательной организации.

4

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МАЛЬЧИКОВ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В НЕПОЛНЫХ СЕМЬЯХ

Алексина М. М., Сударева Т. В., Шестакова В. Н.

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,
Российская Федерация*

Актуальность. В неполных семьях между детьми подросткового возраста и родителями наблюдается дефицит общения, что негативно сказывается на его психоэмоциональном фоне. Наиболее часто эмоциональные нарушения возникают в 11–13 лет.

Цель исследования: изучить особенности психоэмоционального состояния мальчиков из неполных семей.

Пациенты и методы. Исследование выполнено с участием 50 подростков мужского пола. В основную группу вошли 25 мальчиков из неполных семей. Группу сравнения составили 25 ровесников, воспитывающиеся в полных семьях. Клиническая оценка состояния здоровья осуществлялась в соответствии с методическими рекомендациями, разработанными в НИИ гигиены детей и подростков. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты. Исследование психоэмоционального состояния мальчиков показало, что у 36,0% воспитанников из неполных семей выявлялся высокий уровень тревожности, что достоверно чаще, чем у детей группы сравнения (12,0%, $p < 0,05$). К концу учебного года число детей с повышенным уровнем тревожности возрастало, но с большей частотой в основной группе (с 24,0% до 52,0% и с 8,0% до 16,0%, $p < 0,05$). Высокая школьная и самооценочная тревожность выявлялась реже в группе сравнения (12,0%), чем в основной группе наблюдения (32,0%, $p < 0,05$). Школьники из полных семей чаще имели хорошее настроение (64,0%), хорошее самочувствие (60,0%), высокие жизненный тонус (56,0%), хороший аппетит (68,0%), здоровый сон (72,0%). Все они имели адекватную самооценку, высокую мотивацию к учебному процессу. У мальчиков из основной группы часто возникало плохое самочувствие (36,0%), колебание настроения (48,0%), неустойчивый аппетит (52,0%), беспокойный сон (56,0%), завышенная (40,0%) или заниженная (24,0%) самооценка, недостаточная мотивация к учебному процессу (32,0%).

Заключение. Мальчики из неполных семей являются группой риска по нарушению академической и личностной адаптации нуждаются в немедленной коррекции с последующим постоянным медико-психолого-педагогическим сопровождением.

5 СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРНОКЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ДАГЕСТАНА

**Алискандиев А. М., Израилов М. И., Алискандиева З. А., Алиев Г. М.,
Махачев Б. М.**

*Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала,
Российская Федерация*

Актуальность. Синдром вегетативных расстройств (СВД) у подростков сельской горной местности остается мало изученной и актуальной.

Цель исследования: выявить распространенность и климатогеографические особенности течения СВД у детей и подростков, проживающих в горной зоне Республики Дагестан.

Пациенты и методы. Нами обследовано 2000 подростков, проживающих в горной зоне Республики Дагестан. Среди обследованных подростков мальчиков было 806 (40,3%) и девочек 1194 (59,7%). На первом этапе эпидемиологического обследования проведено скрининг-анкетирование подростков, с последующим более углубленным осмотром и с консультацией врачами-специалистами.

Результаты. Установлено, что у 705 подростков (352,5) подростков имеет место синдром вегетативных дисфункций (СВД). При этом у проживающих в Хунзахском районе (2000 метров над уровнем моря) этот показатель составил 374,52 на 1000 обследованных, у подростков в Шамильском районе (1000–1600 метров над уровнем моря) он равнялся 328,84 на 1000 обследованных. Данный показатель несколько ниже, чем в Хунзахском районе, который находится выше над уровнем моря. Клинические проявления СВД были выявлены среди девочек горной зоны у 458 (37,9%), мальчиков — 247 (30%). При этом показатель распространенности симптомов СВД среди девочек в горноклиматической зоне Республики Дагестан составил 379,40 на 1000, среди мальчиков 300,24 на 1000 анкетированных подростков ($p < 0,001$). Средний возраст анкетированных подростков 15,7.

Закключение. Таким образом, показатели распространенности СВД у детей и подростков, проживающих в горной сельской местности необходимо учесть при организации профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

6

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ ДЕТЕЙ
В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Антонова С. Б., Уфимцева М. А., Семенова А. А.

*Уральский государственный медицинский университет,
Детская городская клиническая больница № 9, Свердловск,
Российская Федерация*

Актуальность. Грибковые заболевания кожи (микроспория, трихофития) обладают высокой контагиозностью, чаще поражают детей, являются социально значимыми заболеваниями.

Цель исследования: выявить клиничко-эпидемиологические особенности заболеваемости дерматомикозами детей в Свердловской области.

Пациенты и методы. Анализ уровня и динамики заболеваемости микроспорией, трихофитией детей осуществлялся на основании статистических отчетных форм (№ 9, № 34), данных ЦНИИОИЗ Минздрава России. Особенности клинических проявлений оценивалось на основании когортного проспективного исследования 262 детей, больных микроспорией, трихофитией.

Результаты. Заболеваемость микроспорией, трихофитией детей (0–14) в Свердловской области в течение десяти лет ниже среднероссийского показателя, однако без тенденции к снижению. В г. Екатеринбурге в период с 2014 г. по 2016 г. зарегистрировано девять эпидемических очагов дерматомикозов (79 человек) в секциях контактных видов спорта.

Наряду с изменившейся эпидемиологией в последние годы наблюдается увеличение атипичных форм микроспории (19,8%). В течение 2014–2016 гг. мы наблюдали трихофитоидную (1), фолликулярную (1), экссудативную (экссудативно-воспалительную) (2), себорейную (5), по типу асбестовидного лишая (1), волчаночно-подобную (1), розацеа-подобную (1), псориазиформную (3), инфильтративно-нагноительную (глубокую) (2), стертую (4), атипичную локализацию высыпаний (11), а также «трансформированные» вариант микроспории (20). У пациентов с атипичной клиникой чаще наблюдаются диагностические ошибки, что способствует распространению заболевания.

Заключение. Заболеваемость детей дерматомикозами обусловлена социально-экономической обстановкой, миграцией населения, ростом удельного веса атипичных и стертых клинических форм, что требует проведения профилактических мероприятий, включающих обучение дерматологов и врачей смежных специальностей: педиатров, спортивных врачей, медработников детских коллективов.

7

ФАКТОРЫ РИСКА СОХРАНЕНИЯ ЗАДЕРЖКИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПЕРВЫЙ ГОД ВОСПИТАНИЯ В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ**Антышева Е. Н., Кочерова О. Ю.***Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства
имени В. Н. Городкова, Российская Федерация*

Актуальность. Известно, что лишение ребенка в первые годы жизни заботы матери негативно сказывается на его последующем развитии. Задержка нервно-психического развития (ЗПР) выявляется у большинства воспитанников домов ребенка. Передача ребенка в замещающую семью положительно влияет на развитие, но у части детей сохраняется ЗПР. Поэтому важно выявлять факторы риска для профилактики сохранения ЗПР у детей в замещающих семьях.

Цель исследования: выявить факторы риска сохранения задержки нервно-психического развития у детей раннего возраста в первый год воспитания в замещающей семье.

Пациенты и методы. Изучено физическое и психическое развитие 100 детей при передаче в замещающие семьи, социальный и биологический анамнез, психологические характеристики приемных родителей: личностные особенности (методика МИНИ-СМИЛ); установки в семейной паре (методика Ю. А. Алешиной, Л. Я. Гозман и Е. М. Дубовской); родительское отношение к ребенку (тест А. Я. Варга, В. В. Столина).

Результаты. Значимыми факторами риска являются: IV–V группа НПР (ОР 3,86; 95% ДИ 1,47–10,15), низкая длина тела (ОР 2,43; 95% ДИ 1,09–5,42), возраст детей при передаче в семью старше 7 месяцев (ОР 6,86; 95% ДИ 1,01–47,01), поступление ребенка из биологической семьи, проживающей в комнате коммунальной квартиры (ОР 3,73; 95% ДИ 1,62–8,59) или из дома ребенка (ОР 3,02; 95% ДИ 1,01–9,09), установка приемной матери на патриархальное устройство семьи (ОР 2,76; 95% ДИ 1,53–4,95), симбиотическое отношение к ребенку (ОР 2,52; 95% ДИ 1,38–4,61), авторитарный стиль воспитания (ОР 2,52; 95% ДИ 1,38–4,61), оригинальность замещающей матери (ОР 2,33; 95% ДИ 1,26–4,34).

Закключение. Факторами риска сохранения ЗПР у ребенка через год воспитания в замещающей семье является отставание психического и физического развития, возраст при передаче в семью старше 7 месяцев, психотравмирующий опыт и отношение приемной матери к ребенку.

8

ТАКТИКА РОДИТЕЛЕЙ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Арамэ М. Г., Кипер Н. К., Хородиштяну-Банух А. И., Савоскина Д. В.,
Грин О. И.

Институт матери и ребенка, Кишинев, Молдова

Актуальность. Микробная резистентность к антибиотикам вызывает глобальную озабоченность. Одной из причин распространения этого феномена является необоснованное и неконтролируемое использование антибактериальных препаратов. Авторитетные международные организации (WHO, CDC, ECDC, IDSA) призывают к тесному международному сотрудничеству в целях содействия рациональному использованию антибиотиков. Острая респираторная патология является одной из наиболее распространенных в педиатрической практике причин назначения антибиотикотерапии, однако, это не всегда аргументированно.

Цель исследования: оценка роли родительской ответственности в нерациональном потреблении антибиотиков при ОРВИ у детей до 5 лет.

Пациенты и методы. Было проанализировано 140 случаев ОРВИ у детей в возрасте до 5 лет (средний возраст — $3,3 \pm 0,8$ года). Данные были получены в результате добровольного анонимного участия родителей в интервью с использованием специально разработанного вопросника. Статистический анализ проводился с помощью статистической программы EpiInfo 7.1.5.2.

Результаты. Большинство родителей детей младше 5 лет, принявших участие в исследовании, заявили, что в случае ОРВИ у ребенка, они всегда обращались за медицинской помощью, и только 7% опрошенных лечили детей самостоятельно, не прибегая к советам квалифицированных специалистов. Наиболее востребованными были семейные врачи и педиатры, соответственно 58% и 26% всех обращений. В 2/3 (69,4%) случаев для лечения ОРВИ у детей использовались антибактериальные препараты. Вопреки ожиданиям, только в 3% случаев антибиотикотерапия не была санкционирована медиками.

Выводы. Родители имеют высокий уровень доверия к работникам первичного звена медицинской службы, в каждом случае заболевания ребенка они обращаются за официальной медицинской помощью и не используют антибиотики без назначения врача. Этот факт позволяет нам сосредоточить усилия на обучении семейных врачей и педиатров рациональному использованию антибактериальных препаратов с целью предупреждения распространения бактериальной резистентности.

9 МАРКЕРЫ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Ахмедова Д. Ю.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Хронический обструктивный пиелонефрит является актуальной проблемой современной детской урологии вследствие большой распространенности заболевания.

Цель исследования: улучшить диагностику обструктивного хронического пиелонефрита у детей.

Пациенты и методы. Проведен анализ активности воспаления и склерозирования почечной ткани у 110 детей с врожденными обструктивными уropатиями. В моче определялось содержание следующих веществ: лейкоциты, бактерии, интерлейкин 10 — противовоспалительный цитокин, RANTES — хемокин, фактор некроза опухолей TNF- α — провоспалительный цитокин, трансформирующий фактора роста TGF- β . Из них у 42,3% была высеяна кишечная палочка — *E. coli*, у 14,5% — *Stafilococcus*, у 21,6% — *Enterobacter*, у 8,7% — *Streptococcus*, у 4,7% — *Citobacter* и у 8 больных, которые составили 3,1% был высеян *Ps. Aureginosa*. *Klibsiela* обнаружена у 5,1% детей. В группах больных с ОМУ повышение уровня несколько ниже $13,2 \pm 2,7$ пг/мл, но достоверно различно с нормой $8,1 \pm 0,7$ пг/мл. Содержание цитокина TGF- β в моче детей с врожденными обструктивными уropатиями превысило нормальный уровень в среднем в 30 раз (с РМУ и ВГ $35,2 \pm 6,4$ и $35,6 \pm 4,2$ пг/мл, соответственно), за исключением только больных с ОМУ, у которых уровень был повышен в меньшей степени $8,6 \pm 3,2$ (норма $1,25 \pm 0,2$). Обращает внимание максимально высокий уровень TGF- β у детей с обострением обструктивного пиелонефрита.

Результаты. У пациентов с признаками обструктивного пиелонефрита бактериальная инфекция была обусловлена в основном микроорганизмами семейства *E. coli*, *Stafilococcus*, *Enterobacter*, *Proteus*, степень бактериурии — 10^5 – 10^{12} микробных тел в 1 мл мочи, у обследованных детей выявлены избирательные изменения факторов иммунной системы, способных участвовать в патогенезе хронического обструктивного пиелонефрита у детей.

Закключение. Активация различных факторов воспалительного процесса, миграция клеток иммунной системы и аномальный синтез цитокинов выражается в повышении IL-10 и TGF- β .

10

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ БАНКА ДОНОРСКОГО ГРУДНОГО МОЛОКА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Ахметшин Р. З., Галиева Г. М., Галимова Р. М., Нодвикова О. В.

*Республиканская детская клиническая больница, Уфа, Башкортостан,
Российская Федерация*

Актуальность. Большая территориальная протяженность Республики Башкортостан, высокая концентрация больных и недоношенных новорождённых в РДКБ, положительные результаты внедрения грудного вскармливания в отделениях неонатального блока, невозможность у части матерей кормления грудным молоком (далее ГМ) обусловило организацию банка грудного молока (далее БГМ) на базе молочной комнаты отделения патологии новорождённых и недоношенных детей (далее ОПН).

Цель исследования: Анализ 1 года работы БГМ.

Пациенты и методы. Матери и новорождённые ОПН.

Результаты. За 2017 г. в ОПН находилось 771 матерей, из них 64 (8,3%) стали донорами ГМ. Было собрано 42470 мл ГМ, порции от 10 мл до 300 мл, в среднем 50–80 мл, количество сданных порций от 1 до 6 в день, в среднем 2 в день. Из 64 матерей 20 (31,3%) имели доношенную беременность с гестационным возрастом 37–41 неделя и 44 (68,7%) матери имели недоношенную беременность: у 15 (23,4%) гестационный возраст 22–28 недель, у 14 (21,8%) 29–31 неделя, у 11 (17,2%) 32–34 недели, у 4 (6,3%) 35–36 недель. Преобладание матерей с недоношенными беременностями позволяет обеспечивать недоношенных детей ГМ с оптимальным составом для их гестационного возраста. За текущий период была выявлена 81 женщина (10,5%) с гипогалактией. В донорском грудном молоке (далее — ДГМ) нуждался 81 ребенок, каждый десятый из детей отделения. Количество детей получивших ДГМ 15, что составило 18,5% от нуждающихся. За период с 08.06.2017 по 21.12.2017 было съедено 27560 мл молока. Количество дней, которые дети получали ДГМ составило от 3 до 30 дней, в среднем 16,5 дней. Общее количество съеденного ДГМ одним ребенком от 400 мл до 10605 мл.

Закключение. В результате 80% детей были выписаны на исключительно грудном вскармливании, отмечены хорошие увеличения прибавок массы тела, улучшение работы желудочно-кишечного тракта. Первый год позволяет положительно оценить использование ДГМ и рекомендовать продолжить работу БГМ. Необходимо дальнейшее изучение значения грудного, в том числе донорского, молока в выхаживании новорожденных и недоношенных детей.

11

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ХАРАКТЕР ЖАЛОБ НА НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА**Бавыкина И. А., Панина О. А., Перцева М. В.***Воронежский государственный медицинский университет
имени Н. Н. Бурденко, Российская Федерация*

Актуальность. Большинство детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) имеют симптоматику желудочно-кишечных нарушений, а также повышенную проницаемость кишечника.

Цель исследования: изучить структуру симптоматики нарушений пищеварения у детей с РАС.

Пациенты и методы. В исследовании принимали участие 41 ребенок в возрасте от 3 до 15 лет с РАС, проживающих на территории Воронежской области и их родители, которым было предложено пройти анкетирование по специально разработанной анкете. Вопросы анкеты касались наличия жалоб со стороны ЖКТ у их ребенка.

Результаты. Из 41 ребенка с РАС более половины (53,5%, $n = 22$) детей имеют хотя бы 1 жалобу на расстройства со стороны ЖКТ. В структуре жалоб на расстройство пищеварения преобладает симптоматика расстройств стула. Наиболее распространены жалобы на расстройство стула по типу диареи, ими страдают 78% детей ($n = 32$). Расстройства стула по типу запора имеют 63,5% исследуемых ($n = 26$). Третье место среди жалоб занимает вздутие живота. Наличие данного симптома у своего ребенка констатирует более половины опрошенных (58,5%, $n = 24$). Имеют жалобы на боли в нижней части живота чуть менее половины детей (46,5%, $n = 19$). Боли в верхней части живота беспокоят 39% пациентов ($n = 16$). Следующее место в структуре гастроэнтерологических жалоб занимает рвота 36,5% детей ($n = 15$) предъявляют жалоб на возникновение рвоты. Более половины детей (56%, $n = 23$) имеют жалобы на отрыжку. Тошнота беспокоит 27% детей ($n = 11$). Наиболее редко встречается жалобы на чувство изжоги, большинство родителей 80,5% исследуемых ($n = 33$) не отмечает его у своих детей.

Закключение. Более половины детей с РАС имеют жалобы со стороны ЖКТ. Наиболее распространены жалобы на расстройство стула по типу диареи.

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Президента РФ для молодых российских ученых — кандидатов наук № МК-114.2017.7.

12 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЦЕЛИАКИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ ГЛЮТЕНА

Бавыкина И. А., Соболева В. И., Перцева М. В.

*Воронежский государственный медицинский университет
имени Н. Н. Бурденко, Российская Федерация*

Актуальность. Выделяют три формы непереносимости глютена: целиакия, аллергия на глютен и неаутоиммунная неаллергическая непереносимость глютена. При последней форме возможен возврат к употреблению глютена, а при целиакии (генетически детерминированной форме) безглютеновая диета назначается пожизненно.

Цель исследования: определить наличие генетических маркеров целиакии у детей с непереносимостью глютена.

Пациенты и методы. В исследовании принимало участие 37 детей с непереносимостью глютена. Всем пациентам проведена диагностика наличия в венозной крови гаплотипов HLA-DQ2 и HLA-DQ8 методом ПЦР с использованием наборов реагентов производства компании «ДНК-технология».

Результаты. Среди детей с непереносимостью глютена генетические маркеры заболевания выявлены у 67,6% (25), при этом патологическая аллель DQ2 обнаружена у 51,4% (19), DQ8 — у 16,2% (6) обследованных. Полученные результаты соответствуют общеизвестной тенденции преобладания у пациентов аллели DQ2. Типичная форма непереносимости диагностирована у 89,5% (17) при наличии DQ2 и у 83,3% (5) при DQ8. Атипичная форма выявлена у 10,5% (2) детей с DQ2 и у 16,7% (1) с гаплотипом DQ8, проявлялась она тотальной алопецией (1), железодефицитной анемией (1), кожными высыпаниями (1). Полученные данные показывают отсутствие четкой зависимости между конкретным геном предрасположенности к целиакии и её клинической формой (коэффициент Спирмена 0,216, $p = 0,146$).

Заключение. При подозрении на целиакию необходимо проводить дифференциальную диагностику с гиперчувствительностью к глютену и аллергией к пшенице. От этого зависит прогноз продолжительности диетотерапии.

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта Президента РФ для молодых российских ученых — кандидатов наук № МК-114.2017.7.

13

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ
КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ. ПРИЧИНА ПОЗДНЕЙ
ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ****Бадаева Д. С., Санталова Г. В., Стадлер Е. Р., Шорохов С. Е., Горбунова А. В.***Самарский государственный медицинский университет, Самара,
Российская Федерация*

Актуальность. Проблема дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) обусловлена их распространенностью среди других кардиомиопатий. К особенностям течения ДКМП у детей относят неясный дебют и превалирование неспецифических симптомов. Заболевание приводит к снижению качества жизни, инвалидизации, внезапной смерти.

Цель исследования: изучить особенности течения ДКМП у детей и причин поздней диагностики в Самарской области.

Пациенты и методы. Проводилось ретро- и проспективное исследование 8 детей в возрасте от 1 до 13 лет, наблюдавшихся на базе Самарского областного клинического кардиологического диспансера с 2009–2017 гг. У 1 ребенка ДКМП была исходом гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП), у 3 детей — исходом врожденного кардита, у 3 выявлена на фоне сердечной недостаточности, у 1 — диагностирована пренатально.

Результаты. Симптомы сердечной недостаточности были выявлены у всех больных. Но, в случае пренатальной диагностики дилатации только выслушивался систолический шум, при исходе врожденного кардита в дилатацию обнаружены тромбы в обоих желудочках, при ДКМП вследствие ГКМП отмечался сердечный горб, при случайном выявлении дилатации обращали на себя внимание сердечный горб, нарушение ритма. Мы отметили, что, несмотря на выраженные эхокардиографические изменения, кардиомегалия по данным рентгенологического исследования отмечалась лишь у трети больных. Мы провели анализ поздней диагностики ДКМП у 2-х пациентов 13 и 8 лет и выяснили, что в амбулаторной карте мальчика 13 лет были электрокардиограммы с реполяризационными нарушениями, снижением вольтажа зубцов и нарушениями ритма. Эти электрокардиограммы не привлекли внимание врачей, и ребенок занимался спортом на протяжении 5 лет, что привело к декомпенсации сердечной деятельности и пересадке сердца. У девочки 8 лет обнаружен сердечный горб, что свидетельствовало о давности процесса.

Заключение. Дети, перенесшие ОРИ и занимающиеся спортом должны проходить ЭКГ и пробу с физической нагрузкой. Изменения на ЭКГ должны служить показанием к проведению ЭхоКГ.

14

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧИЛИЩАХ БАКУ

Балаева Ш. Р.

Азербайджанский медицинский университет, Баку

Актуальность. Оценка распространенности факторов риска разной природы среди учащихся учебных заведений профессионального образования имеет высокую актуальность для профилактики ухудшения состояния здоровья и адаптации в профессии.

Цель исследования: изучить медико-социальные особенности и факторы риска у подростков, обучающихся в профессиональных училищах г. Баку.

Пациенты и методы. Проведено изучение медико-социального статуса учащихся профессиональных училищ г. Баку (282 чел.), использованы программы ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава РФ. Обработки данных по программе Statistica 7.0.

Результаты. Хронические заболевания имели 10,3% подростков, нарушения зрения отметили 17%, 30% имели аллергические проявления, девушки в 2,5 раза чаще. Повторяющиеся жалобы отметили 20,2%. Детализация опроса по конкретным жалобам показала, что число жалоб составляло 2,9 на 1 опрошенного, у девушек — 3,5. Первые места занимали жалобы, связанные с желудочно-кишечным трактом, раздражительность, костно-мышечной системой (боли в спине, ногах), слабость, боли в сердце. Индекс здоровья составлял 23,8, что указывает на частоту ОРВИ у подростков. К часто болеющим может быть отнесен каждый пятый учащийся. Нарушения режима питания были более характерны для девушек (44,7%). Для юношей был больше характерен дефицит сна (65,2%). Низкая двигательная активность (отсутствие занятий в секциях) отмечалась вдвое чаще девушками (70%). Приобщение к психоактивным веществам (табакокурение, случайная наркотизация, употребление алкогольных напитков) было нехарактерно для учащихся: курили 7,1% юношей, большинство не употребляло алкогольные напитки (86,7%).

Вывод. Результаты опроса показали распространенность жалоб у подростков при отсутствии хронических заболеваний, что может быть связано с недостаточным уровнем обследования подростков, а также возможным влиянием производственных факторов. Выявлены риски, связанные с нарушениями режима питания, дефицитом сна, недостаточным вовлечением учащихся, особенно девушек, в занятия в спортивных секциях.

15

**«ДЕТСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ» ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЙ
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ВЫЗВАННЫХ ОБЩЕНИЕМ С ГАДЖЕТАМИ****Баль Л. В., Чукашева В. В.***Школа с углубленным изучением иностранного языка № 1293, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. В многочисленных исследованиях, в том числе и в России показано, что мобильный телефон (МТ) и другие гаджеты являются причиной различных форм нервно-психических нарушений, наносят ущерб зрению, задерживают развитие основных функций мозга и др. Особенно чувствительны к воздействию электромагнитного излучения МТ дети. Сегодня не существует другой реальной возможности снизить эти риски, кроме одной — сократить время общения с МТ. Такой опыт уже имеется во многих странах, в том числе в РФ. Однако можно ожидать, что простой запрет на использование МТ во время пребывания ребенка в школе может только усилить интерес детей.

Цель исследования: изучение детского «взгляда» на данную проблему.

Пациенты и методы. Случайная выборка включала 132 подростка-школьника 13–15 лет. На классных часах после короткой информации о рисках для здоровья МТ детям было предложено написать, что бы они сделали на месте родителей, учителя, директора школы, директора телерадиокомпании, министра здравоохранения, президента страны, а также сами для себя, чтобы сократить время общения с МТ как единственного сегодня способа избежать тяжелых последствий для здоровья. Полученные данные были закодированы и подвергнуты статистическому анализу.

Результаты. Анализ выявил понимание подростками ответственности родителей за приобщение детей к гаджетам, их оценку воспитания правильного отношения детей к этим приборам как крайне недостаточного, необходимость ограничения пользования МТ в том числе в школах (в т. ч. в «жестких» вариантах) и в семье, а также непрерывное и активное просвещение взрослых и детей в данной области через все доступные каналы воздействия. По мнению опрошенных, для детей нужна действенная альтернатива общению с МТ — разнообразные и доступные внеурочные занятия в школе, общение с живой природой и искусством и просто живое общения в семье и между сверстниками, которого, как показали результаты, сегодня не хватает большинству детей.

Заключение. Выявлено адекватное позитивное отношении подростков к возможному ограничению использования МТ в школах России.

16

СОСТОЯНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ И ФАКТОРЫ НА НЕГО ВЛИЯЮЩИЕ

**Бандура Ю. А., Солдатов В. С., Щербакова Р. В., Скоблина Н. А.,
Милушкина О. Ю.**

*Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Сформировавшиеся в детстве отклонения и заболевания опорно-двигательного аппарата могут прогрессировать в студенческие годы.

Цель исследования: изучить состояние опорно-двигательного аппарата у студентов-медиков и факторы на него влияющие.

Пациенты и методы. Было обследовано 49 студентов-медиков РНИМУ им. Н. И. Пирогова, из них 17 юношей и 32 девушки в возрасте 21 года. С использованием плантографа взрослого универсального была проведена плантография с анализом по методу по В. А. Яралова-Яралянца, осуществлялся сбор анамнестических данных и анкетный опрос с использованием стандартных опросников НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков по выявлению факторов риска.

Результаты. Средний рост юношей составил $182,5 \pm 7,8$ см, девушек $165,8 \pm 5,8$ см, масса тела юношей $78,7 \pm 12,1$ кг, девушек $55,2 \pm 12,5$ см. Среди юношей нормальные своды стопы имеют 88,2%, у 11,8% уплощение сводов стопы. Среди девушек нормальные своды стопы у 71,9%, уплощенные у 25,0%, плоская стопа у 3,1%. При этом 11,8% юношей и 12,5% девушек используют ортопедические стельки. Среди юношей 58,8% имеют нарушение осанки и сколиотическую осанку. Среди девушек 65,6% имеют нарушение осанки и сколиотическую осанку, сочетающиеся в 15,6% с уплощением сводов стопы и плоскостопием. Юноши предпочитают использовать рюкзак (82,4%). Девушки одинаково часто используют и рюкзак (53,1%), и сумку (46,9%). Вес рюкзака у юношей в среднем составляет $4,1 \pm 1,6$ кг, сумки у девушек $3,8 \pm 1,2$ кг. Юноши и девушки проводят на ногах $5,7 \pm 1,9$ и $5,9 \pm 2,4$ часов в сутки ($p > 0,05$). У юношей высота каблука составляет в среднем 1 см, у девушек 1,5 см ($p > 0,05$). Множественный коэффициент корреляции наличия уплощения сводов стопы с изученными факторами составляет $R = 0,46$, $p < 0,05$.

Закключение. Состояние опорно-двигательного аппарата несколько хуже у девушек. Выявленные факторы, формирующие отклонения со стороны опорно-двигательного аппарата, управляемы. Среди студентов-медиков была проведена разъяснительная работа по факторам риска.

17

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЯ СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ

Баранова Т. И.

*Читинская государственная медицинская академия, Чита,
Российская Федерация*

Актуальность. Детская смертность является одним из ведущих показателей, характеризующих состояние здоровья населения.

Цель исследования: изучить динамику показателя смертности детей 0–17 лет в Забайкальском крае за период 2011–2016 гг.

Пациенты и методы. Проведен статистический анализ детской смертности в Забайкальском крае за период 2011–2016 гг. Для определения сходных или отличающихся по уровню показателей смертности проводили их ранжирование. Тенденцию процесса определяли визуально — путем графического анализа диаграммы и моделирования трендов.

Результаты. В 2016 г. в Забайкальском крае показатель смертности составлял 82,8 на 100000 населения и снизился на 34,5% по сравнению с 2011 г. В РФ показатель составлял соответственно 68,4, в СФО — 78,0 на 100000 населения. Годовой показатель детской смертности по Забайкальскому краю в возрастной группе 0–17 лет в исследуемый период изменялся неустойчиво, от 101,9 в 2011 г. до 82,8 в 2016 г. В 2016 г. отмечалось его снижение в сравнении с 2011 г. — в 1,2 раза. Данный показатель с 2013 г. был устойчиво выше, чем в СФО и РФ в целом. При изучении изменения показателя детской смертности за период 2011–2015 гг. методом расчета скользящей средней и построения линии тренда отмечается стойкая тенденция к уменьшению показателя, темп снижения до 2015 г. — 11,1%. В 2016 г. уровень детской смертности был ниже аналогичного показателя 2015 г. на 17,2% (100,0 и 82,8 соответственно). При моделировании тренда детской смертности на пятилетний период прогнозируется дальнейшее уменьшение значений показателя при сохранении сложившейся тенденции.

Вывод. Уровень смертности детей 0–17 лет в Забайкальском крае за исследуемый период выше аналогичного показателя по РФ. В динамике за период 2011–2016 гг. отмечалось снижение показателя. Структура причин смертности детей 0–17 лет за анализируемый период существенно не изменялась. Высокий удельный вес в структуре смертности детей 1–17 лет приходился на внешние причины. При этом подростки 15–17 лет чаще умирали от суицидов.

18

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

**Батаев С. М., Игнатьев Р. О., Зурбаев Н. Т., Афаунов М. В., Федоров А. К.,
Молотов Р. С., Карпович С. В., Смирнова С. Е.**

*Научно-исследовательский институт хирургии детского возраста
Российского национального исследовательского медицинского университета
имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Одна из основных задач при легочно-плевральных осложнениях — элиминация патологического содержимого из плевральной полости. В связи с этим применение гидрохирургического аппарата, обладающего одномоментной резкой плотных фибринозных шварт и элиминацией детрита, представляет особую актуальность.

Цель исследования: оценить результаты лечения детей с легочно-плевральными осложнениями пневмонии при использовании различных хирургических методов санации плевральной полости.

Пациенты и методы. В ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского с 2015 г. по декабрь 2017 г. находилось на лечении 425 детей с диагнозом острая внебольничная пневмония. Анализ в данной работе будут подвергнуты 50 пациентов (11,76%), которые имели легочно-плевральные осложнения пневмонии. Обращает на себя внимание позднее обращение пациентов в стационар — 8,3 дня ($\pm 2,4$ дня). Дренирование плевральной полости было выполнено 44 пациентам (88%). В 25 (50%) случаях проводимая этиотропная терапия на фоне дренирования плевральной полости оказалась малоэффективной, что потребовало выполнение торакоскопической и/или гидрохирургической санации плевральной полости.

Результаты. Летальных исходов не было. Средняя продолжительность нахождения пациентов в отделении инфекционного педиатрического профиля или реанимации до операции составила 5,4 дня ($\pm 1,8$ дней). Средний койко-день при проведении дренирования плевральной полости составил 23,9; при торакоскопической санации — 22,6 дней; при гидрохирургической санации — 20,4 дней. По данным контрольных обследований через 3 месяца, 6 месяцев и 1 года, у пациентов которым проводились торакоскопические и гидрохирургические санации фибринозные наложения на листках плевры регрессировали быстрее (86%) по данным лучевых методов исследования.

Закключение. Гидрохирургические технологии создают благоприятные условия для реэкспансии компримированного легкого и способствуют скорейшей реабилитации детей при легочно-плевральных осложнениях пневмоний.

19

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО
УХОДА ЗА ДЕТЬМИ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ****Батракова О. В.***Краевая детская клиническая больница, Пермь, Российская Федерация*

Актуальность. На сегодняшний день на территории Российской Федерации вопрос роста детской онкологической заболеваемости остается крайне актуальным. Поэтому, основными целями медицинского сообщества, является не только разработка и исполнение аспектов международных и национальных стратегий, но и защита прав и интересов пациентов с онкопатологией. И одно из ведущих мест в решении этих вопросов принадлежит среднему звену детской онкологической службы.

Цель исследования: анализ внутренней организационной среды онкогематологического центра с целью выявления рисков и их факторов, влияющих на качество оказания медицинской помощи.

Пациенты и методы. Теоретический анализ и обобщение литературных периодических изданий, имеющих по данной теме, наблюдение, опрос, фотографирование, анализ статистических данных, SWOT-анализ.

Результаты. По итогам проведенного анализа получены результаты: выявлены факторы риска, основным из которых является педагогический. Для снижения его уровня были определены цели коучинга: выработка у персонала умений и навыков надлежащего качества выполнения манипуляций высокого риска; обучение персоналом пациентов и их родителей элементам ухода по принципу «цепи», помощь пациенту и его семье в расстановке жизненных приоритетов; освоение и использование в своей работе простейших элементов психологической коррекции.

Заключение. В современном здравоохранении, медицинская сестра — это не только исполнитель приказов и распоряжений, но и главное профессиональное связующее звено между врачебной командой и пациентами; личность, считающая себя полноправным участником лечебно-диагностического процесса. Поэтому, ведущая роль в организации сестринского ухода за детьми с онкопатологией принадлежит непрерывному развитию и обучению среднего медицинского персонала, с помощью изучения информационных ресурсов, внедрения новых составляющих эффективного управления и привлечения к оценке деятельности законных представителей пациентов, с целью удовлетворения широкого спектра потребностей пациента с онкопатологией.

20

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ РАСТВОРИМЫХ РЕЦЕПТОРОВ ВАСКУЛОЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

**Батырова А. С., Намазова-Баранова Л. С., Баканов М. И., Сновская М. А.,
Сурков А. Н., Васильева Е. М., Кожевникова О. В.**

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. При хронических вирусных гепатитах у детей в условиях выраженной тканевой гипоксии печени происходит активация процесса ангиогенеза. Важными регуляторами этого процесса являются проангиогенный фактор — васкулоэндотелиальный фактор роста А (VEGF-A) и антиангиогенные факторы — растворимые рецепторы VEGF-A (sVEGF-A R1, sVEGF-A R2). В этой связи актуальным является исследование при хронических гепатитах у детей уровня VEGF-A, sVEGF-A R1, sVEGF-A R2.

Цель исследования: изучение ангиогенеза у пациентов с хроническим гепатитом (ХГ) В и С.

Пациенты и методы. Было обследовано 23 ребенка с ХГ. Возраст пациентов $10 \pm 4,8$ лет. Референсную группу составили 35 детей того же возраста без хронических заболеваний печени и иных органов и/или систем. Концентрации VEGF-A, sVEGF-A R1 и sVEGF-A R2 в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с помощью специальных наборов реагентов (BCM Diagnostics, США).

Результаты. У пациентов с ХГ статистически значимо повышено содержание обоих ингибиторов VEGF-A (растворимых рецепторов) по сравнению с пациентами референсной группы (критерий Wilcoxon, $p < 0,01$), так у 65,2% детей с ХГ повышена экспрессия хотя бы одного рецептора. Уровень sVEGF-A R2 был повышен у 56,5% пациентов с ХГ (13 детей), из них у 5 детей (21,7%) также увеличена экспрессия sVEGF-A R1. Изолированное увеличение содержания в плазме sVEGF-A R1 наблюдалось у 8,7% пациентов (2 детей). У 39,1% пациентов (9 детей) имело место снижение концентрации VEGF-A в плазме. Отличие уровня VEGF-A у детей с ХГ по сравнению с референтной группой было статистически значимо (критерий Wilcoxon, $p < 0,01$).

Закключение. Повышенная экспрессия растворимых рецепторов VEGF-A свидетельствует об активации процессов торможения ангиогенеза, что может указывать на патогенетическую роль этого феномена в развитии повреждений печени при хроническом гепатите у детей.

21

**КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
В УСЛОВИЯХ ДГКБ № 2 г. АЛМАТЫ****Батырханов Ш. К., Абдуллаева Г. М.***Казахский национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова, Алматы*

Актуальность. В 2008 году Казахстан перешел на международные критерии регистрации живорождения (ВОЗ). Совершенствование неонатальной реанимации приводит к снижению смертности недоношенных детей, но сопровождается увеличением числа больных с бронхолегочной дисплазией (БЛД). По данным <http://medinfo.kz> респираторная патология занимает ведущее место в структуре заболеваемости детей раннего возраста. Установлено, что от 30 до 70% детей с респираторным дистресс-синдромом (РДС) в 20% случаев формируют БЛД; у детей с экстремально низкой массой тела при рождении частота БЛД достигает 50% и является одной из основных причин смертности.

Цель исследования: мониторинг состояния здоровья детей с БЛД.

Пациенты и методы. Обследовано 29 детей с БЛД, находящихся на лечении в ДГКБ № 2 г. Алматы в течение 2015–2016 гг. согласно КП «Бронхолегочная дисплазия, возникшая в перинатальном периоде Р 27.1» (2015).

Результаты. Среди детей с БЛД мальчиков было 55%, по возрасту 1–4 месяцев — 66%, 4–7 месяцев — 24%. После рождения 93% детей требовали первичной реанимации в родильном зале, проведения ИВЛ и применения препаратов сурфактанта. Средняя продолжительность ИВЛ составила $91,5 \pm 60,7$ дней. В 80% случаев гестационный возраст составил $29,3 \pm 6,7$ недели, масса тела $1107,0 \pm 330,9$ грамм. Патология в неонатальном периоде: асфиксия тяжелой степени у 47,6%, РДС у 90,7%, врожденная пневмония у 95,3%. Тяжесть состояния детей данной группы усугублялась развитием анемии в 82,6% случаев, БЭН 2–3 степени — в 34,7%, затяжным течением пневмонии — 69,5%. Кислородозависимость 45 ± 9 суток, у двоих завершилась к 10 месяцам жизни. У 30% детей обострения заболевания в течение 2-х лет жизни. Длительность терапии будесонидом $8,3 \pm 0,8$ месяцев. Критерием отмены препарата являлось отсутствие БОС на фоне ОРВИ.

Закключение. Исход заболевания на третьем году жизни определен у 16 больных (55%), в остальных случаях в возрасте 3 лет и старше. Длительная ингаляционная терапия противовоспалительными стероидными препаратами существенно улучшает исходы БЛД у детей. Необходима профилактика РСИ.

22

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ КАВАСАКИ: ТАКТИКА ПОДБОРА ВНУТРИВЕННЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ И АСПИРИНА

Батян Г. М., Булдык Е. А., Кожарская Л. Г., Конохова В. В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Актуальность. Несвоевременная диагностика и лечение болезни Kawasaki (БК) у детей нередко приводит к возникновению тяжелых осложнений в виде аневризм и тромбозов коронарных сосудов, инфарктов с возможными летальными исходами.

Цель исследования: оценить эффективность лечения внутривенными иммуноглобулинами (ВВИГ) и аспирином у пациентов с БК.

Пациенты и методы. Был обследован 71 пациент с БК, находящийся на стационарном лечении. Всем пациентам были проведены доплерокардиография, УЗИ органов брюшной полости и сердца, ЭКГ, общий анализ крови, биохимический анализ крови, серологические и вирусологические исследования. На основании проведенных исследований, до постановки диагноза БК у детей были исключены инфекционные и другие системные заболевания.

Результаты. Лечение ВВИГ проводилось 68 пациентам в курсовой дозе 1–2 г/кг по следующим схемам: 44 пациентам — 1 день, 14 — 2 дня, 4 — 3 дня, 3 — 4 дня, 3 — 5 дней. Эффективность ВВИГ-терапии не зависела от длительности курса, но более быстрый эффект наблюдался у пациентов с однократным введением курсовой дозы. Лечение ВВИГ не проводилось 3 пациентам. Побочные действия ВВИГ терапии наблюдались у 1 пациента (лейкопения, нейтропения), которые купировались самостоятельно в течение недели. У подавляющего большинства пациентов в 1–2 сутки после введения препарата наблюдалась выраженная положительная динамика в состоянии: купировалась лихорадка, значительно уменьшилась интенсивность сыпи, а также явления хейлита и склерита. Изменения в анализах крови в виде тромбоцитоза и ускоренного СОЭ сохранялись более длительное время. Все пациенты получали аспирин в дозировке 5 мг/кг/сутки не менее 6 недель. При сохраняющемся тромбоцитозе курс аспирина продлевался до трех месяцев. Высокие дозы аспирина не использовались в связи с нормализацией температуры после проведения ВВИГ-терапии.

Заключение. Своевременное назначение ВВИГ значительно улучшает прогноз заболевания и сокращает сроки госпитализации. Предпочтительнее болюсное введение в дозе 2 г/кг с одновременным назначением аспирина в дозе 5 мг/кг в сутки.

23

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ — ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**Безкаравайный Б. А., Сероштан Е. Ю.***Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки*

Актуальность. Физическое развитие детей — один из главных критериев состояния здоровья детской популяции, отражающий влияние эндо- и экзогенных факторов. Организм ребенка находится в процессе непрерывного роста и развития, и нарушение его следует расцениваться как показатель неблагополучия в состоянии здоровья. Именно поэтому необходимо получение своевременной информации о физическом развитии подрастающего поколения.

Цель исследования: изучить физическое развитие детей младшего школьного возраста.

Пациенты и методы. 100 детей 6–8 лет (53 девочки, 47 мальчиков), показатели физического развития (антропометрия).

Результаты. В итоге исследования было выявлено, что 54 ребенка (54%) имеют гармоничное развитие, из них 1,8% — низкое гармоничное, 3,7% — нижесреднее гармоничное, 53,7% — среднее гармоничное, 20,4% — вышесреднее гармоничное, 20,4% — высокое гармоничное. Остальные 46% детей имеют нарушения физического развития, из которых 2,1% имеет нижесреднее резкое дисгармоничное, ИМТ II ст, 2,1% — среднее, резкое дисгармоничное ИМТ II ст, 4,3% — вышесреднее, резкое, дисгармоничное ИМТ II ст, 28,4% — высокое резкое дисгармоничное, ИМТ II ст, 4,3% — среднее, дисгармоничное, ИМТ I ст, 6,6% — вышесреднее, дисгармоничное, ИМТ I ст, 15,3% — высокое дисгармоничное, ИМТ I ст, 4,3% — низкое дисгармоничное, ДМТ I ст, 6,6% — ниже среднее дисгармоничное ДМТ I ст, 15,3% — среднее дисгармоничное, ДМТ I ст, 4,3% — высокое дисгармоничное, ДМТ I ст, 2,1% — низкое, резкое дисгармоничное, ДМТ II ст, 4,3% — среднее, резко дисгармоничное, ДМТ II ст.

Вывод. Таким образом, нарушение физического развития выявлено у 46% детей младшего школьного возраста. Полученные данные свидетельствуют о необходимости более тщательной оценки физического развития детей перед поступлением в школу.

24

ВАЛИДИЗАЦИЯ ПРЕДИКТИВНОГО ИНДЕКСА АСТМЫ (API) В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

**Безносова Л. А., Королева Д. Р., Лотоцкая П. С., Еремеева А. В.,
Петрова Ю. В., Смирнова Г. И., Колотилина А. И., Мунблит Д. Б.**

*Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Около 30% детей до 3 лет имеют эпизоды бронхообструкции (БО), при этом большинство не развивает бронхиальную астму (БА). Использование модели на основе предиктивного индекса астмы (API) может позволить предсказать вероятность развития БА у детей группы риска.

Цель исследования: валидизация API у детей группы риска по развитию БА.

Пациенты и методы. Проведен скрининг всех историй болезни детей, поступивших в ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского за 2013 г. Отобраны истории болезни пациентов, поступавших с синдромом БО в возрасте от 0 до 4 лет (267 детей). У 48 пациентов проведен телефонный опрос родителей, детальный анализ данных. Большими критериями (б. к.) API являются: БА у родителей пациента, атопический дерматит у ребенка; малыми (м. к.): аллергический ринит у ребенка, БО вне вирусной инфекции, эозинофилия крови $\geq 4\%$. Критерий РО (ранние обструкции), хотя бы 1 эпизод БО в первые 3 года жизни; РЧО (ранние частые обструкции) частота эпизодов ≥ 3 по шкале от 1 (очень редко) до 5 (большую часть времени). API положителен при следующих комбинациях критериев: «РО + минимум 1 б. к./2 м. к.» (Свободный API) или «РЧО + минимум 1 б. к./2 м. к.» (Строгий API).

Результаты. Из 48 участников исследования БА диагностирована у 11. Возраст на момент госпитализации (медиана) 2,25 лет в группе с БА ($n = 11$), 2,17 лет в группе без БА ($n = 37$); на момент опроса соответственно 6,58 и 6,67 лет. Статистический анализ данных показал: для Свободного API чувствительность метода составляет 72,7%, специфичность 81,1%, положительная прогностическая ценность 53,3%, отрицательная прогностическая ценность 90,9%. Для Строгого API 36,4%, 94,3%, 66,7%, 82,5% соответственно.

Заключение. Высокое значение специфичности и отрицательной прогностической ценности позволяет с высокой вероятностью опровергнуть возможность развития БА у детей группы риска с отрицательным API. Необходима модификация метода для повышения положительной прогностической ценности.

25

ГРИПП У ДЕТЕЙ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ**Безроднова С. М., Яценко Н. А., Ковальчук И. В., Кравченко О. О.***Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,
Российская Федерация*

Актуальность. Грипп и другие ОРВИ даже в неэпидемиологические годы составляет не менее 70% всей регистрируемой инфекционной патологии. В 2016–2017 гг. грипп диагностирован в 33%, среди них: грипп А в 76% (А (H3N2) в 92%, А (H1N1) pdm09 менее 1,0%); грипп В в 24%.

Цель исследования: изучение эпидемиологических и клинических особенностей гриппа у детей Ставропольского края.

Пациенты и методы. Были проанализированы дети, поступившие в ГБУЗ СК «Краевая специализированная клиническая инфекционная больница», в 2015–2016 гг. 214 ребенка, в 2016–2017 гг. 260 детей. Проводились статистические, клинические, эпидемиологические исследования.

Результаты. По данным Роспотребнадзора в 2017 году по сравнению с 2015 годом количество заболевших детей увеличилось в 2,86 раза, а по сравнению с 2016 г. на 1,3 раза. Из числа обратившихся было одинаковое количество мальчиков и девочек. 83,8% заболевали дети дошкольного возраста, что достоверно чаще, чем у детей вспышки 2015–2016 гг. 62%. От 41,5 до 46,7% имело место заражение в семье и в 11% дети заразились в ДДУ или школах. Пик заболеваемости гриппом у детей пришелся на январь 2016–2017 гг. Были характерны интоксикационный, катаральный, миалгический, артралгический и другие симптомы. В 2016 г. бактериальные осложнения были у 56,5% детей, в 2017 г. у 78,1%. Осложнения со стороны бронхолегочной системы наблюдались в 35,8% и 69,2% соответственно, со стороны сердечно-сосудистой системы в 5,1% и 9,3%. Лечение проводилось противовирусными препаратами, патогенетическими и симптоматическими. Летальных исходов не было.

Заключение. В течение двух сезонов было характерно начало в декабре, заболеваемость детей до 6-летнего возраста, в 2015–2016 гг. доминирующая активность вируса гриппа А (H1N1) pdm09, в 2016–2017 гг. — А (H3N2), увеличение числа осложнений в виде пневмоний, бронхитов, миокардитов.

26

**ПРИЧИНЫ ОТКАЗОВ ОТ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ
ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ (ПО ДАННЫМ АНОНИМНОГО
АНКЕТИРОВАНИЯ МАТЕРЕЙ)**

Безрукова Д. А., Богданьянц М. В., Дадова И. Б., Митлилова П. Н.

*Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань,
Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время актуальной является проблема отказа от вакцинации, что обуславливает высокий риск возникновения вспышек инфекционных заболеваний.

Цель исследования: выявить наиболее частые причины отказа от профилактических прививок у детей первого года жизни.

Пациенты и методы. Проведено анонимное анкетирование 50 матерей детей первого года жизни, оформивших отказ от плановой иммунизации в ГБУЗ АО «ДГП № 1» г. Астрахани.

Результаты. Наиболее частыми причинами отказа являлись: сомнение родителей в эффективности вакцин (30,0%), отказ по религиозным соображениям (20,0%), отягощенный семейный аллергоанамнез (18,0%), сомнение в качестве иммунобиологического препарата и необходимости его введения (10,0%), боязнь осложнений (8,0%), негативная информация по вакцинации в СМИ (8,0%), наличие у ребенка врожденных заболеваний (6,0%).

Заключение. Необходима эффективная стратегия на государственном уровне по доказательному и аргументированному обучению родителей значению иммунопрофилактики для здоровья детей, а также повышение ответственности медицинских работников за качество информации, касающейся вакцинации.



27

ЧАСТОТА МУТАЦИЙ ГЕНА *NPHS1* И *NPHS2* У ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ИЗ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Бейляров Р. О.

Азербайджанский медицинский университет, Баку

Актуальность. Установлено, что нуклеотидные замены в ДНК способствуют развитию нефротической формы хронического гломерулонефрита (ХГН). Белки нефринов и подоцинов, закодированные *NPHS1* и *NPHS2* генами, необходимы для целостности клубочковой фильтрации. В связи с этим изучение молекулярно-генетических механизмов является актуальным и необходимым.

Цель исследования: определение частоты полиморфизма генов *NPHS1* и *NPHS2* у детей азербайджанской национальности с нефротической формой ХГН.

Пациенты и методы. Проанализированы образцы ДНК, выделенные из венозной крови, стабилизированной в EDTA 25 пациентов, в возрасте от 5 до 11 лет (средний возраст $7,22 \pm 3,64$ лет). Мальчиков было 64,0%, девочек — 36,0%. Контрольную группу составили 18 добровольцев в возрасте от 6 до 11 лет (средний возраст $8,0 \pm 1,36$ лет), из них мальчиков — 66,7%, девочек — 33,3%. Полиморфизм генов *NPHS1* и *NPHS2* оценен с помощью амплификации рефрактерной мутационной системы — ПЦР. Использовались: термоциклер (GeneAmp PCR system 2400, Perkin-Elmer, USA), набор реактивов «Wizard Genomic DNA Purification Kit» (USA). Статистическая обработка осуществлялась с помощью пакета «Statistica 6.0». Распределение генотипов и аллелей выполнено по закону Харди-Вайнберга. Относительный риск (RR) рассчитывали по формуле (B. Woolf, 1995).

Результаты. Встречаемость генотипа GG гена *NPHS1* у детей с ХГН и без него выявлена в 56,0 и 83,3% случаев соответственно (RR = 0,7), GA — в 20,0 и 5,6% случаев (RR = 4,2, $p < 0,01$), AA — 4,0 и 0%, генотипа GA+AA — в 20,0 и 11,1% случаев (RR = 1,9, $p < 0,05$); частота аллеля G составила 84,6 и 93,9% (RR = 0,9), аллеля A — 15,4 и 6,1% (RR = 3,0, $p < 0,01$), соответственно.

Частота генотипа GG гена *NPHS2* у пациентов составила 88,0% (контроль — 94,4%, RR = 0,93), генотипа GA — 12,0% (контроль — 5,6%, RR = 2,0, $p < 0,05$), частота аллеля G составила 94,0% (контроль — 97,2%, RR = 1,0), аллеля A — 6,0% (контроль — 2,8%, RR = 2,0, $p < 0,05$).

Закключение. С развитием нефротической формы ХГН у азербайджанских детей выявлена ассоциация генотипа GA и аллеля A генов *NPHS1* и *NPHS2*.

28

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ
РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Белых Н. А., Фокичева Н. Н., Пискуновна М. А., Шилина С. А.,
Федосеева Н. Ю., Калашникова О. Н., Скобеев И. Г., Майорова Е. В.**

*Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова, Рязань, Российская Федерация*

Актуальность. В последние годы отмечается увеличение роли атипичной микрофлоры в этиологической структуре внебольничной пневмонии (ВП) у детей.

Цель исследования: проанализировать заболеваемость ВП среди детей Рязанской области, определить клинико-эпидемиологические особенности микоплазменной инфекции в 2016 г.

Пациенты и методы. Проведен анализ заболеваемости ВП у детей Рязанской области (2014–2016 г.) и медицинской документации 106 детей (55 мальчиков, 51 девочка), получавших стационарное лечение по поводу микоплазмоза в ГБУ РО «Городская клиническая больница № 11» (возраст — от 9 мес. до 17 лет). Всем пациентам проводили клиническое, инструментальное и лабораторное обследование, определение специфических IgM-антител к *M. Pneumoniae* методом ИФА.

Результаты. В Рязанской области отмечается рост заболеваемости ВП в возрастной группе до 14 лет в 1,5 раза (с 896,3 до 1367,9/100 тыс.) и в 2 раза у детей в возрасте 15–17 лет (с 206,6 до 411,7/100 тыс.).

Среди пациентов с микоплазмозом преобладали дети до 6 лет — 50,9%, посещающие организованные коллективы. Пик заболеваемости пришелся на октябрь-декабрь. Заболевание начиналось остро без выраженных симптомов интоксикации и локальных изменений. У 77,3% детей была диагностирована пневмония, преимущественно правосторонняя (48,8%), у 33,1% пациентов имела место смешанная бактериальная инфекция. Гематологические показатели свидетельствовали о наличии ЖДА в 12,3% сл., число лейкоцитов у 76,7% больных находилось в пределах нормы, у 28% отмечался умеренный лейкоцитоз. Повышенный уровень С-реактивного белка определялся у 16,0% обследованных, повышение уровня серомукоида — у 62,3%.

Заключение. В последние годы отмечается рост заболеваемости внебольничной пневмонией у детей. Наиболее подвержены микоплазменной инфекции дети дошкольного возраста. Респираторный микоплазмоз протекал в виде пневмонии у 77,3%, в том числе и смешанной этиологии у 33,1%, что требовало проведения комбинированной антибактериальной терапии.

АНАЛИЗ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ С ЭНМТ И ОНМТ В РЕГИОНАХ РОССИИ

Беляева И. А., Турти Т. В., Намазова-Баранова Л. С.

*Общественная организация «Союз педиатров России»
Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация
Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Бронхолегочная дисплазия (БЛД) оказывает существенное влияние на выживаемость и здоровье детей, родившихся с ЭНМТ и ОНМТ, увеличивает риск тяжелого течения РС-вирусной инфекции. Анализ факторов, связанных с развитием БЛД в отдельных регионах, позволит наметить конкретные профилактические и лечебные мероприятия для пациентов группы риска.

Цель исследования: выявить ведущие факторы риска БЛД у незрелых младенцев в отдельных регионах России для разработки дифференцированных программ профилактики и лечения этого состояния.

Пациенты и методы. Организована открытая, наблюдательная, многоцентровая проспективная программа. В настоящей программе участвовали 7 перинатальных центров III уровня. Включение в программу осуществлялось после подписания матерью информированного согласия. Оценка факторов риска БЛД проведена у 404 детей. Для анализа использована описательная статистика.

Результаты. Из недоношенных детей, включенных в исследование, 93,8% родились в перинатальном центре III уровня и 6,2% в учреждениях родовспоможения I–II уровня. Терапия угрожающих преждевременных родов проведена 66,0% беременных женщин, 48,6% женщин получили антенатальную профилактику РДС-синдрома. Спонтанное дыхание в конце 1 минуты жизни отсутствовало у 2,5%, признаки тяжелого РДС выявлены у 41,4%, умеренного/легкого у 48,9%, без признаков — 7,2% детей. Интубация трахеи после рождения потребовалась 30,3% детей. Терапия сурфактантом проведена 76,1%. В первые 168 часов жизни зарегистрированы: РДС у 72,6%, пневмония у 27,4% детей. Проводилась следующая респираторная терапия: СРАР у 57,1%, ИВЛ у 48,4%, оксигенотерапия с использованием высокопоточных назальных канюль — 34,5%, спонтанное дыхание через кислородную маску — 8,7%, спонтанное дыхание с использованием кислородной палатки у 6,0% детей.

Заключение. Проведенный анализ свидетельствует о необходимости совершенствования маршрутизации беременных группы риска, оптимизации дородовой профилактики РДС, улучшения снабжения регионов препаратами сурфактанта, дифференциации способов малоинвазивной респираторной поддержки.

30

СТАЦИОНАР СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ: ПЕРВЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ

**Беляева И. А., Бомбардирова Е. П., Митиш М. Д., Харитонов Н. А.,
Потехина Т. В.**

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Создание благоприятных условий среды при осуществлении выхаживания и стартовой абилитации недоношенных детей — актуальная парадигма совершенствования неонатологической помощи.

Цель исследования: оценить эффективность работы семейно-ориентированного стационара для недоношенных детей.

Пациенты и методы. В отделении патологии новорожденных детей, которое с 2005 г. работает по принципу «Мать и дитя» (круглосуточное пребывание матери), с 2014 г. осуществляется дневное пребывание отца и других родственников в палатах материнского ухода.

Результаты. За истекшие 2 года через «палаты для семьи» прошло 62 семьи. Допуск отцов и других родственников позволяет частично разгрузить мать в уходе за ребенком (особенно при выхаживании) двойни; создать атмосферу психологического комфорта для матери и ребенка, обеспечить условия для поддержки и продвижения грудного вскармливания, а также условия для осуществления немедикаментозной (прежде всего психолого-педагогической) абилитации младенцев с сочетанной перинатальной патологией. В отделении выделены полубоксы для пребывания членов семьи с ребенком, а также вспомогательные помещения (санпропускник, семейный образовательный центр, зал для семейной ЛФК и музыкотерапии). В отделении постоянно работает семейный психолог, проводятся консультации генетика, маммолога, социального работника.

Заключение. Внедрение модели семейно-ориентированного выхаживания позволило сократить срок госпитализации пациентов в среднем на 2,3 дня; обеспечить комплаентность в отношении медицинских назначений на период «после выписки», значительно уменьшить уровень конфликтности во взаимоотношениях родителей и медперсонала. Наблюдение за пациентами в последующие месяцы жизни установило более отчетливую положительную клиническую динамику неврологических нарушений у детей в сравнении с пациентами условной группы контроля.

31

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И СОСТАВ ТЕЛА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ РАЗНЫХ СРОКОВ ГЕСТАЦИИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ**Беляева И. А., Окунева М. В., Бомбардинова Е. П.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Недоношенные дети, особенно родившиеся с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР), относятся к группе риска отдаленных когнитивных нарушений и метаболических расстройств. Поэтому у них важно обеспечить оптимальное питание на первом году жизни.

Цель исследования: сравнить показатели физического развития и состава тканей тела у недоношенных детей с ЗВУР и без него в «возрасте доношенности» и в 3, 6 и 12 месяцев скорректированного возраста (КВ).

Пациенты и методы. Проведено одноцентровое проспективное клиническое исследование антропометрических показателей и состава тканей тела у 40 недоношенных детей 20 детей < 34 недели гестации и 20 пациентов > 34 недели. Антропометрические показатели оценивали по шкалам Фентона и Anthro (ВОЗ, 2009); состав тканей тела изучали методом воздушной плетизмографии на аппарате PEA POD, Cosmed, Италия.

Результаты. По достижении «срока доношенности» 38–42 нед постконцептуального возраста (ПКВ) недоношенные дети с ЗВУР и гестационным возрастом (ГВ) > 34 нед продемонстрировали резкое отставание показателей Z — оценок массы и длины (–2,54 [–2,68 — (–2,15)] и –1,65 [–2,18 — (–1,52)] соответственно) по сравнению с недоношенными пациентами < 34 нед, что к 3 месяцам КВ привело к «скачку роста», коррелирующему с большим % жировой массы в составе тела — 26,1% [24,12–28,15] в сравнении с пациентами < 34 нед. Недоношенные дети с ЗВУР < 34 нед имели «догоняющий рост» к 38 нед ПКВ. В последующие возрастные периоды у них отмечена тенденция к снижению Z — оценки массы и длины тела. К возрасту 6 месяцев КВ удельный вес жировой ткани у пациентов > 34 нед гестации достоверно выше, чем у менее зрелых недоношенных.

Выводы. Недоношенные дети, родившиеся при сроке гестации > 34 нед, требуют коррекции питания в связи с выявленными особенностями их пластических процессов, вероятно, они также как и менее зрелые дети, нуждаются в индивидуализированной дотации белка.

32

ГАЛАКТОЗЕМИЯ: ВЫЯВЛЕНИЕ ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ СКРИНИНГА (КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ)

Беляева И. А., Митиш М. Д., Бомбардирова Е. П.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Раннее выявление наследственной патологии метаболизма и своевременное начатое лечение позволяет снизить перинатальную и неонатальную смертность. Одно из таких заболеваний — галактоземия

Цель исследования: обратить внимание педиатров на ранние проявления клиники галактоземии (до получения результатов неонатального скрининга) и на важность urgentной коррекции метаболических нарушений.

Пациенты и методы. Наблюдались 3 доношенных новорожденных ребенка, переведенных из роддома в связи с перинатальным поражением ЦНС, поступивших в возрасте 5–7 дней в отделение патологии (скрининг новорожденного взят на 4–5 сутки жизни). Дети находились на грудном вскармливании.

Результаты. В клинической картине на фоне неврологической симптоматики (синдром угнетения), у всех детей отмечался выраженный желтушный синдром, срыгивания, повышенное газообразование, частый жидкий стул. У двух детей отмечалось увеличение размеров печени и повышение уровней трансаминаз. Учитывая это, были заподозрены метаболические расстройства, в том числе галактоземия. В urgentном порядке был проведен анализ крови на уровень галактозы и выявлено повышенное ее значение у двух детей. Экстренное изменение характера питания (переход на безлактозную смесь) привело к купированию вышеописанной симптоматики. Результаты неонатального скрининга, полученные позднее, подтвердили классическую форму галактоземии у этих двух пациентов.

Заключение. При выявлении клинических симптомов, подозрительных на галактоземию необходимо, не дожидаясь результатов неонатального скрининга, определить уровень галактозы в крови, при отсутствии возможности такого анализа перевести ребенка на вскармливание продуктом, не содержащим лактозу и галактозу до получения результата скрининга.

**РОЛЬ БАНКА ГРУДНОГО МОЛОКА В ОБЕСПЕЧЕНИИ
ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ****Беляева И. А., Потехина Т. В., Бомбардинова Е. П.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация**Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Энтеральное вскармливание недоношенных детей сопряжено с объективными трудностями: сниженная толерантность к пище в связи с незрелостью желудочно-кишечного тракта, высокая распространенность перинатальных инфекций и гипоксии головного мозга; при неадекватной энтеральной нагрузке у этих младенцев повышен риск развития некротизирующего энтероколита; при позднем введении энтерального питания высоко вероятны различные системные нарушения.

Цель исследования: апробировать методику раннего энтерального кормления у недоношенных детей с использованием донорского грудного молока.

Пациенты и методы. В группу наблюдения включены 28 недоношенных ребенка, родившихся с массой тела 1200–1800 грамм и имевших тяжелую сочетанную перинатальную патологию (церебральная ишемия, врожденная пневмония, синдром дыхательных расстройств). Все дети при переводе на 2 этап выхаживания находились на практически полном парентеральном питании. Грудного молока у матерей этих младенцев не было.

Результаты. У 16 младенцев, чьи родители оформили информированное согласие на использование донорского грудного молока, стартовое энтеральное питание проводилось именно грудным молоком из банка грудного молока, который функционирует в отделении патологии новорожденных детей с 2014 г. У 14 младенцев в связи с отказом родителей для стартового энтерального питания была использована специализированная смесь для недоношенных. В основной группе детей удалось обеспечить наращивание объема энтерального питания более быстрыми темпами и осуществить переход на полное энтеральное питание в среднем на 5,2 дня быстрее, чем у младенцев группы сравнения. При этом в основной группе нарушения стула, срыгивания отмечались у 3 младенцев из 16, в группе сравнения — у 6 из 12 детей. Нарастание массы тела в обеих группах было удовлетворительным.

Закключение. Грудное молоко из банка донорского грудного молока, организованного в стационарах 2 этапа выхаживания, может быть успешно использовано для стартового энтерального питания недоношенных детей с разнообразной перинатальной патологией.

34

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОПУХОЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Бердовская А. Н., Попко И. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Актуальность. Опухоли центральной нервной системы (ЦНС) — это группа первичных новообразований, различных по своему происхождению, степени злокачественности и прогнозу, поражающих головной и спинной мозг.

Цель исследования: дать клиническую характеристику опухолей ЦНС у детей Гродненской области.

Пациенты и методы. Проанализированы 38 историй болезни детей с опухолями ЦНС, госпитализированных в стационар с 2012 по 2017 гг.

Результаты. Мальчики составили 40%, девочки — 60%. В 34% случаев опухоли диагностированы у детей старшего школьного возраста, реже дошкольного — 29%, дошкольного и младшего школьного — по 16%. 5% случаев составили дети первого года жизни. У 60% детей наблюдался синдром интоксикации, в 40% — головная боль. Параллельно с этим у 16% наблюдался судорожный, у 13% — болевой синдромы. Нарушения функции черепных нервов наблюдалось в 26%, двигательные и чувствительные нарушения в конечностях — в 34%, вегетативные нарушения — в 5%, психические — в 2% случаев. Двое детей имели в анамнезе закрытую черепно-мозговую травму. Четырём детям с диагностической целью выполнена спинномозговая пункция, где выявлена белково-клеточная диссоциация.

В анализах крови не выявлено существенных изменений. В единичных случаях наблюдались: анемия легкой или средней тяжести, лейкоцитоз, тромбоцитоз или тромбоцитопения, ускорение скорости оседания эритроцитов. Изменения на глазном дне в виде застоя диска зрительного нерва диагностированы в 16% случаев. В 84% случаев для уточнения диагноза потребовалось проведение магнитно-резонансной томография. 13% детей понадобилось проведение компьютерной томографии, 3% — сочетание этих методов.

Заключение. Исследование показало, что у 34% детей опухоль ЦНС выявлена в старшем школьном возрасте. Симптом интоксикации наблюдался в 60% случаев в виде вялости, снижение аппетита. Головная боль отмечалась у 40% детей.

35

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**Бишенова А. А.***Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,
Российская Федерация*

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) довольно часто встречается у пациентов с заболеваниями органов пищеварения. При этом патология может быть связана как с верхними, так и с нижними отделами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Среди них эрозивный гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, полипоз желудка, энтериты, целиакия, болезнь Крона (БК), неспецифический язвенный колит (НЯК).

Цель исследования: исследовать частоту встречаемости ЖДА и патологии ЖКТ у детей Краснодарского края.

Пациенты и методы. В выборку было включено 268 детей с ЖДА, получивших лечение в отделениях гастроэнтерологии и гематологии в возрасте от 6 до 18 лет за период с 2010 по 2016 гг. включительно. Из них мальчиков было 167 (62,5%), девочек 101 (37,7%). Среди общего количества пациентов отделения гематологии (1890 детей) ЖДА выявлялась у 154 (8,1%) детей, отделения гастроэнтерологии (3260 детей) анемия определялась в 114 (3,4%) случаях. Также были проанализированы амбулаторные карты нескольких детских городских поликлиник и среди общего количества (3880 карт) ЖДА фиксировалась у 144 (3,2%) пациентов. Для диагностики гастроэнтерологических заболеваний выполнялись копрограмма, ЭФГДС, рН-метрия желудочного сока, УЗИ, колоскопия с прицельной биопсией слизистой толстого кишечника. Для верификации анемии были выполнены общий анализ крови с подсчетом гемоглобина, числа эритроцитов, определение уровня сывороточного железа, ферритина сыворотки, общей железо связывающей способности сыворотки.

Результаты. Среди 268 больных ЖДА НЯК определялась у 23,6% (63), БК у 26,5% (71), целиакия у 30,1% (80), эрозивный гастрит у 7,3% (20), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки у 12,6% (34) детей. В условиях поликлиник, среди 142 детей с диагнозом ЖДА эрозивный гастрит обнаруживался в 7,8% (11) случаев.

Заключение. Очень часто анемия выступает практически единственным симптомом некоторых тяжелых гастроэнтерологических заболеваний. Поэтому изучение генеза анемии имеет первостепенное значение, т. к. от этого напрямую будет зависеть тактика лечения.

36

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КОНСТИТУЦИИ**

Бобошко И. Е., Бобошко А. В.

*Ивановская государственная медицинская академия, Иваново,
Российская Федерация*

Актуальность исследования обусловлена важностью поиска в подходе к индивидуализированному медико-социальному сопровождению детей, что имеет большое значение в формировании здоровья и реабилитации его нарушений.

Цель исследования: выявить особенности заболеваемости детей в зависимости от типа психосоматической конституции.

Пациенты и методы. Под наблюдением было 729 детей в возрасте от 7–17 лет. Распределение по конституциональным типам в младшем, среднем и старшем школьном возрасте выглядело следующим образом: около половины детей были центроверты (54%, 53%, 55%), количество детей, отнесенных к интровертам (22%, 23%, 22%) и экстравертам (24%, 24%, 23%) было вдвое меньшим и составляло примерно по одной четверти.

Результаты. Интровертам чаще были свойственны атопический дерматит, артериальная гипотония, склонность к обморокам, спастическим запорам, гиперацидным гастритам, бронхоспастическим состояниям, низкой массе тела, частым ОРИ с ринитами и фарингитами, неврозу навязчивых состояний, наблюдалось нарушение осанки во фронтальной плоскости и сколиоз I степени, снижение остроты зрения, аллергический ринит. Наименьшая устойчивость к респираторным заболеваниям интровертов коррелировала с менее стабильным состоянием нейроиммунной системы (увеличенное число эозинофилов и лимфоцитов и уменьшенное лейкоцитов в ОАК) и быстрым и частым возникновением ее дисбаланса при стрессовых ситуациях. У экстравертов чаще встречались артериальная гипертензия, склонность к атоническим запорам, энурез, гипертензионно-гидроцефальный синдром, сколиозы в сагиттальной плоскости, гипертрофия небных миндалин. У центровертов часто отмечались склонность к ожирению, плоскостопие, обусловленное избыточным весом и сниженным мышечным тонусом нижних конечностей.

Закключение. Структура нарушений здоровья и особенности их течения у детей разных типов имеют различия, сочетающиеся с особенностями состояния их регуляторных механизмов и гомеостатических систем, т. е. конституционально детерминированы.

37

**ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ,
ОБУЧАЮЩИХСЯ В ЛИЦЕЕ-ИНТЕРНАТЕ г. НИЖНЕГО
НОВГОРОДА (2007–2017 гг.)****Богомолова Е. С., Бадеева Т. В., Максименко Е. О., Ковальчук С. Н.,
Писарева А. Н., Санникова О. А.***Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород,
Российская Федерация*

Актуальность. Физическое развитие (ФР) детей и подростков является индикаторным показателем здоровья, формирующимся под влиянием среды развития детей. Поэтому актуальным становится изучение ФР подростков в условиях повышенных учебных нагрузок.

Цель исследования: оценить динамику ФР у подростков лицея-интерната.

Пациенты и методы. Проведено исследование ФР 362 старшеклассников в 2007 г. и 319 старшеклассников в 2017 г. с использованием унифицированной антропометрической методики. Оценка результатов ФР проводилась центильным методом.

Результаты. Анализ состояния ФР учащихся старших классов лицея-интерната показал, что число детей с нормальным ФР снизилось на 10%: с 79,38% в 2007 г. до 69,91% в 2017 г. Доля девушек, имеющих нормальное ФР, снизилась с 79,78% до 70,75%, а юношей с 79,32% до 68,22%. Среди учащихся, имеющих отклонения в ФР, доля подростков с повышенной и высокой массой тела составила 11,31% в 2007 и 15,67% в 2017. Число юношей этой группы ФР выросло в 1,6 раз, а девушек — в 1,24 раза. Отмечено увеличение доли учащихся со сниженной и низкой массой тела в 2,1 раза: 4,32% в 2007 и 9,09% в 2017 г. ($p \leq 0,05$). Число девушек этой группы ФР выросло в 2,45 раза и число юношей в 1,36 раза. За десятилетний период времени отмечено увеличение доли лицеистов с высокой длиной тела с 2,77% до 3,45% ($p \leq 0,05$), в большей степени среди юношей в 2,03 раза и в меньшей среди девушек в 1,85 раза. Доля учащихся со сниженной и низкой длиной тела уменьшилась с 2,22% до 1,88% ($p \leq 0,005$), особенно среди юношей в 3,24 раза.

Закключение. Анализ динамики ФР за десятилетний период старшеклассников лицея-интерната г. Н. Новгорода показал уменьшение числа подростков с нормальным ФР. Среди отклонений отмечено увеличение в большей степени доли юношей с повышенной и высокой массой тела и высокой длиной тела и доли девушек с пониженной и низкой массой тела.

38

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗЕРВЫ ШКОЛЬНИКОВ В КЛАССНЫХ КОЛЛЕКТИВАХ С РАЗЛИЧНОЙ НАПОЛНЯЕМОСТЬЮ

Богомолова Е. С., Шапошникова М. В., Ашина М. В., Котова Н. В.,
Киселева А. С., Олюшина Е. А., Куртина И. И.

*Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород,
Российская Федерация*

Актуальность. Образовательная среда, не соответствующая гигиеническим нормам, способствует формированию нарушений состояния здоровья, снижению адаптационных возможностей. Важным фактором этой среды является наполняемость классного коллектива, поиск оптимального значения которого является актуальным.

Цель исследования: оценить функциональные резервы организма (ФРО) школьников в классах с различной наполняемостью.

Пациенты и методы. Для оценки уровня ФРО 1209 школьников провели пробы Мартине-Кушелевского, степ-тест, дыхательные и вегетативные. Диагностика ФРО проводилась в соответствии с методикой, изложенной в пособии «ФРО детей и подростков. Методы исследования и оценки», предусматривающей ранжирование оценок на отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно.

Результаты. Классам с наполняемостью меньше предельно допустимой величины присвоили градацию Н1, соответствующей Н2, превышающей Н3. Уровень ФРО детей в классах с Н2 статистически значимо выше. В этих классах встречалась большая доля детей с отличными и хорошими показателями различных систем организма и по результатам комплексной оценки ФРО. Школьники с хорошим функционированием сердечно-сосудистой системы (ССС) в 1,5–2 раза чаще встречались в классах с Н2, чем в классах с Н3, а с отличным функционированием дыхательной и вегетативной систем в 1,4 и 2 раза соответственно. Доля школьников с неудовлетворительным уровнем ФРО была выше в классах с Н3, чем в классах с Н2 и Н1: по показателям ССС 69,0% против 56,5% и 43,9%; дыхательной — 61,9% против 53,7% и 53,0%; вегетативной — 80,3% против 67,3% и 68,4%. Комплексная оценка ФРО школьников показала, что доля детей с отличным уровнем в классах с Н1 и Н2 в 1,7 и 2,2 раза больше чем в классах с Н3. Доля детей с неудовлетворительным уровнем ФР на 8,0% и 5,0% больше в классах с Н3, чем в классах с Н2.

Заключение. Превышение нормативной наполняемости классов негативно влияет на ФРО школьников. Меньшая наполняемость способствует повышению адаптационных возможностей организма и является частью понятия «Профилактическая среда».



39

**КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ — ЖИТЕЛЕЙ
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ**

**Бойков С. А., Брисин В. Ю., Макаренко М. Л., Шатохина Н. С., Беродзе Г. Т.,
Шадрина Э. М., Асатурова И. Ю., Балянова Е. Г., Петрук Г. Л., Редько Е. И.**

Детская краевая клиническая больница, Краснодар, Российская Федерация

Актуальность. Нутритивный статус (НС) детей при МВ имеет важное клиническое и прогностическое значение. В многочисленных исследованиях показана прямая корреляция между показателем ИМТ, функцией легких и продолжительностью жизни пациента.

Цель исследования: оценить эффективность коррекции нутритивного статуса детей, больных муковисцидозом (МВ) с использованием полуэлементной энтеральной питательной смеси.

Пациенты и методы. Проведена оценка физического развития и нутритивного статуса детей, больных МВ, с использованием программы WHO AnthroPlus и определением величин Z-score. Наблюдалось 17 мальчиков (м.) и 12 девочек (д.) в возрасте от 2 до 10 лет. Недостаточность питания выявлена у 90% пациентов: 16 м. (94%) и 10 д. (83%). Низкорослость выявлена у 20 детей (69%): 13 м. и 7 д. Всем детям в рацион питания была введена смесь Пептамен Юниор, жировой компонент которой на 54% представлен СЦТ, что улучшает усвоение в ЖКТ, тем самым обеспечивая относительный функциональный покой печени и поджелудочной железы. Смесь принимали перорально методом сипинга на второй завтрак и/или полдник и на «сонник». Объем составлял от 100 до 250 мл 2–3 раза в сутки.

Результаты. По данным антропометрии и определения величин Z-Score, удалось нормализовать показатели массы тела у 3 мальчиков. У 27 пациентов (93%): 17 м. и 10 д. наблюдалась положительная динамика массы тела (прибавка в весе от 300 до 1050 г.) и соответственно увеличение показателя WAZ (на 0,2–1,3). Наряду с этим отмечается повышение BAZ (на 0,3–1,34), что также свидетельствует об увеличении массы тела. Показатели роста (HAZ) имеют менее выраженную динамику, что связано с коротким периодом наблюдения. Побочные эффекты на фоне приема дополнительного питания не были зарегистрированы.

Заключение. Включение полуэлементной смеси Пептамен Юниор в рацион питания больных МВ оказывает положительное влияние на их нутритивный статус. У обследованных детей улучшаются показатели физического развития Z-score: WAZ, BAZ.

40

К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СТРЕПТОКОККОВЫХ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОВ У ДЕТЕЙ

Борисенко Г. Н., Киклевич В. Т.

Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница, Иркутск

Актуальность. Трудности диагностики острых тонзиллофарингитов, вызванных патогенной флорой, на основании клинических симптомов, часто приводит к избыточному назначению антибиотиков (до 25% всех назначений). С другой стороны преувеличением роли медикаментозной терапии в лечении ОРВИ, недооценка диагностики бактериальной инфекции, в частности бета-гемолитического стрептококка группы А (БГСА) может привести к грозным инфекционным осложнениям.

Цель исследования: изучение результатов раннего выявления и рациональной антибиотикотерапии стрептококкового тонзиллофарингита.

Пациенты и методы. Обследовано 30 детей средний возраст 4,5 лет и 30 детей средний возраст 9,8 лет, имеющих клиническую картину острого тонзиллофарингита (в соответствии от 2 до 5 баллов по шкале Сентора). Использовали специфичный экспресс-тест (СЭТ) основанный на ДНК — гибридизации БГСА-инфекции и традиционный культуральный метод (ТКМ) бакпосева на среду.

Результаты. При анализе отделяемого глотки специфичным экспресс-тестом СЭТ БГСА положительный результат выявлен у 17% детей 4,5 лет, у 27% детей 9,8 лет. Бактериологический анализ культуральным методом микробные ассоциации биопленкопродуцентов выявлены у 41,6%. БГСА — 24%, *Streptococcus pyogenes* — 13%, *Streptococcus vidrians* — 10%, *Streptococcus pneumoniae* — 10%, *S. aureus* — 41%, *Arcanobacterium haemolyticum* — 3,5%, *Escherihia coli* — 7%, *Haemofilus influenza* — 33%, грибы *Candida albicans* — в монокультуре (7%), УПФ выявлена у 58,3% детей. После проведения курса антибактериального лечения метод СЭТ БГСА определил положительный результат у каждого третьего ребенка.

Закключение. Обоснованный подход в лечении острых тонзиллитов помогает экспресс-тест выявления БГСА группы А, который не уступает в чувствительности и специфичности по сравнению с культуральным методом исследования. Широкое применение теста, в повседневной клинической практике обеспечивает раннюю диагностику инфекционного фактора, а значит рациональную схему лечения.

41

КРИТЕРИИ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**Бочкова Л. Г., Эйberman А. С., Еремина О. В., Панина О. С., Нечаев В. Н.***Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация*

Актуальность. Увеличение числа используемых диагностических критериев расширяет наши понятия о механизмах адаптации маловесных новорожденных, позволяет определить объем лечебных мероприятий и улучшить прогноз. Сведения о патологии, связанной с дефицитом микроэлементов, могут использоваться для оценки состояния новорожденного.

Цель исследования: изучить особенности адаптации в неонатальном периоде у маловесных новорожденных во взаимосвязи с динамикой микроэлементного состава крови.

Пациенты и методы. У 124 новорожденных, включавших группы: доношенные дети с ЗВУР, недоношенные дети, недоношенные дети с ЗВУР и доношенные новорожденные дети (контрольная группа), определяли динамику содержания Zn, Fe, Cu в сыворотке крови в связи с различными проявлениями дезадаптации в раннем неонатальном периоде (асфиксия, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, дыхательные расстройства и др).

Результаты. Установлено, что эссенциальный биоэлемент Zn являлся наиболее лабильным среди исследованных МЭ. Было выявлено снижение уровня Zn на 5–7-й день жизни по сравнению с исходным уровнем у недоношенных детей с задержкой внутриутробного развития на 55,6% ($p < 0,01$), у недоношенных детей на 45,5% ($p < 0,001$), а также у доношенных детей с задержкой внутриутробного развития на 61%. Снижение уровня Fe на 5–7-й день жизни по сравнению с данными при рождении наблюдалось только у недоношенных новорожденных, при этом у недоношенных с задержкой внутриутробного развития на 63,1% ($p < 0,05$) и у недоношенных детей на 64,7% ($p < 0,05$). Достоверное повышение уровня Cu на 5–7-й день жизни при сравнении с исходными данными было показано у недоношенных детей на 64,5% ($p < 0,05$).

Закключение. Дезадаптивные состояния в раннем неонатальном периоде взаимосвязаны с развитием дисбаланса эссенциальных микроэлементов у маловесных новорожденных, а также со степенью недоношенности и наличием задержки внутриутробного развития.

42

СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ТРЕХ ЛЕТ ЖИЗНИ РОЖДЕННЫХ С ЭНМТ И ОНМТ

Бритикова Е. А., Липатова Е. С., Торбина О. И.

*Самарский государственный медицинский университет, Самара,
Российская Федерация*

Актуальность. Благодаря развитию современных технологий выхаживания глубоко недоношенных детей, повысилась выживаемость детей с ОНМТ и ЭНМТ. Однако до сих пор в этих группах сохраняется высокий процент инвалидизации.

Цель исследования: изучить состояние здоровья детей первых 3 лет жизни рожденных с ЭНМТ и ОНМТ.

Пациенты и методы. Ретро- и проспективно изучено 90 историй болезни детей до 3 лет, рожденных недоношенными.

Результаты. Выделены 2 группы детей с ЭНМТ «I» и ОНМТ «II» при рождении, которые составили по 18,9% от общей совокупности. Первородящие преобладали в I группе (52,9% и 47,1%), а повторнородящие во II (41,2% и 58,8% соответственно). Среди повторнородящих у всех женщин отягощен акушерский анамнез. Распределение соматических заболеваний женщин в группах было приблизительно одинаковым (52,9% и 58,8%). У 94,1% женщин двух групп отмечены осложнения течения беременности: гестоз, УПБ и ХФПН. У каждой второй женщины детей с ЭНМТ и у каждой четвертой детей с ОНМТ течение интранатального периода отягощено. В 64,7% и 52,9%, соответственно, проведено кесарево сечение на фоне ХФПН и гестоза с нарастающей гипоксией плода. В 94,1% и 58,8% отмечено проведение ИВЛ. Длительность ИВЛ более 10 дней в 4 раза преобладала в I группе детей (41,2% и 10%).

Структура заболеваемости среди детей периода новорожденности была одинаковой: 47,1% случаев приходилось на гипоксически-ишемическое поражение ЦНС в сочетании с гидроцефалией. На втором месте среди детей с ЭНМТ в 5 раз преобладал РДС синдром с БЛД (29,4% и 5,9%), а у детей с ОНМТ в 1,5 раз чаще диагностированы ВУИ (35,2% против 23,5%). У каждого третьего ребенка после одного года жизни I и II групп был выставлен диагноз ДЦП, у каждого третьего I и у каждого второго II группы выявлено отставание в моторном и речевом развитии. Преобладание БЛД сохранялось таким же в группе детей с ЭНМТ.

Заключение. Несмотря на достигнутые успехи ведения детей с ЭНМТ и ОНМТ необходимо дальнейшее совершенствование показаний и режимов ИВЛ.



43

КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Букш А. А., Газарян А. А., Айсина В. А., Кузенкова Л. М., Кожевникова О. В.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Цель исследования. Определить характеристики и частоту встречаемости эпилептиформной активности и различных форм эпилепсии, как сопутствующего заболевания, у детей с детским церебральным параличом (ДЦП).

Пациенты и методы. Ретроспективный анализ историй болезни 55 детей в возрасте от 3 до 15 лет, наблюдаемых в стационаре. Критерии включения: спастические формы ДЦП с двигательными нарушениями I–II–III уровней (по шкале GMFCS). Исследование включало оценку анамнестических, клинических, клинико-электроэнцефалографических (ВЭЭМ) и нейровизуализационных (МРТ) данных. Всем детям был проведен длительный видео-ЭЭГ мониторинг в состоянии бодрствования и физиологического сна (Nicolet One, CareFusion, США, Энцефалан ЭЭГР 19-3, Россия).

Результаты. В случайной выборке детей со спастическими формами ДЦП эпилептиформная активность выявлялась у 29 (52,7%). Из них сопутствующий диагноз эпилепсия был только у 9 (16,4%): у 1 ребенка с симптоматической фокальной эпилепсией регистрировалась региональная эпилептиформная активность по морфологии сопоставимая с доброкачественными эпилептиформными разрядами детского возраста (ДЭРД) и у 8 пациентов в виде региональных одиночных и сгруппированных комплексов острая-медленная волна, пик-медленная волна, дабл-пик-медленная волна, сгруппированных острых волн. У остальных 46 детей, без диагноза эпилепсия, эпилептиформная активность отмечалась в 20 (43,5%) случаях, из них в 9 (45%) в виде ДЭРД, в 11 (55%) в виде региональных одиночных и сгруппированных острых волн, комплексов острая-медленная волна, пик-медленная волна. Оценка совпадения локализации электроэнцефалографических, нейровизуализационных изменений на МРТ и особенностей клинических проявлений заболевания составила 77,8% в группе детей с эпилепсией. В группе больных без эпилепсии, но с эпилептиформной активностью на ЭЭГ в 20%.

Заключение Выявлена высокая частота встречаемости (52,7%) региональной эпилептиформной активности у пациентов с детским церебральным параличом I–II–III уровней (по шкале GMFCS). Отсутствие значимой связи локализации эпилептиформной активности на ЭЭГ, патологических изменений на МРТ и изменений неврологического статуса в группе детей без эпилепсии требует дальнейшего изучения их взаимосвязи и влияния на психоневрологический статус при этой патологии.

44

ВОЗМОЖНОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

**Булатова Е. М., Лагно О. В., Шабалов А. М., Полуновский В. В.,
Селедцова Л. А.**

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет, Российская Федерация*

Актуальность. Проведение генетического исследования в педиатрической практике может помочь созданию персонализированных диетических и лечебных рекомендаций, а также выполнению соответствующей физической нагрузки.

Цель исследования: определить наличие полиморфизмов генов, способствующих развитию избытка жировой массы тела, увеличению скорости усвоения углеводов, у пациентов с избыточной массой тела и ожирением для создания в дальнейшем персонализированных рекомендаций по диетотерапии и физическим нагрузкам.

Пациенты и методы. Обследовано 9 детей (3 мальчика и 6 девочек) в возрасте от 6 до 10 лет. Проведен сбор анамнеза, объективное обследование пациентов, биохимическое исследование крови (липидограмма, глюкоза натощак), гормональное обследование (инсулин, ТТГ). Всем детям выполнено генетическое обследование на основе ДНК-анализа (материал — буккальный эпителий) с определением полиморфизмов генов: ген FABP2, регулирующий скорость усвоения жиров; ген PPARG, влияющий на скорость роста жировых клеток; ген ADRB2, влияющий на скорость расщепления углеводов в крови при физических нагрузках; ген TCF7L2, регулирующий скорость секреции инсулина при поступлении глюкозы.

Результаты. Избыточную массу тела имели 4 пациента, ожирение 1 степени — 2; 2 степени — 2; ожирение 3 степени — 1 ребенок. У всех девяти пациентов были обнаружены неблагоприятные полиморфизмы генов, способствующие нарушению метаболизма жиров. У 5 детей по данным ДНК-анализа отмечена сниженная скорость расщепления запасов углеводов в ответ на повышение уровня адреналина в крови. У 4 детей выявлена генетическая предрасположенность к снижению скорости секреции инсулина в ответ на поступление глюкозы. У пациента с ожирением 3-й степени были обнаружены все исследованные полиморфизмы генов, отрицательно влияющие на углеводный и жировой обмен.

Заключение. У всех пациентов выявлена генетическая предрасположенность к нарушению метаболизма жиров и/или углеводов. У 9 пациентов выявлена предрасположенность к нарушению метаболизма жиров, а у 5 из 9 пациентов к нарушению метаболизма углеводов.

45

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ
В СОЧЕТАНИИ С ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИЕЙ****Бунаева Ю. С., Киклевич В. Т.***Иркутская областная инфекционная клиническая больница, Иркутск,
Российская Федерация*

Актуальность. Сочетанная инфекция у детей протекает с более выраженной интоксикацией и тяжелой формой.

Цель исследования: описать клинический случай сальмонеллезной инфекции и глистной инвазии у ребенка 14 лет.

Пациенты и методы. Больная М. поступила в инфекционную больницу через день от начала заболевания. Из анамнеза жизни: ребенок от 4 беременности, 2 родов. Ребенок доношенный, вскармливание грудное до 1,5 лет. Прививки по календарю. НПР по возрасту.

Из эпид. анамнеза: ела слоеное сырое тесто, шашлык из селедки. Посещает лицей-интернат, последнее посещение за 2 дня до поступления.

Заболевание началось остро с повторной рвоты, многократного жидкого стула водянистого характера, в течение ночи рвота и жидкий стул сохранялись, Т 38°C. Ребенок был доставлен в отделение реанимации в связи с тяжелым состоянием (потеря сознания, артериальная гипотония, брадикардия).

Результаты. Проведено обследование: ОАК — Л $5,7 \times 10^9$ /л (сдвиг влево), Эр $3,61 \times 10^{12}$ /л, НВ 95 г/л, СОЭ 8 мм/ч. Копрограмма — яйца широкого лентеца + паразит около 5 см, без головки, скрытая кровь ++. Соскоб на я/г отр. РСТ — 2 нг/мл. В бак. анализе выявлена *Salmonella Enteritidis*. В лечении ИТ, метаболическая терапия, противогельминтная терапия — бильтрицид per os, а/б терапия — цефотаксим, противовирусная, симптоматическая терапия. За время наблюдения и лечения в ОИРИТ — состояние тяжелое, обусловлено CDS 2. Стул > 50 раз, Т тела до 38°C. Учитывая отсутствие положительной динамики, произведена смена антибиотика на аминогликозиды. На фоне проводимой терапии состояние с положительной динамикой: проявления регидратации купированы, кишечный синдром умеренный стул до 7 раз, жидкий, зеленый со слизью. На 8 сутки переведена в отделение, выписана из стационара на 20 день госпитализации. Анализ кала на яйца широкого лентеца и бак. посев кала на сальмонеллез — отрицательные.

Заключение. Таким образом, сочетание сальмонеллезной инфекции и гельминтоза, протекало в тяжелой форме с выраженной интоксикацией, что удлинит сроки госпитализации и потребовало интенсивной терапии.

46

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА СМЕШАННОЙ
ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ**

Бунаева Ю. С., Киклевич В. Т.

*Иркутская областная инфекционная клиническая больница, Иркутск,
Российская Федерация*

Актуальность. Актуальность проблемы ИМН обусловлено большой вариабельностью клинического течения болезни, способным поражать иммунную систему.

Цель исследования: определить тяжесть течения инфекционного мононуклеоза для дальнейшего диспансерного наблюдения детей в амбулаторных условиях

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находились 25 детей в возрасте от 1 года до 11 лет. У всех лабораторно (методом ИФА) была подтверждена смешанная вирусная (цитомегаловирусная — ЦМВ и Эпштейн-Барр — ВЭБ) инфекция. Из них у 10 детей была обнаружена бактериальная инфекция — *Streptococcus pyogenic*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosae* (бак. посев).

Результаты. У 15 детей с инфекционным мононуклеозом (ИМН) без сочетания с бактериальной инфекцией заболевание протекало относительно гладко с типичной симптоматикой: температура до 38–38.5°C до 3–5 дней, увеличение лимф. узлов шеи (по данным УЗИ до 1.5–2.0 см). В лабораторных показателях — лейкоцитоз от $10 \times 10^9/\text{л}$ до $12 \times 10^9/\text{л}$, атипичные мононуклеары до 3–8, повышение АЛТ и АСТ до 100 Ед/л, гепатоспленомегалия (по данным УЗИ +1.0 см из под края реберной дуги).

В группе детей, где к вирусной инфекции присоединялась бактериальная флора, выявлялась более манифестная симптоматика — фебрилитет от 39 до 40°C, выраженным лимфопролиферативным синдромом — увеличение шейных и мезентериальных лимф. узлов от 2.5 до 3.5 см, гепатоспленомегалией (+1.5–3.0 см). В ОАК более выраженный лейкоцитоз от $12 \times 10^9/\text{л}$ до $15 \times 10^9/\text{л}$, атипичные мононуклеары от 10 до 15; АЛТ и АСТ от 150 до 400 Ед/л, более длительный астено-вегетативный синдром.

Все дети получали стандартную базовую, этиопатогенетическую терапию. Продолжительность заболевания в группе детей, где обнаруживались только вирусная этиология составила от 5 до 7 дней, в группе, где имелось сочетание вирусной и бактериальной инфекции — от 9 до 12 дней.

Заключение. Таким образом, ИМН сочетанной вирусно-бактериальной этиологии протекает с более выраженной клинической симптоматикой, высокими лабораторными показателями и требует более интенсивного и длительного лечения.

СРОКИ МАНИФЕСТАЦИИ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ**Бурак Е. А., Гурина Л. Н.***Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

Актуальность. Нарушения сердечного ритма у новорожденных не имеют классических клинических проявлений и в большинстве случаев выявляются случайно во время аускультации, носят транзиторный характер. Лишь некоторые из них приводят к тяжелой сердечной недостаточности, стойкому нарушению общего состояния ребенка. Нет единого мнения о сроках манифестации нарушений проводимости сердца у детей в периоде новорожденности.

Цель исследования: установить сроки манифестации нарушений сердечного ритма у новорожденных.

Пациенты и методы. В исследование было включено 45 новорожденных детей с нарушениями сердечного ритма.

Результаты. Нарушение сердечного ритма явилось проявлением таких патологических синдромов, как экстрасистолия — у 65,9% детей, пароксизмальная тахикардия в 14,7% случаев, синусовая тахикардия — 5,7%, синусовая брадикардия — 3,3%, атриовентрикулярные блокады составили 10,4% от всех нарушений сердечного ритма. Экстрасистолии отмечались на 5 ± 2 сутки после рождения. Атриовентрикулярные блокады диагностированы на 7 ± 2 сутки жизни. Синусовые тахи- и брадикардии регистрировались на $3 \pm 1,7$ день жизни. Данные нарушения проводимости сердца протекали бессимптомно. Срыв сердечного ритма в виде пароксизмальной тахикардии выявлен на 21 ± 3 день после рождения. Родители обращались к врачу с жалобами на снижение аппетита у детей, беспокойство, срыгивание, бледность кожных покровов.

Заключение. Нарушения сердечного ритма в виде экстрасистол, атриовентрикулярных блокад, синусовых тахи- и брадикардий выявлены у младенцев в первую неделю жизни, когда дети находились под наблюдением неонатологов родильных домов. Пароксизмальные тахикардии манифестировали ближе к месячному возрасту в домашних условиях. Результаты данных исследований позволяют углубить знания врачей педиатров о сроках возникновения пароксизмальной тахикардии — тяжелого нарушения сердечного ритма.

48

СТРУКТУРА ЮНОШЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Бурлуцкая А. В., Савельева Н. В.

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,
Российская Федерация*

Актуальность. Юношеский артрит одно из наиболее частых и самых инвалидизирующих ревматических заболеваний, встречающихся у детей.

Цель исследования: изучить варианты, половую и возрастную характеристику юношеского артрита у детей Краснодарского края.

Пациенты и методы. Проведен анализ 79 историй болезни детей с диагнозом юношеский артрит, находящихся на обследовании в отделении кардиоревматологии Детской городской клинической больницы № 1 г. Краснодар в 2015–2016 гг.

Результаты. При анализе полученных данных выявлены следующие варианты юношеского артрита: 63 ребенка (79,7%) с олигоартикулярным вариантом (с поражением 1–4 суставов), 13 детей (16,5%) с полиартикулярным вариантом (5 и более суставов), и 3 пациента (3,8%) с системным вариантом. Все дети с олигоартикулярным и полиартикулярным вариантами оказались серонегативными по ревматоидному фактору (РФ), и без поражения глаз. Среди детей с олигоартикулярным вариантом полового различия не выявлено: 32 мальчика (50,8%) и 31 девочка (49,2%). В возрастном аспекте этот вариант встречался в возрасте от 2-х до 17 лет (средний возраст составил 10,6 лет). Пациенты с полиартикулярным вариантом оказались преимущественно девочками (61,5%), и в возрасте от 6 до 17 лет (средний возраст 11 лет). Что касается системного варианта юношеского артрита, то это оказались мальчики 4, 5 и 13 лет.

Заключение. Таким образом, среди юношеских артритов доминирует олигоартикулярный вариант, серонегативный по РФ и без поражения глаз. В возрастном аспекте дети с юношеским артритом оказались преимущественно в подростковом периоде.

49

ТИПЫ РЕАКЦИИ НА БОЛЕЗНЬ ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ

**Буслаева А. С., Венгер А. Л., Алексеева Е. И., Лазуренко С. Б.,
Ртищева М. С.**

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Известно, что дети по-разному реагируют на ситуацию тяжелой болезни. Своевременное определение типов реакции на болезнь позволит выявить детей, которые остро нуждаются в психологической помощи.

Цель исследования: определить типы реакции ребенка на болезнь при разной тяжести течения заболевания.

Пациенты и методы. 75 детей, страдающих ревматическими болезнями разной степени тяжести. Рисуночные методики для исследования образа Я и семьи; тест «Три желания»; шкалы самооценки; методика «Кто я?»; методика «Незаконченные предложения».

Результаты. Сочетание особенностей эмоциональной и мотивационно-потребностной сферы, самосознания и общения со сверстниками, определяют тип реакции ребенка на болезнь.

При легкой и средней тяжести течения болезни встречаются:

- Благоприятная реакция (33,8%). Личностное развитие происходит по траектории, близкой к нормативной.
- Сужение жизненного пространства (9,3%). Снижены адаптивные механизмы личности вне стационара. В условиях больницы ребенку удается сохранить разнообразные виды деятельности, не связанные с процессом лечения.
- Интеллектуализация (7,6%). Снижен фон настроения и самооценка, избирательны в выборе друзей, погружены в размышления на тему здоровья и лечения.

При среднем и тяжелом течении болезни наблюдаются:

- Инфантилизация (17,1%). На первый план выходит снижение темпа развития самосознания, личностная незрелость.
- Погружение в болезнь (18,4%). Наблюдается значительно сниженный эмоциональный фон, бездеятельность, ведущий мотив — сохранение здоровья.
- Инвалидизация (13,8%). Физически и эмоционально дети зависимы от близких взрослых, бездеятельны, негативно относятся к своей внешности, идентифицируются с образом больного человека, необщительны.

Заключение

1. Все дети с тяжелым течением болезни нуждаются в психологической помощи, т.к. у них существует высокий риск возникновения неблагоприятных реакций на болезнь и искажений в личностном развитии.
2. Содержание психологической помощи детям с тяжелым течением болезни определяется типом его реакции на заболевание.

50

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Буторина Н. В., Вахрушев Я. М., Васильев Ю. Г.

*Ижевская государственная медицинская академия, Удмуртия,
Российская Федерация*

Актуальность. Наиболее частыми факторами риска у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) является формирование пищевода Барретта и аденокарциномы пищевода. Исследования частоты встречаемости пищевода Барретта у детей носят противоречивый характер. Поэтому важна ранняя диагностика этого состояния.

Цель исследования: определить взаимосвязь эндоскопически визуализируемых и морфологических изменений слизистой оболочки пищевода у детей с ГЭРБ.

Пациенты и методы. Всего обследовано 25 детей с ГЭРБ, в возрасте от 9 до 17 лет. Для верификации диагноза использовались клинические данные, результаты эзофагогастродуоденоскопии. Для выявления характера морфологических изменений слизистой оболочки пищевода проводилось исследование биопсийного материала. Обработка материала и описание препаратов проводилась по стандартной методике.

Результаты. При эндоскопическом исследовании у детей с ГЭРБ диагностирована различная степень эзофагита: I степень (катаральный эзофагит) у 17 (68%) детей, II степень (эрозивный) у 8 детей (32%). Тяжелый воспалительный процесс при гистологическом исследовании биоптатов выявлен у 18 (72%) детей. У 3 (12%) детей с катаральным эзофагитом обнаружена метаплазия желудочного типа (пищевод Барретта). Собственная пластинка слизистой характеризовалась очаговой иногда диффузной лейкоцитарной инфильтрацией, с преобладанием лимфоцитов (22; 88%). Эпителиальные клетки находились в состоянии дистрофии разной степени выраженности: в части препаратов клетки имели гиперхромные ядра (16; 64%), цитоплазма этих клеток была окрашена темнее, другая группа клеток имела более крупные размеры, нередко цитоплазма в них была вакуолизирована (21; 84%).

Заключение. Исследования показали, что имеется несоответствие степени выраженности эндоскопических проявлений и тяжести морфологических изменений в слизистой оболочке пищевода у детей с ГЭРБ у детей, что следует принимать во внимание при выборе тактики лечения и оценке прогноза заболевания.

51

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НОСОГЛОТКИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПНЕВМОКОККОВОЙ КОНЬЮГИРОВАННОЙ 13-ВАЛЕНТНОЙ ВАКЦИНЫ**Вавилова В. П., Вавилов А. М., Черкаева А. Х.***Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Российская Федерация*

Актуальность. В комплексе лечебно-профилактических мероприятий, осуществляющих предупреждение заболеваний, ассоциированных с пневмококком, ведущим является специфическая иммунопрофилактика.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность использования пневмококковой конъюгированной 13-валентной вакцины (ПКВ13) у детей с хроническими воспалительными заболеваниями носоглотки (ХВЗН).

Пациенты и методы. В период 2012–2016 гг. под наблюдением находилось 1360 детей в возрасте от 2–5 лет ($3,69 \pm 1,35$ лет). Пациенты ($n = 678$) I группы (I) были вакцинированы ПКВ13. Дети ($n = 682$) II группы (II) вакцинацию ПКВ13 не получали. Все обследуемые наблюдались у педиатра и оториноларинголога в группе «Д» учета. Хронические воспалительные заболевания носоглотки диагностированы в 100% случаев: хронический аденоидит (ХА) — 80,7%, рецидивирующий отит — 19,3%. Проанализирована заболеваемость ОРИ, наличие осложнений до и после вакцинации в течение 12 месяцев.

Результаты. Уровень заболеваемости ОРИ за год до вакцинации ПКВ13 составил 2533,8 (I) и 2625,5 (II) случаев на 1000 ($p = 0,937$). Через год после вакцинации показатель заболеваемости ОРИ в I группе достоверно отличался от показателя в контрольной группе — 1205,35 и 2417,28 соответственно ($p = 0,024$). Случаи пневмонии за год до вакцинации отмечены у 5,1% (I) и 5,6% (II) ($p = 0,428$), после вакцинации — у 2,7% (I) и 5,7% (II) ($p = 0,012$). Острый бронхит за год до вакцинации имел место у 10,1% (I) и 10,6% (II) ($p = 0,413$), после вакцинации — у 4,2% (I) и 7,8% (II) детей ($p = 0,011$). Рецидивы ХА за год до вакцинации составили 18,1% (I) и 19,2% (II) ($p = 0,772$). После вакцинации рецидивы ХА диагностированы у 7,3% (I) и 17,8% (II) пациентов ($p = 0,015$). Острый средний отит за год до вакцинации перенесли 8,8% (I) и 8,4% (II) детей ($p = 0,914$). Через год названное заболевание диагностировано у 3,5% (I) и 8,9% (II), соответственно ($p = 0,022$).

Заключение. Использование ПКВ13 у детей с ХВЗН позволяет снизить кратность ОРИ в 2 раза и сократить частоту рецидивов ХВЗ ЛОР-органов. Анализ заболеваемости и течение поствакцинального периода у детей первых 5 лет жизни показал высокий уровень безопасности и переносимости вакцины.

52

РОЛЬ ДЕТСКИХ БОЛЬНИЦ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ

Ваганов Н. Н.

Российская детская клиническая больница, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Основные проблемы больных новорожденных детей и недоношенных и детей раннего возраста решаются в детских стационарах.

Ежегодно во всех стационарах системы Минздрава России получают лечение 640–690 тыс. детей с заболеваниями, возникшими в перинатальном периоде. Около 190 тыс. детей поступают в детские стационары по поводу врожденных пороков развития.

Цель исследования: описать роль детских больниц в системе оказания медицинской помощи новорожденным.

Пациенты и методы. Растет число новорожденных, поступающих в детские стационары всех уровней в первые 0–6 суток после рождения, в том числе с экстремально низкой массой тела при рождении.

Результаты. В 2016 г. 157 тыс. новорожденных переведены из учреждений родовспоможения в эти сроки, в том числе более 3 тыс. (каждый второй) с массой тела при рождении 500–999 г. Подавляющее большинство больных новорожденных детей переводятся в учреждения III уровня: детские областные, краевые, республиканские, окружные, городские больницы (ОКРОДБ). Во многих ОКРОДБ доля новорожденных детей, поступивших из учреждений родовспоможения, составляют более 30%. По данным проведенного нами анализа, с вводом в строй 55 перинатальных центров возник разрыв в условиях оказания медицинской помощи новорожденным детям в перинатальном центре и в детской больнице. Порядки, определяющие работу учреждений родовспоможения и педиатрии, при оказании медицинской помощи больным новорожденным и недоношенным, особенно родившимся с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, создают неоднозначную ситуацию в перинатальном, неонатальном и постнатальном сегментах службы охраны здоровья матери и ребенка в субъектах РФ.

Закключение. В 9 субъектах РФ надо строить новые современные детские больницы. 70% ОКРОДБ нуждаются в реконструкции существующих зданий. Во всех больницах надо обновлять парк медицинской техники, во многих — развивать сеть реабилитационных отделений, центров, дневных стационаров. Нужна государственная программа по развитию детских больниц.



53

**ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК****Васильева А. Н., Еремеева А. В.***Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Пациенты с патологией почек, в периоде ремиссии, должны быть привиты всеми вакцинами, входящими в Национальный календарь прививок, в том числе против гриппа и гемофильной типа b инфекции. Дополнительно рекомендуется вакцинация против пневмококковой инфекции, ветряной оспы, гепатита А. Однако фактически большинство детей с патологией почек не подвергаются вакцинации.

Цель исследования: выяснить, насколько часто участковые педиатры вакцинируют детей с хроническим гломерулонефритом и хроническим тубулоинтерстициальным нефритом.

Пациенты и методы. Были проанализированы 24 истории болезни детей, находившихся на госпитализации в ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ» в течение 2017 года, с диагнозом хронический гломерулонефрит и хронический тубулоинтерстициальный нефрит.

Результаты. Количество пациентов с хроническим гломерулонефритом составило 20 человек (83,4%), тубулоинтерстициальный нефрит у 4 (16,6%), из которых девочек — 10 (41,6%), мальчиков — 14 (58,4%). Медиана возраста составила 10 лет. У 15 детей из 24 (62,5%) встречались нарушения графика вакцинации: отсутствие вакцинации от инфекций, входящих в Национальный календарь прививок (26,7%), ошибки в сроках вакцинации (13,3%), отсутствие ревакцинаций (60%). У 5 (33,3%) из них наблюдались неоправданные бессрочные медицинские отводы от вакцинации, при наличии длительной ремиссии (более 5 лет). В группе детей (9 человек — 37,5%), у которых вакцинация выполнена согласно национальному календарю прививок, поствакцинальных осложнений и обострения заболевания почек не отмечалось.

Заключение. Полученные результаты подтверждают, что необходимо уделять больше внимания обучению участковых педиатров правильной тактике вакцинопрофилактики у детей с хроническими заболеваниями почек. Однако для получения более статистически значимых результатов, необходимо продолжить исследование данной проблемы.

54

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Васюнин А. В., Варенникова В. В., Кибирева Е. Н., Колесникова Т. В.

*Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск,
Российская Федерация*

Актуальность. Кишечные инфекции стабильно занимают второе место среди всей инфекционной патологии у детей. Вирусная этиология является ведущей среди всех причин кишечных инфекций.

Цель исследования: оценить эффективность лечебной диеты в период ранней реконвалесценции кишечной инфекции вирусной этиологии у детей, перенесших кишечную инфекцию вирусной этиологии, средней тяжести.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 64 ребенка в возрасте от 3 до 10 месяцев, находящихся на искусственном вскармливании, перенёвших кишечную инфекцию вирусной этиологии (38 рото-, 18 норо-, 8 астровирусной). Наблюдение осуществлялось в течение 1 месяца после выписки из стационара. На период реабилитации дети получали молочную смесь Nutrilak кисломолочный. В начале и в конце наблюдения осуществлялся лабораторный контроль: общий анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, кал на пробу Бенедикта, посев кала на микрофлору и ПЦР кала на РНК и ИФА кала на антигены вирусов.

Результаты. Прибавка массы тела в течение месяца была соответственно возрасту у всех пациентов. По результатам общего анализа крови и мочи существенных изменений не выявлено. РН мочи был в пределах нормы. Копроскопически в начале наблюдения имели место: амилорея у 24 (37,5%), стеаторея у 11 (17,2%), в конце наблюдения амилорея у 3 (4,7%), стеаторея у 3 (4,7%). РН кала была в пределах возрастной нормы. Повышенное содержание сахара лактозы в начале наблюдения по результатам пробы Бенедикта имело место у 34 (53,1%) пациентов, в конце наблюдения у 4 (6,2%), в начале наблюдения $0,8 \pm 0,1\%$, в конце наблюдения $0,5 \pm 0,1\%$. В посевах кала на микрофлору в среднем высевалось $1,8 \pm 0,2$ микроорганизма на одного ребёнка, в конце наблюдения — $0,4 \pm 0,1$. В конце наблюдения маркёры вирусов в испражнениях обнаруживались у 8 (12,5%) пациентов (ротавирусы у 6, норовирусы у 2).

Заключение. Таким образом, установлен чёткий положительный клинико-лабораторный эффект у детей, перенесших кишечную инфекцию вирусной этиологии в период ранней реабилитации, получавших лечебную молочную смесь.

55

ВЛИЯНИЕ ЗАКАЛИВАНИЯ НА ОСТРУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**Витвинова И. Ю.***Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В. И. Яцкив,
Нефтеюганск, Российская Федерация*

Актуальность. Разработка и проведение индивидуального комплекса оздоровительных дошкольникам в период посещения образовательных учреждений (ДОУ) является одним из важных направлений работы участкового врача-педиатра.

Цель исследования: изучить влияние комплекса закаливающих мероприятий на острую заболеваемость детей, дошкольного возраста.

Пациенты и методы. В июле-августе 2016 г. среди родителей детей, посещающих ДОУ более 1 года, было проведено анкетирование по вопросам приверженности к проведению закаливающих мероприятий для детей. По результатам анкетирования выделено две группы пациентов в возрасте от 3 до 6 лет. Основную группу составили дети, родители которых согласились на проведение комплекса закаливания и прошли его в полном объеме — 61 человек. Группой контроля послужили дети, родители которых отказались от проведения закаливания своим детям — 75 человек. Каждому пациенту первой группы был разработан индивидуальный комплекс закаливающих мероприятий, включающий в себя сочетание воздушных ванн и водных процедур, проводимый в течение всего наблюдаемого периода. Оценка частоты острых респираторных заболеваний (ОРЗ), продолжительности заболевания, частоты тяжелого течения заболевания проводились через год в сентябре 2017 г.

Результаты. Частота ОРЗ у детей основной группы составила в среднем 6 случаев за год (от 3 до 8). Тяжелого, осложненного течения ОРЗ у детей данной группы не зафиксировано. В контрольной группе частота ОРЗ составила в среднем 9,5 случаев за год (от 4 до 12). У 11 человек (15%) наблюдались осложнения в виде наслоения бактериальной инфекции. Продолжительность течения заболевания составила в среднем 8 дней (от 5 до 10) в основной группе и 12 дней (от 7 до 14) в группе контроля соответственно.

Закключение. Эффективное сотрудничество с родителями, наряду с правильно подобранным комплексом закаливающих мероприятий, являются действенными методами профилактики острой респираторной инфекции у детей.

56

**ЮРИДИЧЕСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОРФАННЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Витковская И. П.

*Научно-исследовательский институт организации здравоохранения
и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы,
Российская Федерация*

Актуальность. Несмотря на то, что орфанные заболевания (ОЗ) в настоящее время не представляют эпидемической угрозы, с 2013 года отмечен неуклонный рост числа московских детей, состоящих в регистре лиц, страдающих жизнеугрожающими заболеваниями. Темп прироста в 2014–2015–2016 года составил 18,0%, 7,4% и 6,5%.

Концептуально решения многих проблем ОЗ предусмотрено нормативно-правовыми документами, которые являются инструментом в деятельности врача. Однако в широкой практике педиатры разных специальностей имеют малое представление по разным аспектам проблемы, у них отсутствует настороженность относительно ОЗ.

Цель исследования: оценка подготовленности педиатров к работе с детьми, страдающими редкими (орфанными) болезнями, в свете информированности законодательных актов.

Пациенты и методы. Объектом исследования были 150 человек, из них врачи-педиатры — 73,3% и врачи-специалисты — 23,3%, работающие в различных медицинских учреждениях города. По своей специальности 56,2% респондентов имеют высшую квалификационную категорию; 10,0% — первую; 5,5% — вторую и не имели категорию 28,1% опрошенных.

Опрошенные врачи являлись представителями первичного звена здравоохранения города — в 58,2% случаев; стационаров — в 16,4%; работники консультативно-диагностических центров составили 8,2%, роддомов — 2,2% и других учреждений — 6,7%.

Результаты. Опрошенные респонденты показали достаточно низкий уровень представления о группе орфанных заболеваний и существующих перечнях и регистре лиц, страдающих жизнеугрожающими заболеваниями.

Наибольшую осведомленность проявили респонденты относительно Федерального регистра льготников — 76,6%, при этом лишь 34,1% опрошенных знают о механизме получения категории «ребенок инвалид».

О мерах профилактики ОЗ (доношенных и недоношенных) известно практически всем врачам (86,7–98,5%), однако о необходимости тотального обследования указало лишь 96,3%.

Заключение: На материале социологического опроса установлено, что действия врача при оказании помощи детям с ОЗ находится в сфере недостаточной юридической грамотности.

57

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПРИЗНАКОВ СИМПТОМА ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ**Войтенко В. А., Харламенкова Р. А., Жигалова А. А., Шестакова В. Н.***Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,
Российская Федерация*

Актуальность. В последние годы у детей диагностируется синдром дефицита внимания, сопровождающийся гиперактивностью, т.е. таким состоянием, когда общая двигательная активность значительно превышает таковые в норме, а любые их проявления влияют негативно на различные стороны жизни ребенка, отрицательно сказываясь на успешности обучения и на выборе профессии.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости признаков симптома гиперактивности у детей дошкольного возраста — с синдромом дефицита внимания и — с гиперактивностью.

Пациенты и методы. Исследование выполнено с участием 30 детей дошкольного возраста. В основную группу вошли дети с синдромом нарушенного внимания с гиперактивностью ($n = 10$) без речевых нарушений. Группу сравнения составили дети с речевыми нарушениями и СДВГ ($n = 20$). Анализ анкетирования родителей проводился при помощи опросника, включающего 2 блока диагностических критериев СДВГ согласно DSM-V. Все дети консультированы логопедом, дефектологом, неврологом, педиатром. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты. Установлено, что беспокойные движения у детей основной группы встречались чаще (20,0%), чем в группе сравнения (15,0%, $p > 0,05$). Суесть, вскакивание с места без разрешения с большей частотой выявлялись в группе сравнения (30,0% и 40,0%), чем в основной группе (20,0% и 30,0%, $p > 0,05$). Повышенная двигательная активность, чрезмерная болтливость возникали чаще у детей основной группы (60,0% и 50,0%), чем у респондентов группы сравнения (35,0% и 45,0% соответственно, $p < 0,05$). Дети обеих групп наблюдения в большинстве случаев не могли играть в тихие игры (40,0% основная группа и 35,0% группа сравнения), отдыхать (40,0% и 40,0%), спокойно отвечать на вопросы (50,0% и 50,0%), выслушивая их до конца. Дети группы сравнения оказались менее внимательными (55,0%), чем дети основной группы (40,0%, $p > 0,05$).

Заключение. Дети с речевыми дефектами и без нарушения речи имеют различные признаки симптома гиперактивности.

58

СТРУКТУРА ОСТРЫХ ХИМИЧЕСКИХ ОТРАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 15-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Вологжанина Е. В., Фадеев А. А., Мингаирова А. Г., Павлинова Е. Б.,
Орлова Н. В., Пискарева Н. И.

Областная детская клиническая больница, Омск, Российская Федерация

Актуальность. Острые отравления частые urgentные состояния, требующие проведения неотложных мероприятий. Изучение их структуры может улучшить организацию помощи пострадавшим.

Цель исследования: проанализировать динамику структуры острых химических отравлений у детей Омской области для разработки рекомендаций по профилактике.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 5187 историй болезни пациентов от 4 месяцев до 15 лет, находившихся на лечении в токсикологическом центре Областной детской клинической больницы г. Омска в 2001–2016 гг.

Результаты. Установлено, что за 15 лет уменьшилась доля отравлений этанолом и его суррогатами с 50% до 10,5%, увеличилось количество отравлений медикаментами (14–57,8%) и растительными ядами (1–10,9%). Среди последних преобладают преднамеренные тяжелые отравления растениями с галлюциногенными свойствами. В структуре причин лекарственных отравлений доля психотропных веществ уменьшилась с 45 до 12,4%, а назальных деконгестантов увеличилась с 4 до 32,2%. Отмечена стойкая тенденция к снижению частоты суицидальных отравлений (10–5,5%).

Заключение. За последние 15 лет структура острых химических отравлений у детей значительно изменилась с преобладанием случайных лекарственных отравлений сосудосуживающими каплями, использование которых необходимо ограничивать. Следует информировать родителей о строгом соблюдении дозировки и кратности использования медикаментов, возможности отравления в случае неправильного использования или случайного употребления внутрь, а также необходимости безопасной среды вокруг ребенка.

МУКОИДНЫЕ ФОРМЫ БАКТЕРИЙ ПРИ ДИАГНОЗЕ МУКОВИСЦИДОЗ

Воронина О. Л., Симонова О. И., Лазарева А. В., Кунда М. С., Рыжова Н. Н., Аксенова Е. И., Шарапова Н. Е., Егоров М. С., Горина Ю. В., Игнатова А. С., Гинцбург А. Л.

Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени Н. Ф. Гамалеи, Москва, Российская Федерация

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Протеобактерии наиболее опасны для дыхательных путей больных муковисцидозом (МВ). В условиях сниженного мукоцилиарного клиренса они проникают в нижние дыхательные пути, где сохраняют жизнеспособность благодаря образованию биопленок. Бактериальные липополисахариды провоцируют усиление воспалительного процесса, что в свою очередь затрудняет отток плотного дегидрированного мукуса. Даже в таких условиях протеобактерии способны увеличить синтез экзополисахаридов, образуя так называемые мукоидные формы. Особенности мукоидных форм протеобактерий были предметом нашего исследования.

Цель исследования: анализ генетических особенностей мукоидных форм протеобактерий и путей регуляции синтеза экзополисахаридов.

Пациенты и методы. Образцы трахеального аспирата и мокроты от 170 пациентов (возраст 1 мес–18 лет) с диагнозом МВ исследовали с 2014 по 2017 гг. методами классической микробиологии и молекулярно-генетическими. Геномы ранее секвенированных нами штаммов *Achromobacter ruhlandii* ST36 (GenBank Accession Number CP017433) и *Burkholderia cenocepacia* ST 709 (CP020599 – CP020601) анализировали в специализированных программах для поиска генов синтеза, экспорта экзополисахаридов (ЭПС), а также регуляторов путей метаболизма.

Результаты. При анализе образцов из нижних дыхательных путей пациентов у 53% детей был выявлен *Pseudomonas aeruginosa*, у 33% — *Lautropia mirabilis*, у 7,6% — *B. cenocepacia*, у 6,5% — *Achromobacter spp.* Образование мукоидных форм при культивировании бактерий наблюдали у *P. aeruginosa*, выделенных от пациентов как при обострении или в состоянии средней тяжести, так и вне обострения. Мукоидные и немуконидные формы в одном и том же образце вырастали в одинаковом количестве, в отдельных случаях присутствовали только мукоидные формы. Генетический анализ культур, выделенных от одного пациента, показал, что они имеют один генотип в контексте MLST. Поскольку пути метаболизма альгината — основы мукуса *P. aeruginosa* — хорошо изучены, эти гены легли в основу сравнительного анализа протеобактерий. Между *P. aeruginosa* и *A. ruhlandii* выявлено высокое сходство положительного регулятора синтеза ЭПС. Ранее мы показали, что системы секреции III типа (T3SS) этих бактерий относятся к одному семейству, что косвенным образом свидетельствует о локализации вне клетки макроорганизма при инфицировании. Такие бактерии усиливают синтез мукоидного слоя при хронизации инфекции. Буркхолдерии имеют другой тип T3SS, предполагающий возможность внутриклеточного паразитирования. Для *B. multivorans* показано снижение количества мукоидных форм при длительной инфекции. Наш анализ продемонстрировал высокий процент отличий генов синтеза и регуляции ЭПС между *A. ruhlandii* и *B. cenocepacia*.

Закключение. Выявленные различия протеобактерий необходимо учитывать при терапии инфекции, а также при разработке новых лекарственных препаратов.



60 СЕГМЕНТНАЯ УНИПАРЕНТАЛЬНАЯ ДИСОМИЯ В ИМПРИНТИРОВАННЫХ УЧАСТКАХ ГЕНОМА КАК ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ АУТИЗМА И УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ У ДЕТЕЙ

**Ворсанова С. Г., Юров Ю. Б., Зеленова М. А., Васин К. С., Куринная О. С.,
Гордеева М. Л., Юров И. Ю.**

*Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика
Ю. Е. Вельтищева, Российская Федерация*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

Научный центр психического здоровья, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Унипарентальные дисомии отдельных хромосомных сегментов (long contiguous stretches of homozygosity или LCSH) регулярно выявляются при помощи молекулярного кариотипирования с использованием технологии SNP array. Известно, что данные эпигенетические вариации способствуют выявлению кровного родства родителей, однако их практически не рассматривают в качестве возможного механизма нервно-психических заболеваний. Это особенно актуально, если LCSH затрагивают импринтированные геномные участки.

Цель исследования: исследовать LCSH в импринтированных геномных участках у детей с аутизмом и умственной отсталостью.

Пациенты и методы. С помощью молекулярного кариотипирования с использованием SNP array (разрешение более 1000 пн) были исследованы 430 индивидуумов с умственной отсталостью, аутизмом и врожденными пороками развития.

Результаты. LCSH в импринтированных участках, ассоциированных с клиническими проявлениями, выявлены в 6,5% случаев (28 пациентов). Наибольшее количество LCSH было обнаружено в локусах 7q21.3 (39,3%) и 15q11.2 (32,1%). Данные эпигенетические вариации также затрагивали хромосомные участки: 7q21.11, 7q31.33q32.3, 7q32.1q32.2 и 11 p15.5p15.4 и представляли собой эпигеномные вариации размером от 1 до 4,3 млн пн. Сравнение фенотипических особенностей исследуемых индивидуумов выявило определенное подобие с заболеваниями, ассоциированными с геномным импринтингом (синдромы Сильвера-Рассела, Беквита-Видемана, Прадера-Вилли, Ангельмана).

Заключение. LCSH, затрагивающие импринтированные хромосомные локусы 7q21.11, 7q31.33q32.3, 7q32.2, 7q32.1q32.2, 11 p15.5p15.4 и 15q11.2q12, могут быть причиной аутизма и умственной отсталости у детей, являясь в значительной степени распространенными в данной группе пациентов. Примечательно, что эти эпигеномные вариации, связанные с болезнями мозга у детей, могут быть выявлены только с помощью молекулярного кариотипирования с использованием технологии SNP array. Исследование выполнено при поддержке РФФИ (17-04-01366 А и 16-54-76016 ERA.Net RUS Plus).

61 ОСОБЕННОСТИ СТЕНОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Вязова Л. И.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Актуальность. Один из частых синдромов ОРИ у детей раннего возраста острый стеноз гортани. Он встречается с частотой от 7,4% до 25%, имеет структурные особенности, что диктует необходимость дальнейшего изучения данной проблемы.

Цель исследования: изучить особенности стеноза гортани у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Проанализированы данные, полученные путем выборки их 615 стационарных карт детей с острым стенозированным ларингитом, находившихся на лечении в течение календарного года.

Результаты. Пик заболеваемости (76,1% случаев) приходился на ранний возраст: дети 1-го года составили 19,4%; каждый четвертый ребенок был в возрасте от 1-го до 2-х лет; каждый пятый — от 2-х до 3-х лет. Болели чаще мальчики (67,3% случаев). В подавляющем большинстве случаев (81,5%) встречался острый первичный ларинготрахеит с субкомпенсированным стенозом гортани. Пик заболеваемости пришелся на март-апрель и ноябрь. Верификация возбудителя проводилась с помощью РИФ. Лидирующую позицию (37,4% случаев) занял вирус гриппа, второе место RS инфекция, третье парагрипп. Наиболее частой сопутствующей патологией явился атопический дерматит (30,6% случаев). Большинство детей (63,8%) родились от первой беременности, доношенными. Акушерский анамнез был отягощен в каждом третьем случае. На естественном вскармливании до шести месяцев находилось 41,2% детей, к концу первого года 8,6% детей.

Заключение. Большинство заболевших детей были раннего возраста (чаще мальчики) с пиком заболевания в весенне-осенний период. Чаще всего заболевание протекало в виде субкомпенсированного стеноза гортани на фоне атопического дерматита. Наиболее частыми возбудителями болезни были грипп, RS вирус, парагрипп.

62

МОРФОМЕТРИЯ АОРТЫ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ АОРТОПАТИЯХ У ДЕТЕЙ**Гаврилюк Н. В., Палии И. И., Чюботару А. М., Ешану В. Г., Пырцу Л. И.***Государственный медицинский и фармацевтический университет имени Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова*

Актуальность. Увеличение диаметров аорты на разных уровнях распространено у пациентов с врожденными аортопатиями, что является фактором риска развития аневризмы, рассечения и разрыва аорты, т.е., осложнений со смертельным риском. К врожденным аортопатиям (ВАО), развивающим первичную аортальную дилатацию относятся: аортальная коарктация (АоКо), двустворчатый аортальный клапан (ДАК), стеноз аорты (СтАо), ($\text{ГД} > 30 \text{ мм/Н}$). Ранняя диагностика этих осложнений в пределах АоС может быть оценена путем вычисления оценки Z.

Цель исследования: оценка диаметров аорты, чтобы предотвратить развитие серьезного, необратимого осложнения.

Пациенты и методы. Исследование включило 71 ребенка с врожденными аортопатиями, из которых 35 детей с СтАо, 29 детей с АоКо и 7 детей с ДАК. Средний возраст составил $9,26 \pm 0,82$ года. Из них 52 мальчика и 19 девочек. Этот образец был разделен на две группы: дети с ВАО с дилатацией аорты (группа I) и дети с ВАО без дилатации аорты (группа II).

Результаты. Подсчет оценки Z с помощью эхокардиографических данных позволили оценить диаметры аортальных сегментов, согласно Эхокардиографическим номограммам поверхности тела у детей. Дети, склонные к расширению или уже с расширением в аортальном сегменте были 42,2%, с оценкой $Z \geq 2$. Дети с АоКо развили расширение аорты в 50% случаев. 30% детей с расширенной аортой были те с СтАо с $\text{гд} > 30 \text{ мм/рт}$. В ДАК, 20% детей имели увеличенный диаметр. Один из 5 рассчитанных диаметров был диаметр кольца клапана: I группа $17,0 \pm 0,77$, и II группа $15,4 \pm 0,90$, $p > 0,05$. Диаметр корня аорты: I группа $26,03 \pm 1,24$ и $25,14 \pm 0,89$ II группа ($\text{Н } 19,8\text{--}25,8 \text{ (мм)}$). Диаметр дуги аорты: I группа $19,26 \pm 0,49$, II группа $15,73 \pm 0,63$, $p < 0,001$. Диаметры нисходящей аорты была в пределах $21,63 \pm 0,49$ у I группы и $18,0 \pm 0,72$ у II группы, $p < 0,001$.

Закключение. Подсчет оценки Z, которая включает диаметры аорты, оцененные эхокардиографически к поверхности тела, может служить предиктором развития осложнений у детей с ВАО. Дилатация аорты часто встречается у детей с ВАО, особенно с АоКо или СтАо.

63

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ КАК РИСК РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**Гаджиева Н. Н., Эюбова А. А., Панахова Н. Ф.***Азербайджанский медицинский университет, Баку*

Актуальность. Значительный рост частоты и более тяжелое течение аллергических болезней в педиатрической практике позволяют рассматривать эти факторы в качестве крупных медицинских и социальных проблем в современном обществе. В связи с этим особую роль играет выделение факторов риска, имеющих реальное значение в прогнозе развития заболевания и позволяющих на их основе планировать эффективные профилактические мероприятия.

Цель исследования: определение влияния метода родоразрешения на развитие пищевой аллергии и атопического дерматита у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. В настоящее исследование вовлечено 523 новорожденных детей с гестационным возрастом от 33–42 недели, которые были под наблюдением в 1, 6, 12, 18, 24, 30 и 36 месяцы жизни. В зависимости от метода родоразрешения были выделены 2 группы. Первую группу составили 324 (62%) ребенка, извлеченных оперативным путем, вторую группу — 199 (38%) детей, родившихся физиологическими родами. Диагноз пищевой аллергии и атопического дерматита выставлен на основании анамнестических данных, клинических проявлений и результатов исследования молекулярных маркеров аллергии (IgG1, CD 31).

Результаты. В 1 группе пищевая аллергия была диагностирована у 31% (101), тогда как атопический дерматит — у 62 детей (19%), при естественном родоразрешении эти показатели были значительно меньше — у 5 (2%) детей атопический дерматит ($p < 0,01$), у 26 (10%) — пищевая аллергия ($p < 0,05$). При анализе молекулярных показателей аллергии было выявлено достоверное повышение IgG1 у новорожденных, родившихся методом кесарева сечения ($p < 0,05$). В то время как CD 31 не отличалось статистически значимо в сравниваемых группах, о чем свидетельствует достоверное высокое значение молекулярного маркера.

Заключение. Кесарево сечение можно рассматривать как фактор риска развития аллергической патологии в раннем детском возрасте. Воспаление слизистой оболочки кишечника у новорожденных, родившихся посредством кесарева сечения, способствует повышению кишечной проницаемости и формированию пищевой аллергии.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОКЛЮША У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ г. МИНСКА

Галькевич Н. В., Прохорова П. И., Демьяненко Д. И.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Актуальность. Несмотря на проводимую в Республике Беларусь активную иммунизацию детей первого года жизни (более 98,5%), коклюш является инфекцией с прогнозируемым тяжелым течением в данной группе детей. Источником инфекции чаще всего являются либо непривитые от коклюша окружающие, либо привитые более 7–10 лет назад.

Цель исследования: оценить эпидемиологические особенности коклюша у госпитализированных детей 1 года жизни в г. Минске.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ заболеваний коклюшем 68 детей 1 года жизни, госпитализированных в УЗ ГДИКБ г. Минска в период 2016–2017 гг. Мальчики болели несколько чаще 54,4% против 45,6% девочек. Дети до 3 месяцев составили 39,7%, 4–6 месяцев 25%, 7–9 месяцев 11,8%, 10–12 месяцев 23,5%. Диагноз коклюша устанавливался на основании клинико-эпидемиологических данных, этиология была подтверждена методами ПЦР и ИФА.

Результаты. Большинство заболевших составили дети первого полугодия жизни (64,7%), в том числе 39,7% детей до 3 месяцев. Максимум заболеваемости пришлось на лето: июль 25% и август 17,7%. Несмотря на имеющиеся случаи длительного кашля у некоторых членов семьи, с направительным диагнозом «коклюш» были госпитализированы только треть пациентов (29,4%). Вероятными источниками инфицирования явились чаще всего семейные контакты (45,6%): один из родителей (13,24%), старшие дети (26,47%), несколько членов семьи (5,9%). В 48,5% случаев установить источник инфицирования не удалось. Не привитыми против коклюша были 39,7% детей первых 3 месяцев, 8,8% детей не привиты из-за отказа родителей, в 5,9% случаев причиной отказа от иммунизации явились медицинские показания.

Вывод. Высокая заболеваемость коклюшем детей первого года жизни, особенно детей первого полугодия и первых трех месяцев жизни, не получивших по возрасту полного курса профилактических прививок против коклюша, диктует необходимость пересмотра тактики вакцинации и более четкого подхода к своевременному выявлению всех заболевших в окружении младенцев.

65

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**Галькевич Н. В., Ширяева О. А.***Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

Актуальность. Несмотря на нечастую регистрацию, менингококковая инфекция остается одним из самых тяжелых заболеваний, особенно у детей младшего возраста.

Цель исследования: провести анализ течения менингококковой инфекции у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Ретроспективно проведена оценка клинической картины и лабораторных показателей у 14 детей раннего возраста с подтвержденной менингококковой инфекцией, госпитализированных в УЗ ГДИКБ г. Минска за период зима 2016 — весна 2017 гг.

Результаты. Средний возраст детей 16,11 мес (от 1,5 месяцев до 37 месяцев), среди них до 1 года — 6 (43%), от 1 года до 2-х лет — 6 (43%) и от 2-х до 3-х лет — 2 (14%); преобладали мальчики — 64%. Большинство случаев заболевания (9 — 64,3%) произошло весной, чаще в марте (3 случая) и мае (5 случаев). 9 пациентов обратились за помощью в 1-е сутки (64,3%), 3-е (21,4%) на 2-е сутки, один ребенок был госпитализирован на 3-и сутки от начала заболевания. В 12 случаях госпитализация была проведена силами СМП. Основная причина вызова гипертермия выше 39°C (64,3%), выраженная вялость на фоне гипертермии до 39°C (28,6%). Выбухание большого родничка выявлено у 1 ребенка, ригидность — у 5 детей. У 5 пациентов инфекция начиналась с петехиальной (3 случая) или папулезной (2 случая) сыпи, на которую родители не обратили внимания, у 8 пациентов отмечалась геморрагическая сыпь. Инфекция протекала во всех случаях в генерализованной форме, в том числе только у 1 ребенка в виде менингита, а в 13 случаях в виде менингококцемии в сочетании с менингитом/менингоэнцефалитом. Средняя длительность пребывания в стационаре составила $26,9 \pm 14,5$ суток, в том числе в ОИТР 15,23 дня (от 4-х до 52 дней). Исходом заболевания у всех пациентов было выздоровление.

Заключение. Устойчивая гипертермия, сопровождающаяся вялостью, при отсутствии выраженных катаральных явлений, появление любой сыпи всегда должны настораживать как врача, так и родителей в отношении возможной менингококковой инфекции, и являться показанием к немедленной госпитализации.

66

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ РАНЬШЕ СРОКА, НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Ганузин В. М., Маскова Г. С., Ермолина Е. А., Хрящёв А. А., Соколова З. А.

*Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль,
Российская Федерация*

Актуальность. Проблема недоношенности является одной из важнейших в неонатологии и педиатрии в целом. Недоношенными детьми в Российской Федерации, по данным статистического учета, рождаются от 4 до 10% детей. В Ярославской области недоношенные дети в среднем составляют 6–8% от всех новорожденных.

Цель исследования: анализ динамики физического развития детей, родившихся раньше срока в перинатальном центре города Ярославля.

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением в течение 12 месяцев находился 31 ребенок, рожденный при сроке гестации от 26–34 недель. Все дети не имели пороков развития и хронических заболеваний. Физическое развитие в декретированные сроки определялось методом Fenton TR (2003) и Roche Alex. F (1994).

Результаты. Выявлены особенности динамики длины и массы тела у детей в течение 12 месяцев. В возрасте от 1 месяца масса тела у 22,5% соответствовала «очень низкой» (ОН), у 16% «ниже среднего» (НС), а у 61,5% — средней (С). Длина тела в 1 месяц: ОН — 22%, НС — 9,6%, С — 62%, «выше среднего» (ВС) — 6,4%. В возрасте 12 месяцев показатели по массе тела составили: ОН — 13%, НС — 29%, С — 55%, ВС — 3%, а по длине тела: ОН — 6%, НС — 8%, С — 70%, ВС — 16%.

Заключение. Анализ полученных результатов свидетельствует, что к возрасту 12 мес только 70% детей, родившихся раньше срока, имеют среднюю длину и 55% среднюю массу тела. Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить, что в возрасте 1 года примерно одна треть недоношенных детей имеет дисгармоничное физическое развитие и требует особого внимания при их дальнейшей реабилитации.

**РОЛЬ АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА
В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ****Гараева С. З., Мамедова А. Э.***Азербайджанский медицинский университет, Баку*

Актуальность проблемы внутриутробных инфекций в педиатрии определена высоким уровнем перинатальной заболеваемости и смертности. Большая роль отводится факторам антенатального развития в реализации внутриутробных инфекций у новорожденных. Вероятность внутриутробного инфицирования плода значительно увеличивается при отягощенном соматическом и акушерско-гинекологическом анамнезе матери.

Цель исследования: изучение особенностей некоторых факторов риска акушерско-гинекологического анамнеза у матерей, родивших детей с внутриутробной инфекцией.

Пациенты и методы. Был изучен акушерско-гинекологический анамнез у матерей, родивших детей с внутриутробной инфекцией. В основную группу были включены 98 доношенных детей, рожденных с внутриутробной инфекцией. Контрольную группу составили 65 доношенных здоровых новорожденных.

Результаты. Выявлено, что в $10,1 \pm 2,4\%$ случаях у матерей основной группы отмечались мертворождения, выкидыши в $17,7 \pm 3,0\%$ и аборт в $8,2 \pm 2,2\%$ случаях. Тогда как в контрольной группе частота встречаемости мертворождений и самопроизвольных выкидышей статистически достоверно отличалась и была меньше $p < 0,001$.

Частоты встречаемости данных факторов риска изучались в зависимости от паритета беременности. Так, первая беременность у матерей основной группы завершалась мертворождением в $8,9 \pm 2,3\%$ случаях, выкидышами $12,7 \pm 2,6\%$, абортами в $5,7 \pm 1,8\%$ случаях. При второй беременности мертворождений не отмечалось, выкидыши отмечались в $4,4 \pm 1,6\%$ случаев, аборт в $1,3 \pm 0,9\%$ случаев. При третьей беременности отмечались лишь $1,3 \pm 0,9\%$ абортов. Полученные результаты имели статистически достоверную разницу с контрольной группой ($p < 0,001$).

Закключение. Полученные результаты показывают, что у женщин с беременностью, осложненной внутриутробным инфицированием плода, мертворождения, самопроизвольные выкидыши сроком до 12 недель в анамнезе могут являться одним из факторов риска реализации внутриутробной инфекции.

68

ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Гарина С. В., Богдашова Д. С., Евсеев С. И.

*Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева, Саранск,
Российская Федерация*

Актуальность. По данным медицинской статистики перинатальное повреждение ЦНС встречается почти у 70% детей первого года жизни. Оценка психомоторного развития детей с перинатальной энцефалопатией (ПЭП) необходима для грамотного подхода к реабилитации этих пациентов.

Цель исследования: изучить влияние перинатальной энцефалопатии на психомоторное развитие детей раннего возраста с помощью шкал оценки неврологического и психомоторного развития CAT/CLAMS и GMDS (Гриффитс).

Пациенты и методы. Были проанализированы истории болезней, проведено клиническое исследование психомоторного развития по шкалам CAT/CLAMS и GMDS (Гриффитс) 50 детей в возрасте от 2 до 10 месяцев, находившихся на обследовании и лечении в отделении патологии новорождённых детей ГБУЗ «ДРКБ» г. Саранска в 2016–2017 гг. В группу исследования вошли 27 детей с перинатальными поражениями ЦНС. Контрольную группу составили 23 ребенка, не имеющих этого диагноза.

Результаты. Оценка по шкале CAT/CLAMS выявила грубую задержку развития у 18% детей по шкале CAT (язык/речь) и CLAMS (решение задач) и у 40% по линии макромоторики у детей с ПЭП. При оценке развития по шкале GMDS задержка развития наблюдалась у половины детей исследуемой группы по линиям развития А (двигательная активность), В (социальная адаптация) и D (глаза и руки), у 74% по линии С (слух и речь), у 85% по линии Е (способность к игре). Средние значения коэффициента развития были достоверно ниже в исследуемой группе ($p \leq 0,05$).

Закключение. Полученные данные оценки психомоторного развития по шкалам CAT/CLAMS и GMDS (Гриффитс) подтверждают наличие более низкого коэффициента развития у детей с перинатальной энцефалопатией по сравнению со здоровыми детьми по всем линиям развития, позволяют выявить проблемные места и скорректировать развивающие занятия с детьми с ПЭП.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Герасимова А. М., Венгер А. Л., Афонина М. С.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Известно, что собственная внутренняя картина болезни у детей формируется постепенно под влиянием различных факторов. Своевременное определение особенностей внутренней картины болезни (ВКБ) позволит выявить детей, нуждающихся в психологической помощи.

Цель исследования: изучить особенности внутренней картины болезни детей младшего школьного возраста с бронхолегочной патологией.

Пациенты и методы. Анализ медицинской документации 30 младших школьников с бронхолегочной патологией и их родителей (30 матерей), беседа, методика «Рисунок человека» и «Я когда болею», методика «Три желания», методика диагностики отношения к болезни ребенка (ДОБР; В.Е. Каган, И. П. Журавлева), тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столин.

Результаты. Сочетание психологических особенностей ребенка (эмоциональное состояние, отношение к болезни, образ Я, особенности мотивационно-потребностной сферы) и умения родителя учитывать объективное состояние здоровья ребенка и ориентироваться на его психологические потребности определяют варианты ВКБ ребенка:

1. Адаптивный вариант ВКБ (23,4%). Ребенок находится в стабильном эмоциональном состоянии, не фиксирован на болезни, возможен широкий круг интересов. Матери реалистично оценивают физическое и эмоциональное состояние ребенка, учитывают его актуальные психологические потребности.
2. ВКБ с риском развития дезадаптации (66,6%). У ребенка наблюдается тревога и нестабильное эмоциональное состояние, формируется неадекватное отношение к болезни, сужается круг интересов и видов деятельности. Это является следствием непоследовательного стиля взаимодействия, при котором личностные и возрастные потребности ребенка в полной мере не учитываются родителями.
3. Дезадаптивный вариант ВКБ (10%). Ребенок находится в подавленном эмоциональном состоянии, сильно фиксирован на своем физическом состоянии, круг интересов узкий. Внимание родителей чрезмерно фиксировано на вопросах лечения, матери ориентированы на личные переживания, склонны транслировать свои тревоги ребенку, недооценивают или переоценивают его реальные физические возможности.

Заключение. Внутренняя картина болезни ребенка формируется под влиянием близких взрослых и отражает их отношение к болезни. Целью работы психолога является обучение матерей умению минимизировать негативное влияние своих переживаний относительно болезни на ребенка и умению ориентироваться на психологические потребности ребенка. Своевременное оказание медицинской и психологической помощи повышает комплаентность, оказывает положительное влияние на эмоциональное состояние ребенка и его семьи, улучшает состояние здоровья и качество жизни.

70

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПОПЛАЗИРОВАННОЙ И СМОРЩЕННОЙ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ СТАТИЧЕСКОЙ НЕФРОСЦИНТИГРАФИИ

**Герасимова Н. П., Комарова Н. Л., Сиденко А. В., Пономарчук И. Н.,
Шилова М. М.**

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Гипоплазия почки — врожденное состояние, при котором почка сохраняет нормальное строение и функционирование при меньших размерах органа. При сморщивании почки наблюдается как уменьшение размера, так и снижение ее функциональной активности. Своевременная и правильная дифференциальная диагностика определяет тактику ведения пациента.

Цель исследования: определение количества функционирующей паренхимы в единице объема почки у пациентов с уменьшенной почкой.

Пациенты и методы. Статическая нефросцинтиграфия позволяет определить индекс интегрального захвата, что соответствует количеству функционирующей паренхимы, измерить объем почки и распределение функциональной активности. Отношение индекса интегрального захвата к объему почки дает возможность определить удельную активность, т.е. количество функционирующей паренхимы в единице объема. Исследование проводилось детям с уменьшенной почкой.

Результаты. При проведении статической нефросцинтиграфии определялись форма, размеры, взаиморасположение почек, очаговый или диффузный характер поражения паренхимы, индекс интегрального захвата, объем и удельная активность. У детей с гипоплазированной почкой удельная активность определялась в пределах должных значений. При сморщивании почки показатель удельной активности выражено снижался.

Заключение. Статическая нефросцинтиграфия малоинвазивный метод диагностики, не требующий специальной подготовки и седации ребенка. Данный метод дает уникальную информацию о функциональной активности почки и позволяет провести дифференциальную диагностику гипоплазированной и сморщенной почки, что позволяет определиться с правильной тактикой ведения пациента и прогнозом течения заболевания.

71

ФУНКЦИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ДО И ПОСЛЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ СЕГМЕНТАРНОЙ ОЦЕНКЕ РАДИОНУКЛИДНЫХ ИЗОБРАЖЕНИЙ**Герасимова Н. П., Комарова Н. Л., Сиденко А. В., Пономарчук И. Н., Зоркин С. Н., Акопян А. В.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время, ни один из применяемых диагностических тестов не обладает абсолютной прогностической ценностью. Сегментарная оценка кортикального транспорта и уродинамики при динамической ангиофросцинтиграфии позволяет выявить локальные нарушения в различных отделах органа.

Цель исследования: оценить воздействие ударной волны при дистанционной литотрипсии на здоровую и пораженную почки с использованием сегментарной оценки при динамической ангиофросцинтиграфии.

Пациенты и методы. Проанализированы динамические ангиофросцинтиграммы у 38 детей (25 — девочек, 13 — мальчиков, средний возраст — 12 лет) с мочекаменной болезнью. Выполнялось построение кривых активность — время с минимального участка изображения для следующих динамических показателей: перфузия, кортикальный транспорт, уродинамика. Исследование выполнялось до и после дистанционной литотрипсии.

Результаты. У 76% пациентов после литотрипсии локальных нарушений функции почек выявлено не было. В 24% случаев, при нормальной общей ангиофросцинтиграмме, были выявлены локальные участки затруднения кортикального транспорта и замедление уродинамики, с задержкой радиофармпрепарата на уровне чашечек, в первые трое суток после литотрипсии, которые могут быть объяснены транзиторными обструктивными явлениями в связи с отхождением фрагментов конкремента. После выполнения литотрипсии были выявлены транзиторные рефлюксы у пяти здоровых почек и трех с конкрементами. У всех пациентов, после выполнения литотрипсии отмечалось улучшение перфузии. В шести случаях были выявлены рефлюксы в здоровую почку (при исследовании до литотрипсии), которые после проведения литотрипсии не были выявлены.

Заключение. Углубленный сегментарный анализ динамических ангиофросцинтиграмм имеет большое диагностическое значение для контроля состояния функции почек в ранние и отдаленные сроки после дистанционной литотрипсии. Позволяет выявить локальные функциональные нарушения.

72

ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ГОРОДСКИХ ШКОЛЬНИЦ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ

Гладкая В. С., Грицинская В. Л.

*Хакасский государственный университет имени В. Ф. Катанова, Абакан,
Российская Федерация*

Актуальность. Физическое развитие (ФР) подростков отражает как общее состояние их организма, так и адекватность питания и условий среды проживания.

Цель исследования: определить этнические особенности ФР школьниц, проживающих в промышленном центре Республики.

Пациенты и методы. В рамках диспансеризации подростков в г. Черногорске обследовано 1132 девочки в возрасте от 12 до 15 лет (1 группа 634 хакаски; 2 группа 498 русских). Оценка гармоничности ФР проведена в соответствии с рекомендациями ВОЗ («WHO Growth Reference 2007») по центильной шкале для показателей body mass index (BMI). Определение компонентного состава тела осуществлялось по формулам Matiegka (1921 г.).

Результаты. Гармоничное ФР (15–85 центили BMI) определено у $54,1 \pm 1,5\%$ школьниц: у $56,3 \pm 1,9\%$ хакасок и $51,3 \pm 2,2\%$ русских. Среди дисгармоничных вариантов ФР чаще регистрировалась избыточная масса тела (BMI выше 85 центиля) $29,1 \pm 1,3\%$ девочек; чаще у русских ($31,2 \pm 2,1\%$), чем у хакасок ($27,4 \pm 1,8\%$). Дефицит массы тела (BMI ниже 15 центиля) выявлен у $16,8 \pm 1,1\%$ учащихся; у $16,3 \pm 1,4\%$ хакасок и $17,5 \pm 1,5\%$ русских девочек. Не выявлено разницы содержания костного и жирового компонентов тела у девочек обеих этнических групп. У девочек-хакасок относительное содержание костного компонента составило $16,9 \pm 0,3\%$, а жирового — $21,6 \pm 0,4\%$; у русских школьниц $16,7 \pm 0,2\%$ и $22,0 \pm 0,5\%$ соответственно. Относительное содержание мышечной ткани было у русских девочек выше ($40,9 \pm 0,3\%$), чем у хакасок ($39,8 \pm 0,2\%$; $p < 0,05$).

Заключение. Проведенное скрининговое обследование школьниц выявило высокую распространенность дисгармоничного ФР. Необходимо продолжить углубленное обследование подростков с целью анализа причин, вызывающих отклонения в росте и развитии подрастающего поколения Республики.

73

ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА ФИЗИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ**Глушко Ю. В.***Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки*

Актуальность. Длительный стресс вызывает истощение компенсаторных механизмов организма. Одним из критериев определяющим состояние адаптационных возможностей ребенка являются физиометрические показатели здоровья.

Цель исследования: изучить значения основных физиометрических показателей, характеризующих функциональное состояние здоровья детей 7–9 лет, находившихся в зоне военных действий в регионе Донбасс.

Пациенты и методы. Обследовано 123 ребенка 7–9 лет, находившихся в зоне боевых действий в регионе Донбасс. Контрольная группа: 111 младших школьников, выезжавших за пределы региона. Оценивались показатели: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), мышечная сила — динамометрия; частота сердечных сокращений (ЧСС); артериальное давление (АД): систолическое (САД) и диастолическое (ДАД); проба Руфье.

Результаты. Оценка влияния стресса на функциональные параметры дыхательной системы показала снижение ЖЕЛ у детей испытывавших стресс военных действий ($p < 0,05$). Разница средних показателей ЖЕЛ у мальчиков исследуемых групп составила 12,3%, а у девочек 18,96% в сравнении с контролем. Зарегистрировано снижение как мышечной силы рук, так и становой силы в основной группе, с наибольшей разницей среди мальчиков ($p < 0,05$). ЧСС в основной группе у девочек составила $90,57 \pm 0,48$ уд/мин., а у мальчиков $89,91 \pm 0,42$ уд/мин., что больше чем в контроле на 5,2%, и 5,5% соответственно. У детей перенесших стресс наблюдалась тенденция к повышению АД. Так значительно на 2,9% преобладало САД и на 5,6% ДАД. Проведение пробы Руфье определило менее устойчивую физическую работоспособность сердечно-сосудистой системы у детей после стрессовой ситуации, что отразилось в преобладании индекса Руфье на 25,5%.

Закключение. Установлено статистически достоверно значимое снижение ЖЕЛ и силовой выносливости у детей испытывавших стресс, а также увеличение ЧСС, АД и индекса Руфье ($p < 0,05$). Это свидетельствует о снижении функциональных возможностей детского организма и обуславливает необходимость проведения реабилитационных мероприятий.

ОСОБЕННОСТИ РОСТОВЫХ ПРОЦЕССОВ У СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ МОСКВЫ

Година Е. З., Хомякова И. А.

Научно-исследовательский университет и музей антропологии Московского государственного университета имени М. В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Исследования ростовых процессов у школьников Москвы в контексте современных мировых тенденций, характеризующихся стабилизацией продольного роста и полового созревания при одновременном увеличении массы тела и жирового слоя.

Цель исследования: изучение особенностей ростового процесса у современных школьников Москвы в ходе сравнительного анализа материалов обследования детей и подростков в разных временных срезах.

Пациенты и методы. Использовались данные комплексных антропологических обследований детей и подростков, проводимых в 2012–2016 гг. в различных школах Москвы. Общая численность: 1800 мальчиков и девочек 7–17 лет. Полученные материалы сравнивались с данными 1996–1999 гг. (2300 детей от 7–17 лет). Программа обследования включала 30 морфологических признаков и определение биологического возраста. Математическая обработка данных проводилась с помощью стандартного пакета Statistica 10. Использовались Т-критерия Стьюдента, непараметрический тест Манна-Уитни, проводился дисперсионный анализ. Средний возраст появления вторичных половых признаков определяли пробит-методом.

Результаты. Установлено, что современные школьники превосходят детей, обследованных в 1996–1999 гг., по длине, массе тела и ВМІ. Отмечено изменение пропорций тела современных детей в сторону увеличения длины туловища и уменьшения длины ноги, а у мальчиков уменьшение ширины плеч относительно длины тела. Выявлены достоверные различия по величинам обхватных размеров и показателям подкожного жировоголожения. Для современных мальчиков и девочек характерно увеличение подкожного жировоголожения в области спины и живота. По уровню половой зрелости подростки 2012–2016 опережают своих сверстников в среднем на 1 год. У девочек различия по среднему возрасту менархе составляют 3 месяца.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о продолжающихся процессах секулярного тренда у школьников Москвы. В большей степени секулярные тенденции проявились в изменении формы и пропорций тела, в увеличении и распределении подкожного жирового слоя и более ранних сроках полового созревания.

75

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА И РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА:
ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ
ЛЕЧЕНИИ****Гончарова Т. С., Савчук Д. В., Плетницкая Н. А.***Министерство здравоохранения Ростовской области, Ростов-на-Дону,
Российская Федерация*

Актуальность. Увеличение числа детей-инвалидов и несовершенство законодательной системы приводит к появлению проблем их лекарственного обеспечения.

Цель исследования: определение роли врача-педиатра участкового в системе льготного лекарственного обеспечения.

Пациенты и методы. Для исследования были взяты дети, получающие льготное лекарственное обеспечение по федеральной льготе Пролетарского района г. Ростова-на-Дону и прикрепленные к МБУЗ «Детская городская больница № 1 г. Ростова-на-Дону». Методы: теоретический, сравнительный анализы, мониторинг.

Результаты. Для анализа было взято 2 периода: 2014 и 2017 гг., что связано с изменением законодательства РФ и РО. За указанный период количество отпущенных рецептов по федеральной льготе в МБУЗ возросло на 54% (2014 г. — 891 рецепт, 2017 г. — 1380 рецептов), число детей-инвалидов, получивших лекарственные препараты по федеральной льготе, увеличилось на 29% (51 ребенок в 2014 г. и 66 детей в 2017 г.). Уменьшилось число детей-инвалидов, ставших на путь монетизации льгот, тем самым снижавших финансовую наполняемость программы. В 2014 г их количество составляло 68,6%, а в 2017 г. — 13,2%. что связано с изменением роли врача-педиатра участкового в работе с детьми-инвалидами. В 2014 г роль педиатра сводилась лишь к выбору препарата из списка ЖНВЛП и препаратов, закупленных Фармуправлением МЗ РО. Эти препараты поступали с задержками из-за длительности конкурсных процедур закупки. В 2017 г. в МБУЗ врач-педиатр участковый несет всю ответственность за назначение и выписку препаратов. При этом контроль и наблюдение за состоянием здоровья, прикрепленных детей-инвалидов, взаимодействие с внештатными специалистами, выявление неблагоприятных и побочных действий дженериков, позволяет врачам-педиатрам подбирать наиболее эффективные лекарственные препараты.

Заключение. Личная ответственность врача-педиатра участкового за льготное лекарственное обеспечение детей-инвалидов, работа с заявкой медицинской организации и выпиской лекарственных препаратов является залогом успешного лечения.

76

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОЖНОСТИ У СТАРШЕКЛАССНИКОВ

Гончарова Д. Г.

*Воронежский государственный педагогический университет, Воронеж,
Российская Федерация*

Актуальность. Современный подросток находится в обществе, которое быстро развивается и меняется как в технологическом, так и в нравственном и социальном плане, что сказывается на развитии его личности. Эмоциональное расстройство подростка находится в центре особого интереса школьных психологов, педагогов, родителей. Быстрая и качественная диагностика данного расстройства, правильные коррекционные меры смогут снизить риск проявления нежелательных тенденций в формировании личности.

Цель исследования: изучить особенности распространения депрессии и тревожности в школьной среде на примере учащихся одной из школ г. Воронежа.

Пациенты и методы. Среди учащихся старших классов общеобразовательной школы в возрасте от 15 до 17 лет (всего 50 человек) было проведено исследование с помощью методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга и шкалы самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина.

Результаты. Уровень депрессии в течение учебного года изменяется. Если в начале учебного года преобладало состояние без депрессии у 48%, то в последней четверти лидирующие позиции занимает легкая депрессия у 52%. Уровень тревожности в течении учебного года также претерпевает изменения: в начале учебного года преобладает умеренный уровень реактивной тревожности 68% и высокий уровень личностной тревожности 52%, а в последней четверти лидирующие позиции занимает высокий уровень личностной тревожности 58%, а процент учащихся с умеренной реактивной тревожностью снижается до 64%.

Заключение. Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать предположение, что учебная нагрузка способствует появлению признаков депрессии у учащихся, что негативно сказывается и на здоровья школьника. Необходима разработка элективных курсов, которые позволят учащимся изучить личностные особенности, повысить психологическую компетентность и устойчивость, сформировать позитивное отношение к самому себе.

МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ КАК ПРЕДИКТОР АРИТМИЙ

Горбунова А. В., Бердникова Е. В., Санталова Г. В.

*Самарский государственный медицинский университет, Самара,
Российская Федерация*

Актуальность. Нарушения ритма сердца среди заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей занимает одно из первых мест. Выбор тактики ведения пациентов зависит от множества факторов риска развития неблагоприятных последствий, в том числе от риска развития ремоделирования миокарда. Анализ данных эхокардиографии (ЭХОКГ) позволяет оценить какие именно малые аномалии развития сердца (МАРС) сочетаются с ремоделированием миокарда у детей с аритмиями.

Цель исследования: определить связь малых аномалий развития сердца с аритмиями у детей с СВД.

Пациенты и методы. В течение 2013–2016 гг. на базе Самарского областного клинического кардиологического диспансера было обследовано 140 детей (13–17 лет) с нарушениями ритма сердца на фоне синдрома вегетативной дистонии (СВД). Они вошли в основную (1) группу. По нозологии пациенты распределились следующим образом: 55 детей с диагнозом желудочковая экстрасистолия (ЖЭС), 30 детей — суправентрикулярная экстрасистолия (СЭС), 30 детей — атриовентрикулярная блокада (АВБ) и 25 детей — синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (ВПУ). 2 группа (12–17 лет) была сформирована из 45 детей с СВД без нарушения ритма. Детям обеих групп проводилась электрокардиография (ЭКГ), оценка данных ЭХОКГ по стандартным таблицам с помощью вычисления Z-факторов для основных анатомических структур сердца по критериям Devereux R. и Maron B.J. Статистическая обработка проводилась с использованием таблиц сопряженности с вычислением непараметрическими методами коэффициента Стьюдента и критерия χ^2 . Различия между величинами считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Анализ данных ЭХОКГ исследований показал высокую частоту встречаемости малых аномалий развития сердца (МАРС) у детей с нарушениями ритма и проводимости (82%) по сравнению с контрольной группой (12%). При проведении статистической обработки с группой контроля, достоверными оказались дополнительные трабекулы в ПП, ПЖ и ЛЖ, пролапс ТК и МК, погранично узкий корень аорты ($p < 0,05$).

Заключение. Обнаружение МАРС у детей с СВД свидетельствует о необходимости формирования группы риска по возникновению аритмий.

78

МАЛЬАБСОРБЦИЯ ЛАКТОЗЫ У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Гордеева И. Г., Намазова-Баранова Л. С., Макарова С. Г., Комарова Е. В.,
Лохматов М. М., Сурков А. Н.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Лактазная недостаточность (ЛН) может возникать вторично на фоне любых патологических процессов с вовлечением тонкого кишечника. В последние годы растет число детей с подтвержденной ЛН при различных заболеваниях, что обуславливает актуальность дальнейшего изучения частоты ЛН у детей с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК).

Цель исследования: изучение частоты мальабсорбции лактозы у детей с ВЗК и ее возможной взаимосвязи с клиническими и эндоскопическими симптомами.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 184 ребенка от 1 до 17 лет без явных клинических признаков ЛН: группа 1 — Болезнь Крона (БК) (n = 96); группа 2 — неспецифический язвенный колит (n = 88). Всем детям методом Lactose Intolerance quick test (LIQT) выполнено исследование биоптатов слизистой оболочки тощей кишки, взятых при гастроскопии, проведенной в рамках лечебно-диагностической программы по основному заболеванию. Тест основывается на способности биоптатов расщеплять лактозу на глюкозу и галактозу, содержание глюкозы определяется при помощи хромогенов. Оценка результатов производится посредством двадцатиминутного сравнения цветовой реакции со стандартной хроматической таблицей. Все дети приняли участие (анкетирование) в анамнестическом скрининге «пищевая аллергия».

Результаты. Из всех обследованных детей, наиболее выраженные нарушения отмечались у пациентов с БК, с преимущественным поражением тонкой кишки. В группе 1 нормолактазия отмечалась у 20 детей (21%), умеренная гиполактазия у 36 (37%) и тяжелая в 40 (42%) случаях; в группе 2 — 34%, 33% и 33% случаев соответственно. По результатам анкетирования у 50% детей имелись данные за аллергию к белку коровьего молока (АБКМ), пищевая аллергия в анамнезе — у 19%. Однако, большинство родителей не указывали на наличие АБКМ у ребенка.

Заключение. Учитывая результаты LIQT и скрининг-анкетирования, можно сделать выводы о необходимости исследования активности лактазы и аллергологического обследования для оптимизации диетотерапии у этих групп больных.

ОСОБЕННОСТИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**Гузик Е. О.***Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск*

Актуальность. Неблагоприятные тенденции смертности и рождаемости, постарение нации инициируют необходимость систематической оценки медико-демографической ситуации для планирования стратегии профилактики, направленной на охрану здоровья.

Цель исследования: оценка тенденций демографической ситуации детского населения в Республике Беларусь (РБ).

Пациенты и методы. Анализ демографических данных на основании статистической отчетной формы 1 дети Минздрав (2007–2016 гг.).

Результаты. На конец 2016 г. численность детей в возрасте от 0 до 17 лет (далее дети) в РБ 1865097 человек и составляет 19,6% от всего населения республики. Максимальное количество детей в г. Минске и Брестской области (20,0% и 16,0% детей республики). За последние 10 лет в РБ динамика численности детей характеризуется отсутствием выраженной тенденции роста или снижения ($r = -0,36$, $T_{пр} = -0,26\%$). Наиболее значительная абсолютная убыль наблюдалась в 2008–2009 гг., что обусловлено значительными различиями в уровне рождаемости в 1990–1991 гг. и 2008–2009 гг., составляя 11,1–11,5 и 14,0–13,0 на 1000 населения, что не позволило обеспечить воспроизводство детского населения при переходе более многочисленной группы подростков, родившихся в 1990–1991 гг. в группу взрослого населения. За последние 10 лет только в г. Минске наблюдается устойчивая тенденция роста численности детей, в остальных регионах рост данного показателя с 2013 г. На конец 2016 г. численность детей в Витебской и Могилевской областях на 12,1–12,7% ниже данных десятилетней давности.

Расчет прогнозных показателей свидетельствует, что к концу 2019 г. численность детей увеличится в г. Минске на 8,5%, в Гродненской области на 10,8%, в Минской на 11,6%, Гомельской на 9,4%, Могилевской на 8,9%, Витебской на 1,9%, Брестской на 3,9%. Вероятно, к концу 2019 г. в РБ по сравнению с 2016 г. прирост детей составит 10,2%.

Заключение. Полученные результаты необходимо учитывать при планировании мероприятий, направленных на охрану здоровья детей.

СОЗДАНИЕ БЛАГОПРИЯТНОЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Гузик Е. О., Малахова А. А.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Актуальность. В Республике Беларусь проблема сохранения здоровья детей рассматривается как составная часть национальной безопасности.

Цель исследования: обобщить деятельность, реализуемую в республике, по охране здоровья учащихся.

Пациенты и методы. Выполненные за последние 10 лет мероприятия по здоровьесбережению.

Результаты. В настоящее время в учреждениях общего среднего образования (УОСО) создаются благоприятные условия для оптимального роста и развития детей: с учетом современных требований разрабатываются нормативные правовые акты, определяющие требования к условиям в учреждениях, нормируется учебная нагрузка, рациональный режим труда и отдыха, выполнен значительный объем работы по обеспечению санэпидблагополучия для учащихся:

- вводятся в эксплуатацию новые школы;
- более чем в 10 раз уменьшилось количество УОСО, нуждающихся в проведении капитальных ремонтов;
- в 95% общеобразовательных учреждений приведена в соответствие с нормами искусственная освещенность;
- более чем в 80% учреждений проведены капитальные ремонты санитарных узлов;
- регулярно приобретаются ученическая мебель, парты, конторки;
- для улучшения материально-технической базы пищеблоков учреждений образования выполнены капитальные ремонты, решаются проблемы их обеспечения горячей проточной водой, приобретено на каждое учреждение в среднем около 5 единиц торгового и технологического оборудования.

Проводимые мероприятия способствуют формированию благоприятной внутришкольной среды. Для создания единой системы здоровьесбережения в УОСО в настоящее время в республике реализуются межведомственные информационные проекты «Школа — территория здоровья», которые включены в Государственную программу «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг.

Заключение. Реализация проектов позволяет объединить разноректорные усилия всех участников образовательного процесса (учащиеся, родители, педагоги и медицинские работники) по здоровьесбережению и будет способствовать более эффективному использованию ресурсов, направленных на охрану здоровья.

ПРОГРАММА ПО ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЛАКТОСТАЗА

**Гуменюк О. И., Позднева М. А., Гамзалаева Р. Р., Иванова А. В.,
Прокофьева И. Ю., Черненко Ю. В.**

*Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация*

Актуальность. Лактостаз остается одной из наиболее актуальных проблем в педиатрии. Заболевание характеризуется большой распространенностью на любом этапе лактации и зачастую служит причиной отказа от грудного вскармливания.

Цель исследования: оценка эффективности программы по лечению и профилактике лактостаза.

Пациенты и методы. В программу включены 123 лактирующие женщины в возрасте в возрасте 16–40 лет. На I этапе изучены распространенность, причины и методы коррекции, на II этапе — оценка эффективности программы по лечению и профилактике лактостаза.

Результаты. Средний возраст опрошенных составил $32 \pm 7,3$ года. Преобладали женщины, имеющие одного ребенка (63%) и высшее образование (61%). Лактостаз имел место у 65% женщин. Основными причинами застоя молока стали неправильная организация грудного вскармливания (35%) и стресс матерей (50%). Ранги обращения за помощью: 1. Родственники, знакомые (48%); 2. Участковые педиатры (32%); 3. Гинеколог (10%); 4. Маммолог, хирург (по 5%); 5. Другое (поиск информации в интернете, медицинской и популярной литературе) — по 1%. Женщинам были предложены памятки с информацией о причинах и рациональных немедикаментозных способах борьбы с лактостазом, схемами правильного прикладывания ребенка к груди и схемами прикладывания ребенка при лактостазе, а также рекомендован просмотр видеоряда из репродукций художников с изображением кормящих женщин (арт-терапия) и прослушивание классических и фольклорных мажорных произведений в течение трех месяцев. При контрольном анкетировании 65% женщин указали на положительный эффект арт-терапии при стрессовых ситуациях, 77% респонденток отметили эффективность прослушивания произведений в тональности «до мажор» во время кормления (лучший захват ребенком соска и интенсивнее сосательные и глотательные движения).

Заключение. Лактостаз наиболее часто встречаемая проблема периода лактации, с которой каждая третья женщины обращается к педиатру. Это диктует необходимость разработки и внедрения эффективных лечебных и профилактических программ в педиатрическом звене здравоохранения.

82

**УЧАСТИЕ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ШКОЛЬНОГО
МЕДПЕРСОНАЛА В ИНФОРМИРОВАНИИ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ
СТОРОН О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Гурьев А. В.

*Научно-исследовательский институт организации и информатизации
здравоохранения, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. В зависимости от региона РФ показатель детей, относимых к категории практически здоровых, находится в диапазоне от 8% до 36%. Численность детей, имеющих риск хронической патологии и функциональные нарушения, колеблется от 46% до 57%. Начальным этапом работы по охране здоровья детей является информирование о существовании и круге обязанностей специализированных учреждений и служб в системе общественного здравоохранения РФ.

Цель исследования: оценить степень информированности участников образовательного процесса о мерах по здоровьесбережению детей.

Пациенты и методы. Анкетирование организовано в СОШ № 5 г. Реутова Московской области у родителей учащихся 5–6 классов ($n = 115$) и 10–11 классов ($n = 73$); учащихся 5–6 классов ($n = 128$) и 10–11 классов ($n = 93$). Статистическая обработка проводилась в программе Microsoft Excel 2013; рассчитывался показатель (в %) и критерий Стьюдента при критическом уровне значимости гипотез $p < 0,05$.

Результаты. В 100% случаев родители учащихся 5–6 и 10–11 классов не были осведомлены о прикреплении их ребенка к ЦЗД. Узнав о существовании ЦЗД случайным образом, за консультативно-диагностической помощью туда обратились 1,7% родителей учащихся 5–6 классов и 9,4% родителей учащихся 10–11 классов. Рекомендации о медицинском сопровождении ребенка получили 0,9% респондентов в 5–6 классах и 7,5% в 10–11 классах. Показатель учащихся, не получающих информацию от школьного медперсонала? более 90%; от школьного психолога 93% учащихся 5–6 классов и 100% учащихся 10–11 классов. Знают о существовании местных ЦЗД 59,1% учащихся 5–6 классов и 35,8% 10–11 классов ($p < 0,05$); показатель обратившихся туда (в сопровождении родителей) отмечается только для учащихся 5–6 классов 6,1%.

Заключение. Констатируется отсутствие систематической работы по информированию участников образовательного процесса о существовании и возможностях ЦЗД; неудовлетворительно налажена обратная связь обучающихся и взрослых членов их семей со школьным медперсоналом.

83

МОНИТОРИНГ КЛЮЧЕВЫХ ИНДИКАТОРОВ ИНИЦИАТИВЫ ВОЗ/ЮНИСЕФ «БОЛЬНИЦА, ДОБРОЖЕЛАТЕЛЬНАЯ К РЕБЕНКУ» НА ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЛМЫКИЯ**Дакинова Л. Н.***Перинатальный центр имени О. А. Шунгаевой, Калмыкия, Элиста,
Российская Федерация*

Актуальность. Грудное вскармливание, начатое в первые 30–60 минут после рождения, контакт «кожа-к-коже» в первые 60–120 минут, кормление по требованию, совместное пребывание в акушерском стационаре, исключительно грудное вскармливание до 6 месяцев жизни, грудное вскармливание до 12–24 месяцев позволяют облегчить состояние детей во время периода адаптации и улучшить прогноз дальнейшего физического и нервно-психического развития, предупреждает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, ожирения и сахарного диабета 2-го типа, бронхолегочных заболеваний.

Цель исследования: оценить уровень исключительно грудного вскармливания и грудного вскармливания на фоне внедрения принципов Инициативы «Больница, доброжелательная к ребенку» (ИБДР) в практику учреждений родовспоможения и детства.

Пациенты и методы. Проводился мониторинг ключевых индикаторов, рекомендованных ВОЗ и НПЦ по пропаганде, поддержке грудного вскармливания МЗ РФ за 2000–2016 гг. по данным медицинских учреждений республики. Регистрация характера вскармливания проводилась в «Учетной форме питания новорожденного», в ф. 097у и в «Учетной форме питания ребенка от 0–24 месяцев».

Результаты. Уровень новорожденных с контактом «кожа-к-коже» возрос до 57,5%; с исключительно грудным вскармливанием с момента рождения до выписки до 60,2% и к выписке до 97,2%; на совместном пребывании с рождения до 60,2% и на момент выписки до 97,2%. Распространенность исключительно грудного вскармливания к 6 месяцам к 2016 г. составила 84,6%, грудного вскармливания в 12 месяцев — 87,3%, в 24 месяца — 7,9%.

Заключение. Таким образом, внедрение принципов ИБДР способствует повышению уровня и продолжительности исключительно грудного вскармливания в 6 месяцев и грудного вскармливания до 12–24 месяцев. Для укоренения принципов ИБДР необходим четкий мониторинг ключевых индикаторов.

РОЛЬ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ БУДУЩЕГО РЕБЕНКА

Дакуко А. Н., Кривцова Л. А.

*Омский государственный медицинский университет, Омск,
Российская Федерация*

Актуальность. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) встречается в практике врача педиатра с частотой от 9,8 до 35,7%. Клинические проявления ДСТ разнообразны, и врач порой не способен распознать в них единую системную патологию. Ранняя диагностика маркеров соединительнотканых нарушений позволяет провести своевременную профилактику развития осложнений и замедлить прогрессирование патологии.

Цель исследования: определить состояние здоровья новорожденных детей от женщин с ДСТ и выявить группу детей раннего возраста, нуждающихся в комплексной реабилитации.

Пациенты и методы. На базе БУЗОО «ГКПЦ» проведен анализ течения беременности и срочных родов у 97 пациенток (76 — с ДСТ, 21 — без ДСТ) с оценкой состояния здоровья новорожденных на основании клинического осмотра, стандартных лабораторных и инструментальных методов исследования. На базе БУЗОО «ОДКБ» проводилось динамическое наблюдение этих детей с оценкой маркеров ДСТ по специальной шкале.

Результаты. В I группе женщин определялось более 5 маркеров ДСТ: деформация позвоночника, ПМК, ВСД, миопия, астигматизм. Во II группе не более 5 маркеров ДСТ. В структуре осложнений беременности в I группе отмечались многоводие, низкая плацентация, ППН, а у 97% женщин II группы было физиологическое течение беременности ($p < 0,05$). У новорожденных детей из I группы установлено преобладание церебральной ишемии 2–3 ст., асфиксии, ЗВУР ($p < 0,05$). При этом средние значения массы тела этих новорожденных оказались наименьшими. Маркеры ДСТ определялись только у детей, рожденных от женщин с ДСТ. При динамическом наблюдении выявлено прогрессирование отставания в физическом развитии детей I группы с 6 месяцев жизни, а к 1,5 годам у них сформировались диагностически значимые маркеры ДСТ: плоско-вальгусная установка стоп, деформация грудной клетки, умеренная ГМС ($p < 0,05$).

Заключение. Наличие у матери ДСТотягощает течение беременности, родов и состояние здоровья новорожденного. У детей определена этапность формирования ДСТ в разные возрастные периоды. Такие дети требуют особого наблюдения, своевременную диагностику, профилактику прогрессирования ДСТ с первых дней жизни.

85

**ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ
ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИЕЙ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ****Данилова М. Г.***Клинико-диагностический центр «Здоровье», Ростов-на-Дону,
Российская Федерация*

Актуальность. Отсутствие в литературе данных об ультразвуковых изменениях периферических нервных стволов при сахарном диабете 1 типа у детей.

Цель исследования: определить возможности ультразвукового исследования седалищного нерва при диабетической периферической полинейропатии у детей.

Пациенты и методы. Исследования проводились на ультразвуковом аппарате Mindray DC-8 pro, линейным и конвексным датчиками с диапазоном частот 6–14 МГц и 2–5 МГц соответственно, в В-режиме с применением цветового доплеровского и энергетического картирования. Были обследованы 10 детей 14–17 лет, страдающих сахарным диабетом 1 типа в течение 6–9 лет. Все пациенты имели клинические проявления диабетической периферической полинейропатии. Им было выполнено билатеральное ультразвуковое исследование седалищных нервов, а также проведена электронейромиография, подтверждающая наличие нарушений проводимости по исследуемым нервам.

Результаты. При исследовании седалищных нервов выявлено: повышение эхогенности нервных стволов в 100% случаев, значительная сглаженность интраневральной пучковой дифференцировки в 60% случаев, умеренная сглаженность интраневральной пучковой дифференцировки в 40% случаев. Также отмечалось увеличение площади поперечного сечения нервов (по сравнению с возрастной нормой): на уровне ягодичной складки: на 48%; в дистальном отделе, на 2 см проксимальнее бифуркации: на 77%.

В режиме цветового доплеровского и энергетического картирования в 100% случаев — полное отсутствие васкуляризации нервных стволов.

Заключение. Полученные результаты ультразвукового исследования дают возможность оценки изменений седалищных нервов при сахарном диабете 1 типа с развитием диабетической периферической полинейропатии у детей, однако ввиду малого количества наблюдений необходимо дальнейшее исследование данной группы пациентов.

86

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ДИАГНОЗОМ: ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Дарбинян Е. Б., Широкова Е. А.

Норильская межрайонная детская больница, Норильск, Российская Федерация

Актуальность. Во многих странах мира согласно проведенному скринингу по наиболее часто встречающемуся дефициту фермента 21-гидроксилазы (в 95% случаев) установлена заболеваемость этой формы патологии ВДКН, которая в классическом варианте встречается в общей популяции у 1 на 14199 новорожденных. Изучение когорты детей с ВДКН в Великобритании показало, что смертность среди них была в три раза выше. В США заболеваемость составляет 1 на 15000 новорожденных. Количество мужчин и женщин определяется в соотношении 1:1.

Цель исследования: обобщение собственного опыта ведения детей с врожденной дисфункцией коры надпочечников (ВДКН) для оценки важности своевременной диагностики указанной патологии, с целью обеспечения оптимальных показателей физического и полового развития, в том числе репродуктивного здоровья.

Пациенты и методы. В период с 2004 по 2015 гг. на базе КГБУЗ «Норильская межрайонная детская больница» наблюдались 6 детей в возрасте от 0 до 14 лет с диагнозом: Врожденная дисфункция коры надпочечников (2 мальчика, 4 девочки), из них 3 ребенка не проходили неонатальный скрининг на ВДКН (дети 2001–2002 года рождения). Исследовался гормональный статус (17-ОН-Прогестерон крови, АКТГ, активность ренина плазмы, половые гормоны), показатели электролитного обмена (калий, натрий), темпы физического, полового развития.

Результаты. Особенностью ведения детей с ВДКН является полноценное и своевременное обследование. Необходимо проявлять настороженность во всех диагностически неясных случаях, особенно при рождении детей с нарушениями формирования пола. Обязательным является цитогенетическое исследование (определение кариотипа).

Закключение. Благодаря проведению неонатального скрининга на ВДКН диагностика заболевания возросла в 2 раза. Сокращение сроков постановки диагноза, своевременное назначение заместительной гормональной терапии, в конечном итоге, позволило обеспечить оптимальные показатели физического, полового развития, в том числе репродуктивного здоровья.

ДИЕТОТЕРАПИЯ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Деворова М. Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Пищевая аллергия является одним из актуальных проблем современной аллергологии. В мире более 26,8% детей раннего возраста страдают различными вариантами аллергических заболеваний (Башков Г. Д., 2015).

Цель исследования: изучить особенности диетотерапии при различных степенях тяжести пищевой аллергии у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Обследовано 78 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, страдающих пищевой аллергией. Из них у 33 (42,3%) диагностирован атипичный дерматит, у 23 (29,5%) — респираторные аллергии, у 22 (28,2%) — острая крапивница. Методы исследования включали: сбор и анализ анамнестических данных, общее клинические лабораторные и иммунологические исследования.

Результаты. Исследования показали, что у данных пациентов отмечается гиперчувствительность к белкам коровьего молока 26 (33,3%), яичному желтку 18 (23,1%), яичному белку 21 (26,9%), рыбе 13 (16,7%), другим пищевым продуктам 37 (47,4%), при этом отмечали сочетание к нескольким пищевым ингредиентам у половины пациентов. Была разработана комплексная диетотерапия с учётом возрастных потребностей в пищевых ингредиентах пациентов, совместно с медикаментозной терапией. Особое внимание уделяли использованию кисломолочных продуктов, содержащих бифидобактерии и лактобациллы. При назначении прикорма детям, учитывали: выбор оптимальных сроков его введения, индивидуальный подбор продуктов и обеспечение возрастных физиологических потребностей в макро- и микронутриентах, с использованием гипоаллергических смесей на основе гидролизатов белка и соевых смесей. Результаты исследования показали, что применение разработанной нами диетотерапии с учётом тяжести и клинической формы пищевой аллергии, способствует снижению клинического проявления на 78,9% по отношению к общепринятым стандартам лечения данной патологии.

Заключение. При организации питания для детей дошкольного возраста с пищевой аллергией, следует учитывать тяжесть и клиническую форму пищевой аллергии, возрастные потребности в пищевых ингредиентах, с одновременным введением медикаментозной терапии.

88

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ТЕРРИТОРИИ МО г. НОРИЛЬСК

Демидова О. В., Широкова Е. А.

*Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5, Красноярск,
Российская Федерация*

Актуальность. В отечественной наркологии под профилактикой понимается комплекс социальных, образовательных и медико-психологических мероприятий, направленных на выявление и устранение причин, способствующих распространению и употреблению психоактивных веществ (ПАВ), предупреждению развития зависимости.

Цель исследования: опыт работы с несовершеннолетними на территории МО г. Норильск показал необходимость начала профилактических мероприятий среди лиц, злоупотребляющих ПАВ на доклиническом и донологическом этапах. С этой целью создана программа «Наркология, приближенная к детям» — эффективная система взаимодействия по оказанию наркологической помощи детям и подросткам — реабилитационное пространство.

Пациенты и методы. Несовершеннолетние, наблюдающиеся в кабинете медико-социальной помощи КГБУЗ «Норильская межрайонная детская больница».

Результаты. Как первичное звено профилактики потребления ПАВ несовершеннолетними, раннего выявления семейного неблагополучия, признаков дезадаптации администрацией КГБУЗ «ККПНД № 5» внедрена фельдшерская служба, которая осуществляет деятельность в точках доступа к целевой группе. Выделена ставка врача психиатра-нарколога по обслуживанию несовершеннолетнего населения МО г. Норильск. Такое построение деятельности позволяет осуществлять мероприятия по первичной, вторичной, третичной профилактике потребления ПАВ.

Заключение.

1. Устранена главная опасность реабилитационного пространства — межведомственная разобщенность.
2. В работе используется индивидуальный подход с опорой на актуальные потребности несовершеннолетнего.
3. Внедряются современные методы раннего выявления потребления ПАВ несовершеннолетними.

ИЗМЕНЕНИЯ НАПРЯЖЕННОСТИ ИММУНИТЕТА ПО СРОКАМ ИММУНИЗАЦИИ**Демурчева И. В., Безроднова С. М., Батурин В. А.***Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,
Российская Федерация*

Актуальность. В XXI веке отмечается рост заболеваемости коклюшем во многих странах Европы и Америки, несмотря на высокий уровень привитости детей более 95–97%.

Цель исследования: выявление особенностей поствакцинального иммунитета к коклюшу, состояние иммунологической реактивности у детей в Ставропольском крае.

Пациенты и методы. Методы: анкетирование, общеклинические, серологические, иммунологические, статистические. Распределение детей по возрастам, было обусловлено вакцинальным статусом каждого ребенка.

Результаты. Оценка полученных данных в разных возрастных группах позволила установить, что среди обследуемых детей в возрасте от 1 года до 4 лет трехкратный вакцинальный комплекс получили 95% (5% входят в группу риска по коклюшу) и 82,5% из них получили ревакцинацию (17,5% не охвачены первой ревакцинацией). В возрастной группе от 5 до 9 лет трехкратно вакцинированы были 94,3% детей, 5,7% не охвачены трехкратной вакцинацией, из них ревакцинированы 88,5% (11,5 не имеют первую ревакцинацию). При серологическом обследовании детей в разные сроки после ревакцинации, низкий уровень противокклюшных антител был выявлен уже через 1–3 года после иммунизации у 34,3% детей. Эти дети находятся в группе риска по заболеваемости коклюшем, а защитные титры всего лишь у 50% (защитные титры от 1:160 до 1:320 у 53,8%); высокие титры у 15,7%, а через 4–6 лет после иммунизации — низкие титры у 30,8% обследованных; высокие — 15,4%.

Заключение. Возможно, наше исследование приведет к пересмотру существующих схем иммунизации детей, в сторону сокращения интервалов между ревакцинирующими дозами, и увеличения количества ревакцинирующих доз, а также следует подумать над разработкой схемы введения бустерных доз для подростков и взрослых людей, по примеру пожизненной вакцинации против дифтерии.

90

ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПРИ КАРДИОМИОПАТИЯХ

**Деревнина Ю. В., Басаргина Е. Н., Гордеева О. Б., Пушков А. А.,
Ботвиньева В. В.**

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Одной из частых форм кардиомиопатии (КМП) является дилатационная кардиомиопатия (ДКМП). Также развивается прогрессирующая хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Наиболее частым осложнением при этом являются внутрисердечные тромбы (ВТ).

Цель исследования: оценить частоту развития ВТ у детей при ДКМП на фоне ХСН.

Пациенты и методы. Обследовано 90 детей с КМП, одну половину из которых составили дети с ДКМП, а вторую половину с НКМП с дилатационным фенотипом. Использовали данные анамнеза, ЭхоКГ, молекулярно-генетическое исследование генов тромбофилии. Тяжесть состояния оценивалась по клиническим проявлениям. ХСН в соответствии с классификацией Российского общества специалистов по сердечной недостаточности (ОССН, 2003) у детей старшего возраста, у детей младшего возраста по Белоконов Н. А. (1987). Функциональный класс определялся в соответствии с классификацией NYHA (New York Heart Association) у детей старше 7 лет и классификация по Ross для пациентов до 7 летнего возраста.

Результаты. Тромбы выявлены у 10% детей, в большинстве при ДКМП и лишь единичные случаи при НКМП. При ДКМП в 50% тромб находился в левом желудочке (ЛЖ), единичные случаи тромба в левом предсердии, правом желудочке, в верхней полой вене. При НКМП не выявлено ВТ. В одном случае острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу; единичный случай тромб в верхней полой вене. ВТ при ДКМП чаще всего (почти в 90% случаев) на фоне тяжелой систолической дисфункции ЛЖ. (Фракция выброса ниже 30%). При НКМП при умеренной дисфункции ЛЖ. ВТ сочетались с III и IV ФК ХСН. Влияния полиморфных маркеров G1691A гена F5, G20210A гена F2, C677T гена MTHFR на частоту развития тромбозов не обнаружено.

Заключение. Выраженная дисфункция ЛЖ у детей с КМП приводит к ВТ. Данные результаты необходимо учитывать при терапии пациентов с ДКМП с целью добавления к базисной терапии антитромботических препаратов, особенно у пациентов с фракцией выброса левого желудочка ниже 30% и ФК ХСН III–IV.

91

ПРИНЦИПЫ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГАХ У ДЕТЕЙ**Джубатова Р. С., Алимова Х. П., Алибекова М. Б., Носиченко Л. Е.,
Мирзаева А. Д.***Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,
Узбекистан*

Актуальность. Самый распространенный тип среди судорог — фебрильные судороги (ФС), которые встречаются от 2 до 5% детей.

Цель исследования: уточнение принципов оказания неотложной помощи при фебрильных судорогах у детей.

Пациенты и методы. Проведено обследование 100 детей, госпитализированных в детские отделения РНЦЭМП.

Результаты. При поступлении у большинства детей (70) сознание сохранено. В сопорозном состоянии поступили 25 детей, в коматозном состоянии 5 детей. Температурная реакция при поступлении у большинства детей характеризовалась фебрилитетом (55). Субфебрильная температура отмечалась у 24 детей, гектическая — у 9 детей, без лихорадки поступили 12 детей. По характеру тонические судороги отмечались у 57 детей. Атонические судороги отмечались у 16 детей, судороги в виде подергиваний у 14 детей, локальные судороги у 9 детей. В соответствии со стандартом, проводились следующие мероприятия: обеспечение проходимости дыхательных путей, борьба с гипоксией, введение противосудорожных средств. После проведенной терапии у 75 детей судорожный синдром купирован в течение первых 24 часов, у 52 детей достаточно было однократного введения противосудорожного препарата, 23 детям потребовалось двукратное введение препарата. В 20 случаях судороги купировались на вторые сутки. Находившимся в коматозном состоянии 5 больным удалось купировать судороги на третьи сутки, из них у 2 больных потребовалось введение ГОМК.

Заключение. Своевременное использование противосудорожных средств позволяет купировать фебрильные судороги в течение первых 24 часов, что подтверждает эффективность используемых стандартов оказания неотложной помощи.

92

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ БИОУПРАВЛЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Дмитриенко Т. Г., Конова О. М., Дмитриенко Е. Г., Кузенкова Л. М.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Двигательные нарушения верхних конечностей у детей с детским церебральным параличом и последствиями острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) значительно снижают качество их жизни и социальную адаптацию. Коррекция этих нарушений одна из основных задач реабилитации.

Цель исследования: оценка эффективности метода функционального биоуправления (БОС) в коррекции двигательных нарушений верхних конечностей у детей с детским церебральным параличом и последствиями ОНМК.

Пациенты и методы. В 2017 г. было обследовано 64 ребенка в возрасте от 5 до 16 лет со спастическими формами ДЦП и последствиями ОНМК, имеющих двигательные нарушения верхних конечностей. Всем пациентам проводился стандартный курс реабилитационного лечения (метаболическая терапия, введение ботулинического токсина типа А, ЛФК, массаж). В основной группе, которую составило 45 детей, дополнительно к описанному комплексу применялась технология на основе БОС для коррекции мелкой моторики рук. Курс лечения включал 10 процедур, длительность занятия составляла 20 минут.

Результаты. В основной группе отмечалось увеличение мышечной силы по кистевой динамометрии на $0,7 \pm 0,3$ кг ($0,2 \pm 0,2$ кг в группе сравнения). По тесту Френчай: в основной группе восстановление функции руки до 5 баллов отмечалось у 15% детей, в группе сравнения восстановления функции не отмечалось ни у одного ребенка. По данным измерения диапазона движений особо показательным было увеличение максимального диапазона движения большого пальца на $3,2 \pm 0,3$ мм ($0,5 \pm 0,35$ мм в группе сравнения) и запястья на $5,78 \pm 0,45$ мм ($1,17 \pm 0,5$ мм в группе сравнения). Важно отметить, что в процессе лечения ни у одного ребенка не отмечалось выраженных побочных явлений, все дети занимались с особым желанием и испытывали выраженные положительные эмоции в процессе тренировок.

Заключение. Данные, полученные в ходе исследования, позволяют рекомендовать данный метод для включения в комплексную реабилитацию пациентов с двигательными нарушениями верхних конечностей на фоне течения спастических форм ДЦП и последствий ОНМК с 5-летнего возраста.

93

**ОБЩИЕ ВАННЫ НА ОСНОВЕ ЭФИРНОГО МАСЛА ЭВКАЛИПТА
В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ
У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ И ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИМИ
БОЛЕЗНЯМИ****Дмитриенко Е. Г., Конова О. М.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Примерно у четверти детей с хронической и инвалидизирующей патологией, поступающих для проведения комплексной терапии, в течение первой недели проявляются симптомы острого респираторного заболевания (ОРИ), что продлевает сроки госпитализации, снижает эффективность реабилитации.

Цель исследования: рациональное использование физических факторов способствует повышению адаптационных резервов больного ребенка, быстрому купированию клинических проявлений ОРИ, сокращению объема медикаментозной нагрузки.

Пациенты и методы. Обследовано 97 детей 4–15 лет с частыми ОРИ в анамнезе, поступивших на реабилитацию по поводу гастроэнтерологической, ортопедической патологии, детского церебрального паралича (ДЦП). Пациенты основной группы в составе комплексной терапии получали курс общих ванн с концентратом на основе эфирного масла эвкалипта «Пиниментол».

Результаты. Эпизоды ОРИ в основной группе отмечались в 10,8% случаев, характеризовались быстрым купированием симптомов, легким течением, что не потребовало отмены терапии основного заболевания. Динамика неспецифических адаптационных реакций (НАРО), определяемых по лейкоцитарной формуле крови, выявила благоприятное влияние ванн на адаптационные резервы: количество пациентов с антистрессорными реакциями выросло в 1,5 раза (у 60,3% из них выявлялись высокие уровни реактивности), наиболее значимый рост отмечался со стороны реакции повышенной активации в 2,8 раза; количество пациентов с высокими уровнями реактивности увеличилось в 2,0 раза. Важным результатом явилось отсутствие у всех пролеченных детей каких-либо неблагоприятных побочных явлений, связанных с проявлениями основного заболевания. В группе сравнения ОРИ присоединились у 30,4% пациентов, у 21,7% это привело к прерыванию реабилитационного курса. Перестройки НАРО свидетельствовали о выраженном перенапряжении адаптационных резервов.

Заключение. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение концентрата для ванн на основе эфирного масла эвкалипта у детей с хронической патологией при склонности к частым ОРИ с затяжным течением.

94

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДЕТЕЙ г. ОРЕНБУРГА

Добролюбова М. В., Чолоян С. Б., Шеенкова М. В., Павловская О. Г.

Детская городская клиническая больница, Оренбург, Российская Федерация

Актуальность. В России сахарный диабет относится к социально значимым заболеваниям. Среднегодовая частота встречаемости заболевания в разных странах мира составляет от 0,1 до 57,6 случая на 100 000 детского населения.

Цель исследования: изучить динамику уровней заболеваемости сахарным диабетом у детей г. Оренбурга за 2014–2017 гг.

Пациенты и методы. Данные по детскому населению ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга за 2014–2017 гг. Статистический и аналитический методы.

Результаты. В г. Оренбурге в 2014 г. по поводу сахарного диабета I типа наблюдалось 146 детей (из них у 24 детей диагноз выставлен впервые), в 2015 г. — 157 (26), в 2016 г. — 167 (28), в 2017 г. — 184 (27) соответственно. Сахарный диабет II типа отмечен в 2014 г. — у 3 детей (из них ни у кого диагноз не был поставлен впервые), 2015 г. — 3 (0), в 2016 г. — 4 (1), в 2017 г. — 3 (0) соответственно. Уровень общей заболеваемости детей сахарным диабетом по детскому населению ДГКБ в 2014 г. составил 153,03 случая на 100 000 детского населения, в 2015 г. — 139,67, в 2016 г. — 128,88, в 2017 г. — 140,62 соответственно. И снизился с 2014 года на 9%. Уровень первичной заболеваемости детей сахарным диабетом по ГАУЗ ДГКБ г. Оренбурга в 2014 г. составил 26,7 случая на 100 тыс детского населения, в 2015 г. — 19,3, в 2016 г. — 22,5, в 2017 г. — 15,2 соответственно. Отмечается тенденция к снижению первичной заболеваемости сахарным диабетом у детей.

Заключение. Таким образом, определение уровня глюкозы в крови на профилактических осмотрах несовершеннолетних, настороженность врачей-педиатров на раннее выявление данного заболевания способствует своевременной постановке диагноза у детей.

**МЕТОД HRM-АНАЛИЗА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ
МУКОВИСЦИДОЗА В ХАНТЫ-МАНСКОМ АВТОНОМНОМ
ОКРУГЕ — ЮГРА****Донников М. Ю., Мещеряков В. В., Колбасин Л. Н.***Сургутский государственный университет, Сургут, Российская Федерация*

Актуальность. Современные методы анализа полной последовательности гена CFTR-секвенирование по Сэнгеру и NGS достаточно продолжительны, трудоемки, ресурсозатратны, и недоступны во многих регионах России. Это определяет необходимость использования специальной молекулярной методики, позволяющей максимально быстро проводить предварительный поиск мутаций.

Цель исследования: применение метода HRM-анализа (high resolution melting) для поиска мутаций в 27 экзонах и экзон-интронных границ гена CFTR в образцах крови пациентов с подозрением на МВ.

Пациенты и методы. В исследуемую группу вошел 41 новорожденный ребенок с положительными результатами неонатального скрининга на МВ (ИРТ1 > 60 нг/мл; ИРТ2 > 40 нг/мл), высокими (> 80 нг/мл) либо пограничными цифрами (60–80 нг/мл) потового теста (анализатор Nanoduct), обследованными в МГК г. Сургута в период 2012–2017 гг. Для поиска частых мутаций в гене МВ была адаптирована методика HRM-анализа, основанная на сравнении температур плавления ампликонов от контрольных образцов дикого типа или с известной мутацией и образцов, содержащих неизвестную мутацию.

Результаты. Используя метод HRM-анализа для 40 образцов крови, обнаружили следующее распределение мутантных аллелей гена CFTR по частоте: 1) F508del — 42% (17 образцов); 2) E92K — 5,1%; 3) E217G, 1677delTA — по 3,8%; 4) R31C, L138ins, 621+1G>T, S466X(TAG), R1066C, R1070Q — по 2,5%. У 68% пациентов были обнаружены оба мутантных аллеля, у 20% один аллель, у 12% не обнаружен ни один мутантный аллель, что связано с ограниченным использованием панели частых генотипов, распространенных в популяции ХМАО. Все найденные мутации были верифицированы секвенированием по Сэнгеру соответствующих экзонов гена CFTR. Общее время проведения исследования для каждого образца составило 3–4 рабочих дня.

Заключение. Подтверждена эффективность использования на первом этапе молекулярно-генетического анализа при подозрении на МВ методики HRM-анализа для генотипирования частых мутаций в гене CFTR с последующей верификацией секвенированием.

СОСТОЯНИЕ НАПРЯЖЕННОСТИ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В КРАСНОДАРЕ

Дубова Л. В., Сутовская Д. В., Белова В. Е., Левченко Ю. С.

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,
Российская Федерация*

Актуальность. Первичная профилактика при вакциноуправляемых инфекциях является основным фактором, влияющим на эпидемический процесс. Рост заболеваемости вакциноуправляемой инфекцией — это косвенный показатель недостаточной эффективности вакцинопрофилактики, что может быть следствием ряда причин, прежде всего — некачественного проведения вакцинации населения.

Цель исследования: оценить состояние напряженности поствакцинального иммунитета студентов-иностранцев, поступивших в Вузы Краснодара.

Пациенты и методы. Обследовано 63 студента (Иордания — 13, Палестина — 12, Сирия — 11, Туркменистан — 14, Таджикистан — 13) на напряженность иммунитета путем определения АТ к HBsAg, Rubella virus IgG (к краснухе), Measles virus, IgG (к кори), Mumps virus IgG (к эпидемическому паротиту), IgG к столбнячному анатоксину, IgG к дифтерийному анатоксину.

Результаты. Среди студентов отрицательный результат на наличие антиHBsAg выявлен у 5 студентов из Иордании, 11 из Палестины, 2 из Туркменистана. Отрицательный результат IgG к кори установлен у 10 респондентов из Иордании и 9 из Палестины. Отсутствие поствакцинального иммунитета к эпидемическому паротиту имело место у 6 респондентов из Иордании и 9 из Палестины. Не имели защитных титров против краснухи 2 студента из Палестины и 2 из Таджикистана. Защищенность против столбняка и дифтерии 100% у всех студентов.

Заключение. Низкий уровень поствакцинального иммунитета отмечается против гепатита В, кори, краснухи и эпидемического паротита, что требует вакцинации и ревакцинации. Для снижения распространения кори, краснухи, эпидемического паротита, гепатита В в России целесообразно обследовать абитуриентов-иностранцев на напряженность иммунитета к эпидемиологически значимым заболеваниям и проводить вакцинацию в соответствии с результатами анализов для достижения стойкого приобретенного иммунитета.

97

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПАЛИВИЗУМАБ
ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ
С МУКОВИСЦИДОЗОМ****Егоров М. С., Благовидов Д. А., Симонова О. И.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. РС-вирусная инфекция вызывает стойкие изменения в легочной ткани преимущественно у детей раннего возраста. У детей с муковисцидозом может быть более высокий риск развития тяжелых инфекций легких из-за вируса. В течение сезона респираторных вирусных заболеваний у них чаще возникает потребность в госпитализации, ухудшается функция легких. Паливизумаб — вакцина, при применении которой достигнуто снижение частоты госпитализаций по поводу респираторно-синцитиальной вирусной инфекции у некоторых групп населения с высоким риском. До сих пор неизвестно насколько эффективна и безопасна эта вакцина у детей с муковисцидозом.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и сформулировать практические рекомендации по применению препарата Паливизумаб у детей с муковисцидозом.

Пациенты и методы. В исследовании приняло участие 50 детей с муковисцидозом в возрасте от 3 месяцев до 7 лет. В 5 случаях была проведена пассивная иммунизация препаратом Паливизумаб для профилактики РС-вирусной инфекции. До и после иммунизации взята кровь для определения антител методом ИФА, а также микробиологические смывы для определения вирусов методом ПЦР в рамках основного заболевания.

Результаты. В общей сложности было идентифицировано 50 пациентов с муковисцидозом. Шесть пациентов (12%) имели повышенные IgG и IgM к РС-вирусной инфекции после введения препарата Паливизумаб, трое (6%) — повышенные IgG к РС-вирусной инфекции. Средний возраст на момент поступления составил $3,4 \pm 2,5$ года. Один случай (2%) соответствовал бактериально-вирусной ассоциации в соответствии с РС-вирусной инфекцией. У детей, не получавших Паливизумаб, не было повышенных показателей повышенные IgG к РС-вирусной инфекции.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что имеется целесообразность применения препарата Паливизумаб для профилактики РС-вирусной инфекции у детей с муковисцидозом, а данная проблема требует дальнейшего изучения.



98 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Екимов А. К., Чолоян С. Б., Шеенкова М. В., Павловская О. Г.,
Данилова Л. В., Байгазина Е. Н.

Детская городская клиническая больница, Оренбург, Российская Федерация

Актуальность. Вопросы управления медицинской организацией определяют стратегию развития здравоохранения.

Цель исследования: описать способ построения информационной системы реализующей процессную модель управления медицинской организацией.

Пациенты и методы. В 80-х гг. XX в. был обоснован новый подход к управлению — «процессная модель управления организацией».

Результаты. В настоящее время управление медицинских организаций осуществляется на основе функциональной модели управления, основа которой разделение всей организации на структурные подразделения, работники которых работают на основе функциональных обязанностей и должностных инструкций. Работа организации эффективна до тех пор, пока внешние и внутренние факторы меняются медленно. Эффективность и качество снижается при увеличении скорости изменения внешних и внутренних условий. В России внешние и внутренние условия организаций быстро меняются. В 80-х гг. XX в. начала разрабатываться «процессная модель управления организацией», в основе которой находится не человек, реализующий производственный процесс, а объект являющийся результатом производственного процесса. Процессная модель управления реализуется на основе информационной системы следящей и управляющей всеми процессами медицинской организации, которая создается на основе CASE-средств. Их основной недостаток высокая стоимость препятствует разработке медицинских информационных систем реализующих процессную модель управления.

Заключение. Процессы в медицинских организациях значительно проще, чем в организациях реализующих промышленное производство, поэтому нами была разработана технология создания информационной системы реализующей процессный подход в медицинской организации на основе сетевых моделей и объектно-ориентированного программирования.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ 11 И 15-ЛЕТНИХ РОССИЙСКИХ ДЕТЕЙ

Елецкая К. А., Намазова-Баранова Л. С., Кайтукова Е. В., Сурков А. Н., Броева М. И., Черников В. В.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей,
Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Эпидемия неинфекционных заболеваний, в том числе ожирения, захлестнувшая детей развитых стран продолжает нарастать. Не обошла она стороной и российских детей.

Цель исследования: оценить распространенность ожирения среди 11 и 15-летних учащихся образовательных организаций различных регионов Российской Федерации.

Пациенты и методы. В исследование были включены данные случайно набранных в пилотных регионах всех девяти Федеральных округов РФ 2500 подростков 11 и 15 лет (47,6% — юноши, 52,4% — девушки). Пилотными регионами были: Челябинск (УФО), Вологда (СЗФО), Томск (СФО), Смоленск (ЦФО), Ростов-на-Дону (ЮФО), Чеченская республика (СКФО), а также Республики Татарстан (ПФО), Саха (Якутск) (ДВФО) и Крым. ИМТ рассчитывался как отношение массы тела (кг) к длине тела (м), возведенной в квадрат и был представлен в виде числа стандартных отклонений от среднего (SDS).

Результаты. При анализе полученных данных было выявлено, что наибольшее количество юношей 11 лет с ожирением регистрировалось в ЦФО (22,7%), наименьшее в Республике Крым (12,5%). Однако, количество девушек 11 лет с зарегистрированным показателем ожирения (5%) было наименьшим в ЦФО.

Легкая недостаточность питания наблюдалась среди девочек 11 лет. Максимальный показатель зафиксирован в Центральном, Сибирском, Южном и Уральском ФО, где число детей с низкой массой тела составило более 10%. Среди мальчиков 11 лет были выявлены случаи низкой массы тела, однако показатели минимальны: не более 10% детей. Случаи ожирения зафиксированы чаще, по сравнению с девочками того же возраста. Избыточная масса тела и ожирение отмечены во всех регионах с показателями от 10 до 25% от всех обследованных детей. Среди мальчиков 15 лет ожирение встречается в два раза чаще, чем среди девочек того же возраста, максимальный показатель по избыточной массе тела наблюдался в Республике Крым и Северо-Кавказском ФО (25%), а недостаточная масса тела в Дальневосточном (16%). Среди девочек 15 лет наблюдалась низкая и избыточная масса тела примерно в равных соотношениях, в то время как ожирение минимально. Самый высокий показатель по низкой массе тела был отмечен в Приволжском федеральном округе (17%), а избыточная масса тела в Северо-Кавказском (18%). При оценке ожирения по половому и возрастному признаку, достоверность различий составила $p < 0,05$.

Заключение. Показатели распространенности ожирения имеют выраженные региональные отличия. Эти данные необходимо использовать для разработки региональных программ, прежде всего, направленных на профилактику этого опасного своими последствиями для здоровья состояния.



100

ПРОБЛЕМА КОИНФЕКЦИИ — ВИЧ И ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ ВЫСОКОПОРАЖЕННОГО РЕГИОНА

Еременко Е. П., Бородулина Е. А., Борисова О. В.

*Самарский государственный медицинский университет, Самара,
Российская Федерация*

Актуальность. С учетом ухудшения эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и туберкулезу в РФ разработка мероприятий по предупреждению инфицирования, ранней диагностике туберкулезной инфекции у детей с ВИЧ-инфекцией высоко востребованы практическим здравоохранением.

Цель исследования: изучить особенности проявления туберкулезной инфекции у детей с ВИЧ и разработать мероприятия по повышению качества оказания противотуберкулезной помощи.

Пациенты и методы. 96 детей с ВИЧ-инфекцией; 34 ребенка с коинфекцией (ВИЧ+туберкулез), состоящих на диспансерном учете в Самарском областном клиническом центре по борьбе со СПИД; 50 детей с локальными формами туберкулеза (Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер).

Результаты. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции и туберкулезу в Самарской области остается неблагоприятной (заболеваемость ВИЧ-инфекцией 104,1 на 100 тыс населения, туберкулезом — 61,4). Основными факторами риска возникновения туберкулезной инфекции у детей, инфицированных ВИЧ, являются: семейный контакт с больным туберкулезом, отсутствие вакцинации БЦЖ, отсутствие АРВТ, снижение CD4 ниже 15% у детей до 5 лет и ниже 250 кл/мкл у пациентов старше 5 лет.

Заключение. В отсутствие профилактического лечения симптомы туберкулеза появляются в течение 1–2 лет после заражения у 40–50% детей раннего возраста с ВИЧ-инфекцией. С целью ранней диагностики туберкулезной инфекции всем детям с ВИЧ-инфекцией и высоким риском коинфекции кроме туберкулиновых проб и КТ грудной клетки проводится исследование T-SPOT.

101

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПЫЛЬЦЕВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ У ДЕТЕЙ С ПОЛЛИНОЗОМ И ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Ерешко О. А., Макарова С. Г., Намазова-Баранова Л. С., Вишнева Е. А.,
Кожевникова О. В., Сновская М. А., Алексеева А. А.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

*Первый Московский государственный медицинский университет
имени И. М. Сеченова, Москва, Российская Федерация*

*Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Высокая распространенность поллинозов и перекрестной пищевой аллергии (ПА) у детей делает актуальным изучение эффективности аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) у данных пациентов.

Цель исследования: изучить возможность прогнозирования эффективности АСИТ в отношении поллиноза и перекрестной ПА у детей с различными профилями сенсibilизации.

Пациенты и методы. Обследован 101 ребенок (5–18 лет) с проявлениями весеннего поллиноза и перекрестной ПА. Определены sIgE к аллергену березы и рекомбинантным алергокомпонентам (rBet v1, rBet v2, rBet v4, rBet v6) на автоматическом анализаторе ImmunoCap 250. Проведено 2 курса АСИТ стандартизированным экстрактом пыльцы березы сублингвально. Оценка симптомов поллиноза произведена по схеме А.Д. Адо.

Результаты. Выявлено 5 профилей сенсibilизации. Моносенсибилизация к rBet v1 отмечена в 53%. У 47% профили сочетали присутствие sIgE к rBet v1 и к одному, двум, или трем минорным алергенам (35%, 10%, 2% соответственно). Из 54 детей с моносенсибилизацией к rBet v1 положительный эффект в отношении симптомов поллиноза получен у 49 (85% имели 3 или 4 балла по АДО), у 41 также уменьшились проявления ПА; 3 не завершили АСИТ из-за аллергических реакций. Из 26 пациентов с профилем сенсibilизации rBet v1/v6 у 24 отмечено уменьшение выраженности симптомов поллиноза (75% — 3 или 4 балла), у 17 — уменьшение симптомов ПА; 1 ребенок не завершил АСИТ из-за аллергических реакций. Из 9 пациентов с сенсibilизацией rBet v1/v2 у 7 отмечено уменьшение симптомов поллиноза (57% — 3 или 4 балла); у 3 — проявлений ПА. Из 10 пациентов, имеющих сенсibilизацию rBet v1/v2/v6 у 10 эффект получен в отношении симптомов поллиноза (57% — 3 или 4 балла) и лишь у 3 в отношении ПА. Из 2 пациентов с сенсibilизацией ко всем алергокомпонентам у 1 ребенка, получившего параллельно АСИТ алергенами трав, отмечена эффективность (2 балла по АДО) только в отношении поллиноза.

Заключение. Таким образом, эффект АСИТ был получен как в отношении поллиноза, так и перекрестной ПА (90% и 63% соответственно). У 4% отмечены аллергические реакции. Увеличение в профиле сенсibilизации sIgE к минорным алергенам березы сочеталось с меньшей эффективностью проводимой АСИТ.

102

**КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ
И ОСОБЕННОСТИ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОМОЩИ
У ДЕТЕЙ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 1500 ГРАММ**

Ермакович М. А., Сапотницкий А. В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Актуальность. Длительность интенсивной терапии у недоношенных у детей с ЭНМТ (экстремально низкой массой тела) и ОНМТ (очень низкой массой тела) при рождении связано с развитием инвалидирующих осложнений.

Цель исследования: изучение основных показателей кислотно-основного состояния крови и особенностей респираторной помощи у детей с ЭНМТ и ОНМТ.

Пациенты и методы. Обследовано 30 детей, рожденных в УЗ «Городской клинический родильный дом № 2» Минска. В первую группу включено 8 детей с ЭНМТ, во вторую группу 22 ребёнка с ОНМТ. Анализ проведён программой «Statistica StatSoft 10.0». Использован критерий Манна-Уитни.

Результаты. Средняя величина массы тела составила 960,0 (950,0–975,0) г и 1430,0 (1300,0–1480,0) г, гестационный возраст 29,0 (28,0–30,0) и 30,0 (29,0–31,0) в группах 1 и 2 соответственно. Не выявлено статистически значимых различий в следующих показателях кислотно-основного состояния в первые 30 минут жизни. Средние значения pH составили 7,31 (7,29–7,36) и 7,34 (7,32–7,40), парциального напряжения углекислого газа: 40,0 (26,5–44,5) и 41,0 (36,0–48,6) мм рт. ст., актуального бикарбоната: 20,2 (15,15–21,35) и 20,7 (19,6–23,9) ммоль/л, лактата 3,9 (2,85–6,05) и 3,3 (2,5–4,1) ммоль/л в группах 1 и 2 соответственно. Не было достоверных различий в средней длительности ИВЛ: 3,0 (2,5–15,0) дней и 2,5 (2,0–4,5), СРАР-терапии: 5,0 (1,5–9,0) и 2,0 (0,54–3,5) в группах 1 и 2 соответственно. Однако дети с ЭНМТ нуждались в достоверно более длительной ($p = 0,0249$) оксигенотерапии: 15,0 (4,0–21,0) дней против 4,0 (1,5–7,0) у детей с ОНМТ.

Закключение.

1. У детей с ЭНМТ и ОНМТ не выявлено разницы показателей кислотно-основного состояния в первые 30 минут жизни.
2. У детей с ЭНМТ при отсутствии различий с детьми с ОНМТ в средней длительности ИВЛ и СРАР-терапии, имеется необходимость в более продолжительной оксигенотерапии.
3. Масса тела при рождении менее 1000 грамм играет важную роль в прогнозе длительности интенсивной терапии и вероятности возможных осложнений у недоношенных детей, что требует дальнейшего изучения.

103

**ВЛИЯНИЕ ОСТРОГО ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА
НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА****Ершова И. Б., Ширина Т. В.***Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки*

Актуальность. Изучению влияния стрессовых воздействий на организм детей посвящено много работ. Однако вопросы состояния здоровья детей раннего возраста, испытывавших психоэмоциональный стресс в периоде новорожденности, остаются малоизученными.

Цель исследования: оценить показатели состояния здоровья детей раннего возраста, испытывавших психоэмоциональный стресс в периоде новорожденности.

Пациенты и методы. Было проведено наблюдение за 78 детьми раннего возраста, оказавшимися в условиях психоэмоционального стресса в периоде новорожденности и 96 детей контрольной группы. Методы исследования включали: общеклинические, лабораторные, математические.

Результаты. Установлено, что у новорожденных, оказавшихся в условиях стрессогенной обстановки в дальнейшем развивается дисгармоничность физического и нервно-психического развития обусловленные каскадом патологических процессов. При этом стресс оказывает пролонгированное воздействие на состояние здоровья детей с последующим прогрессивным нарастанием патологии нервной, бронхолегочной, пищеварительной, сердечно-сосудистой систем, острых респираторных инфекций и детских инфекционных заболеваний. При динамическом наблюдении выявлено выраженное увеличение удельного веса III–IV групп здоровья (53,8%). Установлено, что при развитии патологических состояний в дальнейшем у детей резко снижаются адаптационные возможности гипоталамо-гипофизарной и тиреоидной систем. Выявленные нейроиммуноэндокринные взаимоотношения свидетельствуют о перенапряжении с последующей асинхронией деятельности этих подсистем организма детей. Обоснованы и разработаны комплексные многоэтапные реабилитационные программы для детей, испытывавших стрессогенное психоэмоциональное воздействие в периоде новорожденности.

Заключение.

1. Психоэмоциональный стресс в периоде новорожденности оказывает неблагоприятное воздействие проявляющееся увеличением заболеваемости и дисфункциональных состояний.
2. Способствует дисгармоничности развития и увеличению удельного веса III–IV групп здоровья.
3. Приводит к дискоординации нейроиммуноэндокринных взаимоотношений.

104

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И СЕРДЕЧНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**Ешану В. Г., Палий И. И., Вуду Л. Ф., Ешану В. Ф., Гаврилюк Н. В., Пырцу Л. Я.***Государственный медицинский и фармацевтический университет имени Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова*

Актуальность. Метаболический синдром (МС) у детей связан с изменениями в сердечной геометрии, что указывает на раннее начало потенциально неблагоприятных изменений в миокарде, с последствиями во взрослую жизнь. Счёт тяжести МС (СТМС) является новым правилом клинического прогнозирования для принятия решений диагностики и лечения.

Цель исследования. Исследование, внедрение СТМС и оценка влияния МС на массу левого желудочка и ремоделирование сердца.

Пациенты и методы. Исследование включало учебную группу — 20 детей с МС, контрольная группа — 35 детей с пре-МС. Средний возраст: $14,474 \pm 2,458$ лет, соотношение девочек: мальчиков 1:2. Диагноз МС был установлен в соответствии с критериями Международной федерации диабета (МФД, 2007). Проанализированы демографические, антропометрические, лабораторные и инструментальные данные. У участников с МС изучили и внедрили СТМС.

Результаты. Согласно критериям МФД, МС подтвердили у 36,36%, пре-МС — 63,64%. Индекс массы тела (ИМТ): пре-МС — $28,77 \pm 2,86$ Z-счет — $1,73 \pm 0,29$, МС — $26,8 \pm 1,32$, Z-счет — $1,54 \pm 0,45$, окружность бедер: $106,77 \pm 5,79$ против $106,33 \pm 11,19$, индекс талия/бедра: $0,89 \pm 0,04$ против $0,9 \pm 0,08$, абдоминальный индекс: $0,57 \pm 0,04$ против $0,57 \pm 0,06$. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ): пре-МС — $150,58 \pm 40,11$, Z-счет — $0,15 \pm 0,91$; МС — $167,25 \pm 48,79$, Z-счет — $0,24 \pm 1,3$. ММЛЖ > 95-й процентиля, находился в $\approx 20\%$ пре-МС и $\approx 50\%$ у субъектов МС. Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) в контрольной группе — $36,27 \pm 6,49$ против учебной группе — $38,67 \pm 10,01$, ИММЛЖ > 95-й процентиля определили в $\approx 10\%$ и $\approx 40\%$. Относительная толщина задней стенки левого желудочка: $0,39 \pm 0,05$ против $0,40 \pm 0,10$. В левом желудочке: нормальный внешний вид — 52,38% (МС) против 75% (пре-МС), концентрическая гипертрофия — 33,34% против — 8,33%, концентрическое ремоделирование — 9,52% против — 4,17%, эксцентрическая гипертрофия — 4,76% против 12,5%. СТМС — $0,5 \pm 0,3$ (63,5 процентиля).

Заключение. СТМС может применяться к детям с МС. Существует корреляция между МС и увеличением ММЛЖ и ИММЛЖ гипертрофией и геометрической аномалией ремоделирования левого желудочка, особенно у мужского пола.

105

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ**Жарова О. П., Басаргина Е. Н.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одной из главных причин инвалидизации и смертности в детском возрасте, однако методы комплексной объективной оценки тяжести данного синдрома до сих пор не разработаны. Балльная шкала оценки позволит унифицированно подходить к оценке тяжести ХСН и динамики состояния больных на фоне терапии.

Цель исследования: объективное определение тяжести хронической сердечной недостаточности (ХСН) у детей и ее изменений на фоне терапии на основании многопараметрической балльной системы.

Пациенты и методы. Обследовано 57 пациентов в возрасте от 0 до 24 месяцев с синдромом хронической сердечной недостаточности (пациенты с диагнозами: дилатационная кардиомиопатия, врожденные пороки сердца — аномальное отхождение левой коронарной артерии от легочного ствола и коарктация аорты, гипертрофическая кардиомиопатия, рестриктивная кардиомиопатия, некомпактный миокард). В динамике до лечения и через 6 месяцев после начала комбинированной терапии (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, диуретики) был оценен функциональный класс (ФК) ХСН по многопараметрической балльной шкале, включающей в себя клинические параметры в зависимости от возраста ребенка, биомаркеры ХСН (NT-proBNP), параметры эхокардиографии.

Результаты. До начала терапии ФК I ХСН диагностирован у 9 детей (15%), ФК II ХСН выявлен у 25 пациентов (44%), ФК III ХСН — 16 детей (28%), ФК IV ХСН — у 7 пациентов (13%). Через 6 месяцев после начала терапии тяжесть ХСН достоверно снизилась ($p = 0,001$): у 25 пациентов (44%) диагностирован I ФК ХСН, у 22 пациентов (38%) — II ФК ХСН, у 10 детей (18%) — III ФК ХСН.

Заключение. Балльная система оценки тяжести ХСН у детей позволяет диагностировать степень хронической сердечной недостаточности у детей на основании клинической картины и современных лабораторно-инструментальных маркеров тяжести ХСН, являясь объективным критерием оценки тяжести данного синдрома и изменений на фоне лечения больных.

106

НЕЙРООРТОПЕДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

**Жердев К. В., Челпаченко О. Б., Никитенко И. Е., Петельгузов А. А.,
Бутенко А. С., Нуриева Г. Т.**

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время в НМИЦЗД впервые в РФ реализован мультидисциплинарный подход к лечению патологии тазобедренных суставов у детей с детским церебральным параличом. Патология тазобедренных суставов при ДЦП по частоте возникновения занимает второе место после патологии стоп.

Цель исследования: ретроспективный анализ эффективности «классического» и «нейроортопедического» подходов к лечению патологии тазобедренных суставов у детей с ДЦП в НМИЦЗД.

Пациенты и методы. Работа основана на анализе результатов оперативного лечения 121 пациента с нестабильностью тазобедренных суставов (подвывих и вывих) на фоне спастических форм ДЦП. В развитии ортопедической хирургии Центра можно выделить 2 этапа. На первом этапе (2008–2011 гг.) 64 пациентам выполнено оперативное лечение. На втором этапе (2012–2015 гг.), после реструктуризации отделения в отделение нейроортопедии и ортопедии, оперативное лечение проведено 57 пациентам.

На первом этапе оперативная коррекция сводилась чисто к исправлению ортопедической патологии. На втором этапе необходимость оперативного лечения была основана на определении абилитационного потенциала ребенка с ДЦП. Основным критерием эффективности лечения считали: «Приобрел ли пациент более устойчивую позу и возможность движения. Оценка результатов оперативного лечения по шкале Gillette производилась через 6–18 месяцев

Результаты. Анализ эффективности лечения детей на этапах развития нейроортопедической службы НМИЦЗД по функциональной шкале Gillette Functional Assessment Questionnaire продемонстрировал улучшение результатов лечения патологии тазобедренных суставов. Отмечено, что на втором этапе развития нейроортопедии в НМИЦЗД внедрение мультидисциплинарного подхода и ранней послеоперационной реабилитации больного в нейроортопедическом стационаре приводит к значительному улучшению результатов лечения.

Заключение. Переход ко второму этапу развития нейроортопедии в НМИЦЗД качественно и количественно улучшил результаты лечения патологии тазобедренных суставов при ДЦП.



107

АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ СТОП У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**Жердев К. В., Челпаченко О. Б., Петельгузов А. А., Никитенко И. Е.,
Бутенко А. С.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. В настоящий момент нет единой тактики оперативного лечения стоп у детей с детским церебральным параличом.

Цель исследования: повышение эффективности оперативного лечения деформаций стоп у детей с детским церебральным параличом.

Пациенты и методы. На первом этапе было проведен ретроспективный анализ оперативного лечения 97 стоп у 55 пациентов со спастической формой детским церебральным параличом в возрасте от 2-х до 17 лет, пролеченных в отделении нейроортопедии и ортопедии ФГАУ «ННПЦЗД» с 2008 по 2013 гг. На втором этапе проспективный анализ — 247 стоп у 153 пациентов в период с 2014 по 2017 год.

Результаты. В первой группе исследования был применен «классический» ортопедический подход. Во второй группе был применен нейроортопедический подход к лечению деформаций стоп. Оценка результатов оперативного лечения проводилась по шкале Gillette Functional Assessment Questionnaire: в первой группе функциональные способности увеличились на 1 уровень у 34% детей, на 2 уровня — 2% детей. В результате в 64% случаев функциональные способности не увеличились. Во второй группе функциональные способности увеличились на 1 уровень у 73% детей, на 2 уровня — 3% детей. В результате в 24% случаев функциональные способности не увеличились.

Заключение. Примененный нейроортопедический подход к хирургическому лечению деформаций стоп позволил эффективно исправить деформацию, улучшить качество жизни, повысить толерантность к ходьбе, улучшить рисунок ходьбы, создать условия для качественного функционального ортезирования стоп.

108

РИСК РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Журавлева О. В.

*Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск
Российская Федерация*

Актуальность. Более чем на 75% территории России отмечается недостаток йода, который вызывает развитие эндемического зоба (ЭЗ). В Амурской области наблюдается средней и тяжелой степени дефицит йода. Известно, что именно щитовидная железа является одним из центральных звеньев в регуляции взаимодействия двух подсистем организма матери и плода.

Цель исследования: изучить атрибутивный риск развития патологических состояний у детей от матерей с ЭЗ.

Пациенты и методы. Изучен анамнез 140 детей. 1 группа 47 ребенка от матерей с ЭЗ, не получавшие лечение во время беременности. 2 группа 41 ребенок, от матерей с ЭЗ, получавшие лечение. 3 группа 52 ребенка от соматически здоровых матерей.

Результаты. Оценивая состояния новорожденных, было отмечено, что процент здоровых детей реже был в 1 группе 12,5%, в то время как во 2 группе 33,3% случаев, в контрольной — 60% ($p < 0,05$). В антенатальном периоде отмечено, что ХВУГ плода в 1 гр. в 2 раза и в 1,5 раза во 2 группе превышал показатели в контроле (соответственно, 76,2%, 54,2% и в контроле — 32%) ($p < 0,05$). Самые высокие показатели ЗВУР наблюдались у беременных в 1 гр. (9,5%), ВУИ — во 2 гр. (70,8%). Показатели ОР и АР составили при ХВУГ в 1 гр. — 2,4% и 41%, соответственно, во 2 гр. — 4,5% и 51,2%, соответственно, при ВУИ в 1 гр. — 2,4% и 36%, во 2 гр. — 2,2% и 37,5% ($p < 0,05$). Перинатальная энцефалопатия, как реализация ХВУГ у новорожденного, были в 5,2 и 2,8 раза выше в 1 и 2 группах по сравнению с контролем ($p < 0,05$). Показатели АР составили 56% и 26,5%. ОР и АР реализации внутриутробной инфекции у новорожденных были выше во 2 гр. — 1,4% и 13,8% соответственно. Было также отмечено, что в основных группах встречались такие патологические состояния как асфиксия — 14,3% в 1 и 4,2% во 2 группах, врожденные пороки развития 4,8% в 1 группе, кардиопатия — 4,8% во 2 гр., респираторный дистресс синдром — 8,3% в 1 гр. в то время как в контроле таких состояний не наблюдалось.

Заключение. Наличие ЭЗ у беременных отрицательно влияет на состояние здоровья плода, увеличивая тем самым риск развития патологических состояний у новорожденных.

109

ГИПОФИЗАРНЫЙ НАНИЗМ У ДЕВОЧКИ 6 ЛЕТ**Зайцева Г. В., Зрячкин Н. И., Кузнецова М. А., Елизарова Т. В.***Саратовский государственный медицинский университет имени
В. И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация*

Актуальность. Задержка роста детей остается одной из актуальных проблем в современной эндокринологии.

Цель исследования: описать клинический случай.

Пациенты и методы. Девочка А. возраст 6 лет обратилась с жалобами на задержку роста. В анамнезе — задержка роста наблюдается с 1 года.

Результаты. Родилась от 1 беременности, 1 срочных родов, рост при рождении 50 см, масса тела 3400 г. Родители среднего роста, среди ближайших родственников есть низкорослые. С рождения на учете у нефролога с диагнозом: вторичный обструктивный пиелонефрит, хроническое течение, двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс и у кардиолога с диагнозом: ВПС, открытый артериальный проток. Клинически: рост — 91 см, масса тела — 14 кг, ИМТ — 16,9 кг/м²; SDS роста — 4,3. Физическое развитие низкое по росту, гармоничное. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Лабораторно-инструментальные исследования (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, тиреоидный профиль, УЗИ щитовидной железы и органов брюшной полости) без отклонений от нормы. Рентгенография черепа — турецкое седло в норме. Рентгенография кистей рук — срок окостенения соответствует 12–15 месяцам. Проведена клофелиновая проба, которая четко обозначила дефицит СТГ (от 0,1 до 3,5 нг/мл при норме > 10 нг/мл). МРТ головного мозга — без патологии.

Заключение. Особенность данного случая состоит в том, что у ребенка нарастающая задержка роста стала наблюдаться уже с 1 года — 69 см (SDS — 1.09); в 2 года — 79 см (SDS — 1.7), но учитывая серьезные заболевания со стороны почек и сердца, был выставлен ошибочный диагноз: соматогенная задержка роста. Последующие 2 года задержка роста продолжалась (в 3 года — 85 см, SDS — 2.0); в 4 года — 89 см (SDS — 2.6). После проведенной клофелиновой пробы был выставлен диагноз: соматотропная недостаточность (Гипофизарный нанизм). В настоящее время девочка под наблюдением эндокринолога получает рекомбинантный гормон роста Растан. Практикующим педиатрам необходимо иметь настороженность в плане данного диагноза и своевременно направлять детей с задержкой роста к профильным специалистам, от чего зависит прогноз.

110

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ CD4 ЛИМФОЦИТОВ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПРИ ПЕРВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИМУННОГО СТАТУСА**Зайчик И. Л., Роготнева Е. В., Мухратова И. А., Холоша С. В.***Норильская межрайонная детская больница, Норильск, Российская Федерация*

Актуальность. ВИЧ-инфекция — болезнь, вызываемая ретровирусом, с длительным хроническим прогрессирующим течением, относится к категории медленных инфекций. При ВИЧ-инфекции страдает каждое звено иммунитета. При этом заболевании поражаются клетки иммунной, нервной и других систем и органов человека. В 2016 г. было зарегистрировано 103438 новых случаев ВИЧ-инфицирования среди граждан Российской Федерации. Начиная с 2005 г. отмечается рост новых случаев инфицирования в среднем на 10%. С 1985 по 2015 гг. в стране зарегистрировано 824706 случаев выявления в крови антител к ВИЧ. В настоящее время ситуация с ВИЧ — критическая, в 10 российских регионах объявлена эпидемия ВИЧ-инфекции.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ уровня CD4-лимфоцитов у впервые выявленных ВИЧ-инфицированных пациентов на территории МО г. Норильск при первом исследовании иммунного статуса за период с 2012 по 2016 гг.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов ДО «ВИЧ-СПИДа» КГБУЗ «Норильская городская больница № 2», форма № 025/У-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», где отражен уровень CD4. Определение CD4-лимфоцитов проводили на базе отделения клинической лабораторной диагностики КГБУЗ «Норильская межрайонная детская больница» (код в реестре ФСВОК 01576) методом проточной цитометрии на цитофлуориметре «Facs Calibur» с использованием наборов BD «TriTest CD3/CD4/CD45» на основе моноклональных антител.

Результаты. Ежегодно регистрируется уменьшение числа лиц с данным уровнем клеток и в 2016 году составляет всего 38,8%, но возрастает число пациентов с уровнем CD4-лимфоцитов < 200 клеток/мкл с 5,3% до 9,9%.

Заключение. За период наблюдения за состоянием иммунной системы у пациентов с момента регистрации первого случая ВИЧ-инфекции отмечается снижение исходного уровня CD4-лимфоцитов, ежегодно, в среднем на 6,3%. Первичная заболеваемость по ВИЧ-инфекции на территории МО город Норильск имеет тенденцию к снижению. Количество первичных больных ежегодно снижается.



111

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ СОЦИАЛЬНОГО РИСКА ВИТАМИНОМ D**Закирова А. М., Мальцев С. В.***Казанский государственный медицинский университет, Казань,
Российская Федерация*

Актуальность. Среди населения Европы и США недостаточность витамина D бывает у 40% людей, а гиповитаминоз у детей в 29–100%. Несмотря на исследования по изучению обеспеченности витамином D детей разных возрастных групп, мало работ по оценке содержания его в крови у детей из групп социального риска.

Цель исследования: оценить обеспеченность детей из групп социального риска витамином D.

Пациенты и методы. Обследовано 112 детей в возрасте от 2 месяцев до 3 лет из групп социального риска. Сформированы 2 группы: 1 (41) с перинатальным поражением центральной нервной системы, 2 (5) с детским церебральным параличом, 3 (34) от матерей, страдающих алкоголизмом и употребляющих психотропные средства, 4 (18) перенесших бронхит и внебольничную пневмонию более 2 раз в год, 5 (15) дети с рахитом. Проведено клиническое и лабораторное обследование в рамках Российской программы «Родничок». Результаты обеспеченности витамином оценивали в соответствии с рекомендациями Международного общества эндокринологов (2011).

Результаты. Медиана 25(ОН)D сыворотки у детей показала различия в зависимости от нозологических форм заболеваний. Так, у детей были низкие значения кальцидиола во 2 и 1 группах 19,3 [13,4–26,2] нг/мл ($p < 0,05$) и 23,8 [16,5–31,4] нг/мл соответственно ($p < 0,05$). Умеренный и тяжелый дефицит его был у детей 3 группы 4 нг/мл ($p < 0,01$). У многих детей 5 группы отмечались высокие темпы прибавки роста и массы в первые месяцы жизни в сравнении со здоровыми ($p < 0,05$). На фоне рахитических симптомов уровень метаболита у детей был 23,1 [16,2–31,6] нг/мл. У детей из групп социального риска при отсутствии адекватной инсоляции и недостаточного поступления витамина с пищей на ранних этапах важно назначение холекальциферола.

Вывод. С целью профилактики детям раннего возраста из групп социального риска показаны дозы витамина D 1000 МЕ (на 1 году) и 1500 МЕ в сутки (на 2–3 годах). С целью терапии в зависимости от степени тяжести дефицита показаны лечебные дозы 2000–4000 МЕ в сутки 4–8 недель под контролем уровня метаболитов с переходом на профилактическую дозу.

112

ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ДЕРМАТОЗЫ. ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Захарова О. В., Демидова А. Н.

*Детский медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Аллергодерматозы занимают ведущее место в структуре дерматологических заболеваний у детей до года. Особенности клинического течения ряда псевдоаллергических дерматозов, схожесть их с аллергодерматозами, часто приводят к постановке ошибочного диагноза.

Цель исследования: анализ актуальных проблем дифференциальной диагностики фолликулярного кератоза и аллергического дерматита у детей до года.

Пациенты и методы. За отчетный 2017 г. в отделении дерматовенерологии ФГБУ «Детский медицинский центр» УДП РФ было осмотрено дерматологом 76 детей в возрасте до года. Все дети с направительным диагнозом от педиатра — аллергический дерматит. 100% детей проведено лабораторное и дерматоскопическое обследование.

Результаты. У 73% детей диагностировано течение фолликулярного кератоза, что было подтверждено дерматоскопически. У 27% детей лабораторно обоснованный аллергический дерматит. На этапе лечения у педиатра 100% детей были переведены на гидролизированную смесь в сочетании с пролонгированным курсом антигистаминных препаратов и наружной стероидной терапии. Эффект от полученной терапии наблюдался только в группе детей с аллергическим дерматитом. Кожный процесс у детей с течением фолликулярного кератоза показал отсутствие динамики.

Заключение. Клинические проявления аллергодерматозов у детей раннего возраста схожи с рядом псевдоаллергических состояний (фолликулярный кератоз, лактазная недостаточность, себорейный дерматит, пустулез новорожденных). Преемственный подход специалистов к ведению детей раннего возраста с дерматологическими заболеваниями высокоэффективен и позволяет снизить риск постановки ошибочного диагноза.

113

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**Захарова Л. И., Кольцова Н. С., Катков И. В.***Самарский государственный медицинский университет, Самара,
Российская Федерация*

Актуальность. Процессы ранней неонатальной адаптации опосредуются развитием гормонального родового стресса, который зависит от зрелости ребенка и способа родоразрешения.

Цель исследования: установить влияния экстренного Кесарева сечения (КС) на гормонально опосредованные проявления клинко-метаболической адаптации детей менее 32 недель гестации.

Пациенты и методы: 44 ребенка менее 32 недель гестации с массой тела от 780 до 1450 г., из них 30 детей (70%) родились путем КС (1 группа), 14 — через естественные родовые пути (2 группа), с сопоставимой структурой сочетанной патологии: церебральная ишемия, респираторный дистресс синдром (РДС), морфофункциональная незрелость. Оценивали частоту и выраженность адаптивных и органоспецифических эффектов стрессовых гормонов.

Результаты. В раннем неонатальном периоде развитие асимптоматической гипогликемии отмечалось в 1 группе детей с частотой 0,7, что в 10 раз чаще, чем во 2 группе ($p = 0,008$), симптоматическая гипогликемия развилась у двух детей только из 1 группы, отечный синдром наблюдался в 1,5 раза чаще, чем во 2 группе ($p = 0,001$). Наступление первого нейтрофильно-лимфоцитарного перекреста в лейкоформуле отмечалось раньше — на 3–4 день жизни, по сравнению 6–8 днями жизни у детей 2 группы ($p = 0,002$). В связи с экстренностью родоразрешения антенатальная профилактика РДС была выполнена в неполном объеме у половины детей 1 группы, что коррелировало с тяжестью РДС ($r+0,8$).

Заключение. Более частое развитие у детей 1 группы клинко-метаболических синдромов, которые с большой вероятностью опосредуются быстрым истощением общего адаптационного синдрома и выпадением органоспецифических эффектов стрессовых гормонов, обосновывает мониторинг уровня кортизолемии у детей, родившихся путем КС.

114

ПРОБЛЕМА УПОТРЕБЛЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ СИНТЕТИЧЕСКИХ НАРКОТИКОВ НА ТЕРРИТОРИИ МО Г. НОРИЛЬСК

Захарова И. А., Глотов И. А., Шуварина Е. Г.

*Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5, Красноярск,
Российская Федерация*

Актуальность. В последнее десятилетие чрезвычайно актуальный характер приобрело растущее количество новых психоактивных веществ (ПАВ) и их распространение по всему миру. Ежегодный доклад по наркотикам УНП ООН (UNODC) 2013 г. своей большей частью был посвящён именно проблемам, связанным с широким распространением новых «дизайнерских» наркотиков. Часто они выглядят как специи, лекарственные травы, обычные сигареты, на которые химическим путём нанесено ПАВ. Состав курительных смесей многообразен, способы их употребления различны.

Цель исследования: анализ употребления современных синтетических наркотиков на территории МО г. Норильск

Пациенты и методы. Несовершеннолетние, поступившие в ОННП КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 5» в количестве 70 человек за 2011–2015 гг.

Результаты. Наряду с употреблением ПАВ методом курения и ингаляции, по-прежнему распространено инъекционное употребление наркотиков, в частности психостимуляторов, производных эфедрона (соль, «скорость» и т. д.). В основном это наркозависимые, перешедшие на употребление этого вида наркотиков после длительной наркотизации опиоидами (дезоморфин). Если 5 лет назад на первом месте по частоте употребления стояли опиоиды, то теперь они замыкают «тройку лидеров». По всей видимости, это коррелирует с доступностью ПАВ в среде наркопотребителей. Основная масса больных, прошедших стационарное лечение в ОННП после употребления ПАВ — это пациенты, употребляющие синтетические каннабиноиды и психостимуляторы — более 90%. Отдельно хочется отметить, что в период с 2010 по 2015 гг. количество подростков, пролеченных в ОННП в связи с употреблением ПАВ, возросло в 20 раз. По данным КГБУЗ «НМДБ», в 2015 г. в отделение реанимации поступило 3 подростков с отравлением ПАВ.

Заклучение. Несмотря на широкое обсуждение проблемы распространения современных синтетических наркотиков, их употребление среди подростков продолжает расти. В связи с этим необходимо расширять систему профилактики болезней зависимости в подростковой среде.

115

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ**Звягина Н. М., Антонов О. В., Степанова Э. В.***Омский государственный медицинский университет, Омск,
Российская Федерация*

Актуальность. Хронический гастрит продолжает занимать одно из лидирующих мест по частоте среди хронических заболеваний (Г. В. Волынец, 2013; В. Т. Ивашкин, 2016; В. А. Максимов с соавт., 2016). При этом истоки этого заболевания находятся, как правило, в детском возрасте (Р. Р. Кильдиярова, 2016; Лапина Т. Л., 2016).

Цель исследования: изучить результаты клинического, лабораторного и инструментального исследования подростков с хроническим гастритом до- и после эрадикационной терапии, а также ее эффективность.

Пациенты и методы. Представлены результаты обследования 102 детей от 12 до 17 лет включительно с диагнозом хронического гастрита. Проведены осмотр, анкетирование и анализ историй развития 47 мальчиков и 55 девочек. Изучены клинические проявления, результаты ФГДС и заключения о морфологических изменениях слизистой оболочки желудка.

Результаты. Установлено, что среди детей с хроническим гастритом все дети в возрасте от 1 года до 12 лет в анамнезе имели от 1 до 3-х случаев подтвержденного лямблиоза, у 95% детей регистрировался энтеробиоз, у 12% был выявлен описторхоз. Определено, что функциональные нарушения кишечника до постановки диагноза хронического гастрита, ассоциированного с *Helicobacter pylori*, имели 45% детей. У 30% пациентов через 2 месяца после первой эрадикации контроль *Helicobacter pylori* показал отсутствие эффекта от назначенного лечения. Функциональные нарушения кишечника сопровождались снижением колонизации бифидо- и лактобактерий; избыточным ростом условно-патогенной флоры. У 18% детей отмечалось присутствие *Citrobacter freundii*. Результаты опроса показали, что лишь 62% подростков с хроническими гастритами получали питание в школах.

Вывод. Собственные исследования свидетельствуют о роли глистно-протозойной инвазии, предшествующей развитию хронического гастрита, недостаточной эффективности эрадикационной терапии с нарушением микробного пейзажа в кишечнике. Проведенный опрос подростков показал отсутствие соблюдения большинством школьников гигиенических требований в школе, и необоснованный отказ от питания в школьных столовых.

116

МНОЖЕСТВЕННЫЕ РАБДОМИОМЫ СЕРДЦА У ПЛОДА — ПРЕНАТАЛЬНЫЙ МАРКЕР ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА

Зобикова О. Л., Прибушеня О. В., Хурс О. М., Бучель Ю. Ю.

Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Минск, Беларусь

Актуальность. Туберозный склероз (ТС) — генетически детерминированное заболевание, характеризующееся образованием множественных гамартром в различных органах и тканях. Считается, что множественные рабдомиомы сердца, установленные в пренатальном периоде, могут быть первыми клиническими проявлениями ТС.

Цель исследования: оценить постнатальный клинический статус 5 пациентов с пренатально выявленными множественными рабдомиомами сердца.

Пациенты и методы. Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) плодов в 3 триместре беременности и магнитно-резонансное томографии головного мозга пациентам после рождения.

Результаты. При УЗ исследовании в 3 триместре беременности у 5 плодов были выявлены множественные рабдомиомы сердца. В 1-м случае МРТ головного мозга плоду проведено пренатально (34 недели гестации) — выявлено объемное образование. После рождения проведено хирургическое лечение. По данным морфологической верификации опухоль определена как астроцитомы. При осмотре в 1 г. 7 мес. имеет тяжелые неврологические нарушения. В 2-х случаях МРТ проведено в неонатальном периоде детям с судорожным синдромом. Установлены кортикальные дисплазии головного мозга. В 2 случаях МРТ головного мозга проводилось в возрасте 1 года — аномалий развития не выявлено. Неврологических нарушений в этом возрасте не отмечалось. В соответствии с рекомендациями по диагностике ТС (консенсус 2012 года), клинический диагноз ТС установлен у 3 из 5 пробандов на момент осмотра. Однако, манифестация клинических признаков возможна в более старшем возрасте, что требует дальнейшего клинического наблюдения.

Закключение. Представленные наблюдения демонстрируют необходимость повышенной настороженности в отношении ТС при выявлении множественных рабдомиом сердца у плода.

117

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ**Зубринкин А. В., Баистракова Т. А., Вилков В. И., Шахтарин А. В.***Детская республиканская клиническая больница, Марий Эл, Йошкар-Ола, Российская Федерация*

Актуальность. По статистике крупных областных клинических больниц РФ, в настоящее время, доля аппендэктомий лапароскопическим методом (ЛМ) достигает 65%, а количество осложнений, при сравнении с открытой методикой (ОМ) в 2 раза меньше (3–5% ЛМ и 6–11% ОМ).

Цель исследования: сравнить результаты оперативного лечения острого аппендицита у детей открытым и лапароскопическим методом, выполненных в ГБУ РМЭ «ДРКБ».

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 575 историй болезни детей от 3 до 15 лет (средний возраст 9,7), оперированных по поводу острого аппендицита в период с января 2013 г. по декабрь 2016 г. Из них 54,4% (n = 313) девочки и 45,6% (n = 262) мальчики.

Результаты. ОМ выполнены хирургические вмешательства у 89% (n = 511) детей, ЛМ — у 11% (n = 64). Наибольшее количество пациентов прооперировано по поводу флегмонозного аппендицита 41,7% (n = 240), из них ОМ 37,2% (n = 214) и ЛМ 4,5% (n = 26); аппендициты, осложнённые перитонитами выявлены в 34,1% (n = 196), из них ОМ выполнены — у 31% (n = 178), ЛМ — у 3,1% (n = 18), гангренозный аппендицит составил 14,2% (n = 82), из них ОМ — у 13% (n = 75), ЛМ — у 1,2% (n = 7). Наименьшее количество аппендэктомий выполнено по поводу катаральной формы — 10% (n = 57), ОМ — у 7,7% (n = 44), ЛМ — у 2,3% (n = 13). При этом общий процент осложнений составил 3,1% (n = 18). Количество повторных госпитализаций с осложнениями при ОМ оказалось в два раза больше — 3,3% (n = 17), чем при ЛМ — 1,6% (n = 1). Из них 13 больных со спаечной болезнью при ОМ, 1 — при ЛМ, и 4 — с абсцессом малого таза при ОМ.

Закключение. Процент лапароскопических аппендэктомий у детей в республике Марий Эл остается низким (11% против 65%). ЛМ является преимущественной методикой удаления червеобразного отростка по сравнению с ОМ. Количество осложнений после аппендэктомии ЛМ в ДРКБ республики Марий Эл в 2 раза меньше, чем при ОМ.

118

СЛУЧАЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА VI ТИПА (СИНДРОМА МАРОТО-ЛАМИ)**Иванов Д. В.***Детская городская больница № 1, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Актуальность. Синдром Марото-Лами — это лизосомная болезнь накопления, вызванная снижением количества или нарушением функции фермента N-ацетилгалактозамин-4-сульфатазы, которая проявляется в постепенно усиливающейся задержке роста, выраженных скелетных деформациях, лицевых дисморфиях, обструкции верхних дыхательных путей, патологии сердечно-сосудистой системы, паренхиматозных органов, глаз, слуха. У больных обычно наблюдается нормальный интеллект. Частота возникновения МПС VI составляет по данным разных авторов от 1 на 238 000 до 1 на 1 300 000. В Санкт-Петербурге данный случай является первым, остальные пациенты остаются невыявленными. На данный момент разработана ферментозаместительная терапия.

Цель исследования: обратить внимание на столь редкое заболевание, в связи с разработанной заместительной терапией и возможностью полностью изменить качество жизни.

Пациенты и методы. Мальчик 3. 3 месяца находился в 36 отделении СПбГБУЗ «Детская Городская Больница № 1». Поступил по направлению от гематолога в связи с выявленными при профосмотре изменениями в анализе крови: умеренная нейтропения, токсогенная зернистость в цитоплазме нейтрофилов.

Результаты. В гемограмме: нейтропения (АЧН 530–690), лимфоцитоз. По данным миелограммы сужен миелоидный росток, в лимфоцитах, базофилах — крупные красно-фиолетовые гранулы (аномалия Альдера). Выявлена повышенная экскреция ГАГ — до 116 мг/моль (при норме 33–40,0 мг/моль), в частности дерматан-сульфата в моче, а также дефицит арил-сульфатазы В в крови (11,3 при норме 42,8–129,8 Нм/мг/час). При молекулярно-генетическом исследовании в экзоне 5 гена ARSB обнаружена описанная мутация Arg315Term в гомозиготном состоянии.

Закключение. Нами осуществлена крайне ранняя диагностика мукополисахаридоза 6 типа. Нельзя не отметить роль морфологического исследования мазка периферической крови. Именно выявленная аномалия Альдера и послужила началом диагностического поиска. В ближайшее время будет начата программная ферментозаместительная терапия препаратом «Наглазим».

ОТРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ — ФАКТОР СОЦИАЛЬНОГО РИСКА**Ильина Н. Н., Дармаева М. Н., Корнюшин А. А., Усова А. Е.***Бурятский государственный университет, Улан-Удэ, Российская Федерация*

Актуальность. Рост неотложных состояний в стационарах обусловлен отравлениями детей с последствиями и нередко с летальным исходом.

Цель исследования: анализ отравлений у детей во взаимосвязи с факторами риска.

Пациенты и методы. В детском стационаре проведено проспективное (5 лет) наблюдение 403 детей с отравлениями. Преобладал подростковый возраст (52,3%) и до 3 лет (29,3%). Пациенты распределены по классам токсинов и клинике.

Результаты. Возрастная динамика больных стабильна по годам: дети до 3 лет составили 27,2%, девочки-подростки с ростом частоты на 10,5%. По видам токсинов распределение таково (%): медикаментозные 40,7; бытовая химия 25,3; алкоголь 33,7; угарный газ 0,3. 2/3 детей раннего возраста из семей низкого социального статуса. У 2 детей до 2 лет с отравлением теофиллином и аспирином смерть связана с поздним обращением и самолечением. У 1/4 семей причина отравлений — небрежная организация быта. У девочек-подростков отравления обусловлены девиантным поведением, конфликтами и суицидом 24,6%. Летальность у них отмечена в 2 случаях при госпитализации в коме. У детей с ранней (82%) госпитализацией регистрировались обратимые расстройства ведущих систем, купируемые в течение 48 часов с последующим лечением соматических расстройств. Средний койко-день у них 29,9. Подросткам проводилась длительная психотерапевтическая коррекция в течение 37,3 дней.

Заключение. Частота отравлений у детей в регионе высока и обусловлена вкладом социальных факторов. Рост отравлений у девочек-подростков отражает неблагополучие в семье и в школе с нарушением социальной адаптации. Профилактика отравлений у детей обосновывает комплексный подход к проблеме.



120

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С АСФИКСИЕЙ ПРИ РОЖДЕНИИ, НАХОДИВШИХСЯ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Ильина А. Я., Мищенко А. Л., Барина А. С., Царева Л. Э., Ахалова Е. А., Соловьева И. В., Кашин В. Н., Побединская О. С., Пичугина Е. А., Запольская А. Н.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Известно, что оценка состояния здоровья новорожденного в раннем неонатальном периоде определяется, с одной стороны, наличием перенесенной внутриутробной гипоксии и внутриутробного инфицирования, а с другой — степенью тяжести асфиксии при рождении. При этом асфиксия при рождении является лишь показанием для перевода ребенка в отделение реанимации и в основном следствием основных диагнозов, причиной которых является неблагоприятное течение гестационного периода.

Цель исследования: оценить состояние здоровья новорожденных с асфиксией при рождении различной степени тяжести.

Пациенты и методы: I группа дети с умеренной ($n = 34$) и II — с тяжелой степенью асфиксии при рождении ($n = 8$).

Результаты. Среди детей I группы преобладали недоношенные дети (60,6%), а среди II группы доношенные (60%). Всем детям II группы проводилась ИВЛ, а у детей I — частота ИВЛ составила 64,7%. У всех детей обеих групп была внутриутробная гипоксия и у 87,5% детей II группы и у 58,8% детей I — внутриутробное инфицирование. В 100% случаев детям обеих групп был поставлен диагноз ГИП ЦНС. Врожденная пневмония наблюдалась у 87,5% детей II группы и 58,8% детей I группы. Причем, патогенетически аспирация меконием отмечалась у 33,3% детей II группы и у 25% детей I группы. Среди сопутствующих диагнозов отмечались СДР — только у 47% недоношенных детей I группы и у 25% недоношенных детей II группы; конъюгационная желтуха — преимущественно у детей I группы 41,2% (из них 85,7% недоношенные) и только у недоношенных детей II группы. (12,5%). ЗВУР — только у детей I группы (26,5%) из них 55,6% недоношенные; анемия — у 50% детей II группы (из них 75% недоношенные) и только у недоношенных детей I группы (17,6%); ООС — только у детей I группы (32%) из них 63,6% недоношенные. И только у одного недоношенного ребенка I группы был сепсис.

Заключение. Тяжесть состояния детей с асфиксией при рождении, находившихся в отделении реанимации для новорожденных определялась диагностикой врожденной пневмонии у 87,5% детей с тяжелой степенью и у 58,8% детей с умеренной степенью. На фоне у 100% детей обеих групп ГИП ЦНС.

121

**ТРОМБОФИЛИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Ильина А. Я., Мищенко А. Л., Ахалова Е. А., Баринова А. С.,
Побединская О. С., Михсин С. В., Лукина Н. Н., Царёва Л. Э.,
Шморгун Т. В., Кокая И. Ю.**

*Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Одним из основных факторов наиболее влияющим на состояние здоровья плода и новорожденного является здоровье женщин во время беременности. Особое место в структуре осложнений у беременных женщин с наследственной тромбофилией (НТ) занимает кардиоваскулярная патология (КВП), включающая как заболевания сердца, так и сосудов.

Цель исследования: изучить структуру КВП у беременных женщин с НТ.

Пациенты и методы. 1 группа женщины с болезнями и врожденными аномалиями развития системы кровообращения (n = 112); 2 группа женщины с болезнями системы кровообращения: болезнями вен (n = 34).

Результаты. Среди КВП у обследованных женщин были выделены: болезни и врожденные аномалии развития системы кровообращения (76,7%) и болезни системы кровообращения: болезни вен (23,3%). Структура заболеваний у беременных женщин 1 группы была представлена: пролапсом митрального клапана 1 степени с митральной регургитацией 1 степени ПМК (40,2%), нарушением ритма сердца (28,6%), врожденными пороками сердца (25%) и МАРС (6,3%). Структуру заболеваний у беременных женщин 2 группы составили: варикозная болезнь нижних конечностей (58,8%), флебит и тромбофлебит вен нижних конечностей (11,8%), тромбоз вен головного мозга (11,8%), тромбоз наружной яремной вены (11,8%) и варикоз вен матки (5,9%). В тоже время НТ чаще диагностировалась у беременных женщин 2 группы (47,1%), и преимущественно с варикозной болезнью нижних конечностей (58,8%) по сравнению с беременными женщинами 1 группы (20,5%).

Заключение. В структуре КВП у беременных женщин преобладали болезни и врожденные аномалии развития системы кровообращения (76,7%), среди которых преимущественно был ПМК (40,2%). Но, частота диагностики наследственной тромбофилии была в 2 раза больше у беременных женщин с болезнями системы кровообращения: болезнями вен (47,1%) по сравнению с данным показателем у беременных женщин с болезнями и врожденными аномалиями развития системы кровообращения (20,5%), что определяет необходимость дальнейшего изучения алгоритма ведения беременности у данного контингента женщин с целью профилактики гипоксии и тромбозов в системе «женщина-плод-новорожденный».

122

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 5 ДО 9 ЛЕТ ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Казьмина Н. В., Шереметова К. А., Матыскина Н. В., Калмакова Н. Н.

*Красноярский государственный медицинский университет имени проф.
В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Российская Федерация*

Актуальность исследования обусловлена тем, что в последнее время отмечаются неблагоприятные сдвиги в состоянии детей разных возрастов, что характеризуется ростом распространенности функциональных расстройств и хронических заболеваний.

Цель исследования: проанализировать уровень заболеваемости детей в возрасте от 5 до 9 лет при проведении профилактического осмотра.

Пациенты и методы: 405 детей в возрасте от 5 до 9 лет, проживающие в Железнодорожном районе г. Красноярска.

Результаты. Лидирующую позицию заняли болезни органов дыхания — 24%, чаще острых респираторных вирусных инфекций. Далее следуют заболевания органов пищеварения — 20%. Патология костно-мышечной системы обнаружена у 13% детей. В отношении физического развития 64,3% имели средние показатели. Из нарушений физического развития первое место занимает избыток массы тела, что может быть вызвано малоподвижным образом жизни, неправильным питанием, так же возможна эндокринная патология. Анализ состояния здоровья детей позволил распределить детей по следующим группам здоровья: I группа — 13%, II группа — 67%, III группа — 16%.

Заключение. Необходима своевременная организация профилактической работы, направленная на снижение уровня детской заболеваемости. Важное место занимает и консультирование родителей по вопросам сохранения и укрепления здоровья детей, а также половому и физическому воспитанию. Проведение бесед с матерями и детьми о здоровом образе жизни: об организации школьного и домашнего режима, организации внешкольных нагрузок, питания, физических нагрузок и быта.

123

ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, НАЧАВШЕЙСЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**Каледа М. И., Асеева Е. А., Никишина И. П., Соловьев С. К.***Научно-исследовательский институт ревматологии имени В. А. Насоновой,
Москва, Российская Федерация*

Актуальность. До 20% больных СКВ заболевают до 18 лет, только 13% из них имеют безмедикаментозную ремиссию во взрослом состоянии.

Цель исследования: изучить особенности ювенильного дебюта СКВ.

Пациенты и методы. Ретроспективное исследование 216 пациентов (за период 1992–2017 гг.). Пересмотр диагноза согласно критериям SLICC-2012, оценка активности по шкале SLEDAI.

Результаты. Среди 216 пациентов 12,9% мальчики. Провоцирующий фактор выявлен у 29% пациентов: инсоляция 51%, инфекция 19%, психотравма 12%, вакцинация 10%. Диагноз СКВ установлен в поликлинике по месту жительства у 2,8% пациентов, в городских стационарах — 42,7%, в Федеральных центрах — 49,5%. Только у 9,2% изначально установлен диагноз СКВ, у 1,4% — дискоидная красная волчанка, у 21% — различные инфекции, у 11,2% — аллергические заболевания, у 6,3% — нефрит, 33,6% — другие ревматические заболевания (16,8% — ювенильный артрит). Медиана возраста дебюта 13,7 лет (10,8; 15,05); длительность заболевания на момент верификации диагноза — 6 мес (2; 14). У 33,4% пациентов диагноз установлен спустя более, чем 1 год от дебюта. 68,5% детей имели лихорадку, острое поражение кожи — 64% пациентов, проявления по типу хронической кожной волчанки — 42,4%, язвы слизистых — 17,7%, алопецию — 22,2%, артрит — 71,4%, серозиты — 31%, поражение почек — 56,6%, нейропсихические нарушения — у 21,2%; гемолитическая анемия — у 15,8% детей, лейкопения — 52,2%, тромбоцитопения — 23,6%. АНФ выявлен у 83,8% пациентов (на культуре Нер-2 — у 100%), аДНК — у 83,3%, анти-Sm — 29,2%, антифосфолипидные антитела — 7,3%, низкий уровень комплемента — у 49,0%, положительная проба Кумбса — у 13,5%. Синдром активации макрофагов в дебюте у 3,4% пациентов. Активности заболевания на момент верификации диагноза по SLEDAI 13,7 (8; 20).

Закключение. Для СКВ у детей характерна высокая активность в дебюте. Общеконституциональные нарушения в дебюте стали причиной диагностики инфекции или аллергического заболевания у трети пациентов. Наиболее частые проявления СКВ — поражение кожи, артриты, лейкопения и положительный АНФ.

124

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ ПРИ КОХЛЕАРНЫХ ИМПЛАНТАЦИЯХ

Калугина М. С., Александров А. Е., Русецкий Ю. Ю.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Кохлеарная имплантация применяется для лечения глухоты и тяжелых нарушений слуха. Она стала активно внедряться в работу нашего центра с 2014 г. Для избежания неприятных ощущений, вызываемых дискомфортными звуками, во время операции проводится тестирование кохлеарного импланта (КИ). С помощью электрической стимуляции проводится регистрация по каналам уровней порога стапедального рефлекса (ESRT). Эти данные используют для настройки речевого процессора.

Цель исследования. В связи с отмеченным влиянием анестезии на результаты тестирования, целью работы явилось оценить влияние ингаляционной (севофлурановой) анестезии на значения порогов возникновения ESRT.

Пациенты и методы. На данный момент проведено 85 операций. 81,7% — дети младшей возрастной категории от года до 7 лет. В ходе операций установлены три ведущие фирмы КИ: Cochlear (Австралия) 46%; Med El (Австрия) 48%; Advanced Bionics (США) 6%. В связи с особенностями стратегии снятия нейро-рефлекторного ответа у различных систем КИ имелась возможность оценить пороги и зарегистрировать результаты двукратно на различных уровнях анестезии лишь у КИ фирмы MedEl. Во время операции мы проводили BIS и TOF-мониторинг (мониторинг глубины сознания и степени релаксации пациента).

Результаты. Было отмечено, что наибольшее количество ответов на каналах при регистрации ESRT было получено при отсутствии влияния мышечных релаксантов и значениях BIS-индекса больше 60 (легкая степень седации). Также отмечена корреляция между уровнем седации пациента и получением средних значений промежуточных точек при регистрации ESRT. Значения были значительно выше при глубокой степени седации пациента (от 14,32 до 36,52), при средней степени седации они соответствовали цифрам от 13,3 до 20,77.

Закключение. Анестезия на основе севофлурана оказывает угнетающее влияние на получение ESRT. Использование BIS и TOF-мониторинга является целесообразным для получения адекватной оценки ESRT, вследствие того, что они позволяют избежать чрезмерной седации и релаксации пациента во время проведения тестирования КИ.

125

**РОЛЬ *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* В ГЕНЕЗЕ
АНТИБИОТИКАССОЦИИРОВАННЫХ ДИАРЕЙ У ДЕТЕЙ****Камилова А. Т., Ахмедова И. М., Геллер С. И.***Республиканский специализированный научно-практический медицинский
центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Вопрос об истинной распространенности *C. difficile* у детей с антибиотикассоциированной диареей (ААД) продолжает оставаться дискуссионным.

Цель исследования: выявить роль *Clostridium difficile* в генезе ААД у детей.

Пациенты и методы. Фекалии 58 детей с ААД исследовались для определения токсинов А и В *Clostridium difficile* с помощью набора для иммуноферментного анализа Savyon's CoproELISATM.

Результаты. Под наблюдением было 232 ребенка в возрасте от 1 месяца до 5 лет, получавших антибиотики. Диарея развилась у 58 детей (25%). *C. difficile* выявлены у 12 (20,6%) детей с ААД. Статистически достоверные различия выявлены между *C. difficile* позитивными и негативными формами ААД. При *C. difficile* позитивной форме ААД диарея длилась в среднем $9,5 \pm 5,8$ дней, а при идиопатической ААД $5,3 \pm 1,8$ дня ($p < 0,001$). У детей с *C. difficile* позитивной формой ААД достоверно чаще установлены тяжелый дефицит массы тела, анемия и снижение гемоглобина ($p < 0,05$).

Заключение. ААД развивается у 25% пациентов, получающих антибактериальную терапию в стационаре. Токсигенные штаммы *C. difficile* верифицированы в 20% случаев ААД. Клинические проявления *C. difficile* ассоциированной диареи характеризовались более частым стулом, выраженной анемией и развивались на фоне тяжелого дефицита массы тела.

126

ЭФФЕКТИВНОСТЬ САПЛЕМЕНТАЦИИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ В ЗОНЕ ПОВЫШЕННОЙ СОЛНЕЧНОЙ ИНСОЛЯЦИИ

Камилова А. Т., Алиева Н. Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Эффективность саплементации витамином D детей с целиакией в зоне повышенной инсоляции.

Цель исследования: установить эффективность применения водного раствора витамина D при лечении Ц у детей.

Пациенты и методы. Под наблюдением было 60 детей с Ц в возрасте 3–16 лет. При саплементации мицелизированной формой витамина D дозы рассчитывали по международным клиническим руководствам [Roider E., и соавт., 2013], согласно которым при дефиците витамина D детям до 12 лет ежедневная доза составляет 6 тыс. единиц, старше 12 лет — 10 тыс. единиц в течение 3-х месяцев. При недостаточности витамина D доза препарата с витамином D составляла 2000 МЕ, которую пациенты принимали в течение 2 месяцев. 45 детей с целиакией получали витамин D, группу сравнения составили 15 детей. Мониторинг терапии проводился через 3 месяца. Определяли уровень щелочной фосфатазы, паратгормона и кальцидиола. Тонкокишечное всасывание оценивалось глюкозотолерантным тестом.

Результаты. Отмечено двукратное снижение показателей щелочной фосфатазы после лечения в основной группе, однако они оставались выше значений нормы в 1,6 раза ($p < 0,001$). В группе сравнения данные показатели практически не снижались. Установлено достоверное уменьшение уровня паратгормона в основной группе ($p < 0,05$) и увеличение витамина D ($28,6 \pm 8,8$ нг/мг против $14,8 \pm 1,04$ нг/мг; $p < 0,05$), при норме $45,1 \pm 3,8$ нг/мг. В группе сравнения значения кальцидиола почти не изменились и составили $16,1 \pm 2,5$ нг/мг. У детей с Ц после лечения в основной группе отмечено увеличение прироста гликемии в 1,6 раз, тогда как в группе сравнения этот показатель практически оставался на том же уровне, как и до лечения ($p < 0,05$).

Заключение. Применение в комплексной терапии больных с целиакией высоких доз водного раствора витамина D способствует улучшению тонкокишечного всасывания. Уровень паратгормона снижается в 1,6 раза, но не достигает значений нормы. Показатели кальцидиола увеличиваются в 2 раза и достигают значений, свидетельствующих о недостаточности витамина D, и требуют дополнительной саплементации.

127

**УРОВЕНЬ КАЛЬЦИТРИОЛА У ДЕТЕЙ С РАХИТОМ
НА ТЕРРИТОРИИ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ****Каргина И. Г., Щербак В. А., Щербак Н. М.***Читинская государственная медицинская академия, Чита,
Российская Федерация*

Актуальность. К настоящему времени выявлено присутствие в организме человека более 50 метаболитов витамина D3. Однако исследуются в основном только два из них: кальцидиол 25(OH)D3 и кальцитриол 1,25(OH)2D3. При этом кальцидиол изучается гораздо чаще, а роль кальцитриола незаслуженно упускается.

Цель исследования: исследование уровня кальцитриола (1,25OH)D3 у детей с рахитом на территории Забайкальского края.

Пациенты и методы. Обследован 71 ребенок в возрасте от 3 месяцев до 2 лет с рахитом. 1 степень рахита диагностирована 37 детей, вторая — у 34. Острое течение было у 36, подострое — у 35 детей. В качестве контроля обследовано 19 здоровых детей соответствующего возраста. Исследование 1,25(OH)D3 в сыворотке проведено методом ИФА. Определялись медиана (Me) и межквартильный интервал (от 25 до 75 процентиля).

Результаты. Концентрация кальцидиола при 1 степени рахита составила 127 [85; 162], а при 2 степени 249 [215; 302] пмоль/л, что значительно выше, чем у здоровых детей 47 [28; 72] ($p < 0,001$). У больных подострым течением рахита содержание 1,25(OH)2D3 было в 1,5 раза выше, чем острым 233 [201; 254] и 153 [125; 189] пмоль/л соответственно ($p < 0,01$). Большинство исследователей находили сниженный уровень кальцидиола при рахите. Прием препаратов витамина D3 повышает именно 25(OH)D3. В то время как концентрация 1,25(OH)2D3 напрямую не зависит от экзогенного поступления витамина D3. Между двумя данными метаболитами не существует прямая корреляция, поскольку концентрация 1,25(OH)2D3 регулируется генетическими механизмами, и даже при дефиците 25(OH)D3 может сохраняться на высоком уровне. Вот почему исследование 1,25(OH)2D3 позволяет понять механизм регуляции фосфорно-кальциевого обмена независимо от приема витамина D.

Закключение. Концентрация кальцитриола при рахите увеличена. Более высокий уровень зарегистрирован при 2 степени рахита и подостром течении.



128

НЕ-ЭХОПЛАНАРНЫЕ ДИФфуЗИОННО-ВЗВЕШЕННЫЕ МР ИССЛЕДОВАНИЯ (non-EPI DWI) В ВЫЯВЛЕНИИ ХОЛЕСТЕАТОМ СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ**Каркашадзе М. З., Аникин А. В., Кузнецова Г. В., Русецкий Ю. Ю.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Холестеатома одно из частых осложнений воспалительных процессов среднего уха у детей. Процент рецидивов достаточно высок. Необходим метод диагностики, который на фоне постоперационных фиброзно-грануляционных изменений сможет определить наличие холестеатомы у оперированных пациентов.

Цель исследования: изучить информативность не-эхопланарной ДВИ в диагностике холестеатом, разработать оптимальный протокол исследования среднего уха у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 16 детей в возрасте от 7 до 15 лет с рецидивирующей холестеатомой среднего уха. Кроме МРТ всем пациентам проводилась компьютерная томография. МРТ выполнялась на аппаратах с напряженностью магнитного поля 1,5 и 3,0 Тесла. Обследование включало как стандартную методику МРТ для изучения головного мозга, так и дополнительную часть для оценки мелких анатомических структур среднего уха, это 3D FIESTA в аксиальной и коронарной проекциях и не-эхопланарное ДВИ (non-EPI DWI или PROPELLER DWI). Использовались коэффициенты диффузии b_0 и b_{1000} , с последующим построением ИКД карт. Полученные данные МРТ были сопоставлены с результатами оперативных вмешательств.

Результаты. Применение не-эхопланарной ДВИ позволило значительно снизить артефакты от костей основания черепа. Неинвазивный характер исследования, отсутствие лучевой нагрузки и необходимости применения контрастного вещества, позволили проведение исследования без возрастных ограничений. При исследовании обнаруживались холестеатомы размером от 4 до 15 мм. Высокий сигнал на DWI и сопоставление их с ИКД картой дало возможность отдифференцировать холестеатому от мягкотканого субстрата (фиброзно-грануляционная ткань, отечная слизистая оболочка). В 15 случаях данные МРТ совпали с результатами оперативных вмешательств.

Заключение. Таким образом, не-эхопланарное ДВИ (non-EPI DWI) позволяет наиболее точно диагностировать рецидивирующую холестеатому среднего уха, отдифференцировать ее от грануляционно-фиброзной ткани, определить точную анатомическую локализацию и размеры.

129

**ПРОГНОЗ И ПРОФИЛАКТИКА БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ
У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ****Каткова Л. И., Галахова О. О.***Самарский государственный медицинский университет, Самара,
Российская Федерация*

Актуальность. Бактериальные инфекции (БИ) у новорожденных детей являются одной из основных причин младенческой смертности в Самарской области. Внедрение новых медико-организационных технологий, направленных на их снижение является важной государственной задачей.

Цель исследования: прогнозирование реализации БИ у недоношенных детей на основании изучения состава грудного молока (ГМ) их матерей.

Пациенты и методы. Проведено исследование 109 новорожденных детей со сроком гестации 26–35 недель с факторами риска анте и/или интранатального инфицирования, поступивших в ГБУЗ СО «СГДКБ № 1 им. Н.Н. Ивановой». Пациенты были разделены на 2 группы. Основную (I) группу составили 62 ребенка, у которых произошла реализация инфекции в виде бактериального сепсиса и врожденной пневмонии в раннем неонатальном периоде. 2 «условно контрольную» группу 47 детей с перинатальными повреждениями ЦНС ($n = 25$), РДС и ателектазами ($n = 10$), родовыми травмами в виде кефалогематомы ($n = 3$), неонатальными желтухами ($n = 5$), анемиями новорожденных ($n = 4$).

Всем детям проведено клинико-инструментальное обследование. Для верификации инфекции применялись микробиологические и молекулярно-биологические методы (ПЦР). Проведено исследование состава грудного молока у матерей обеих групп на содержание общего белка, триглицеридов, секреторного IgA на 7 сутки жизни.

Результаты. Выявлено повышение содержания общего белка ($23,4 \pm 11,1$ г/л и $17,9 \pm 2,0$ г/л, $p < 0,0001$) и секреторного IgA ($18,3 \pm 1,7$ г/л и $7,6 \pm 1,0$ г/л, $p < 0,0001$) в ГМ матерей новорожденных детей, реализовавших и не реализовавших инфекционный процесс. При этом в основной группе данные показатели были достоверно выше, что следует рассматривать как защитно-адаптационный механизм. Уровень триглицеридов оставался в пределах нормы ($40,0 \pm 2,5$ г/л и $33,5 \pm 2,7$ г/л).

Закключение. Полученные данные позволяют прогнозировать патологические изменения в биологической системе «мать-ГМ-новорожденный ребенок», рассматривать грудное вскармливание у недоношенных детей как фактор профилактики БИ.

130

АНАЛИЗ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ВТОРОГО И ТРЕТЬЕГО ГОДА ЖИЗНИ В РОССИИ (ПО ДАННЫМ ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ)

Кешабянц Э. Э., Мартинчик А. Н., Сафронова А. М., Пескова Е. В.

Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Изучение и оценка питания детей раннего возраста важная и неотъемлемая часть своевременного выявления и коррекции нарушений.

Цель исследования: изучение и оценка характера питания детей в возрасте 1–3 лет.

Пациенты и методы. Фактическое питание изучали 24-часовым методом воспроизведения по данным, полученным в рамках программы выборочного наблюдения рациона питания, проведенного Росстатом в 2013 г. Всего было обследовано 4796 детей в возрасте 1–3 лет из 8 федеральных округов.

Результаты. Основными источниками энергии в рационе детей были злаковые (каши) и молочные продукты — 34 и 18% соответственно, на третьем месте — мясо и мясопродукты (11%). Средняя энергетическая ценность рационов детей в возрасте 1–2 года составила 1052 ккал/день, а 2–3 года — 1308 ккал/день, что было несколько ниже российских рекомендаций. Основными источниками белка в питании детей являлись молоко и злаковые продукты, которые обеспечивали более 50% белка в суточном рационе, на третьем месте — мясные продукты (22–25% белка). Среднее потребление белка соответствовало нормам РФ, но превышало рекомендации ВОЗ, и составило 36 и 42 г/день у детей 1–2 и 2–3 года соответственно. Потребление НЖК по калорийности значительно превышало рекомендуемые значения и составляло 14–15%; отмечено повышенное потребление добавленного сахара в% по калорийности (13%). Выявлено потребление ниже норм железа, витамина С и кальция у детей 1–2 года, а также кальция детьми 2–3 года. Установлено, что не все дети в день опроса в рационе имели овощи, фрукты, мясопродукты: овощи отсутствовали в рационе 65–73% обследованных детей, фрукты — 30,0%, мясопродукты — 30–40% детей. В то же время в рационе детей присутствовали «недетские продукты»: сосиски и колбасы у 10% детей в возрасте 1–2 года и 18% детей в возрасте 2–3 года, жареный картофель у 3–5% детей.

Заключение. Сниженное потребление железа, кальция и витамина С, а также включение «недетских» продуктов в рацион может неблагоприятно сказаться на здоровье и развитии детей раннего возраста.

131

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ****Ким А. В., Рослова З. А.***Городская поликлиника № 37, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Актуальность. Профилактические медицинские осмотры являются основной формой вторичной профилактики заболеваний. В настоящее время значительно упрощена общая организация проведения осмотров: существенно увеличены сроки проведения этапов осмотра, упрощено оформление медицинской документации, сокращено участие врачей-специалистов, ряда исследований.

Цель исследования: анализ подготовки организации и проведения осмотров в условиях центральных районов г. Санкт-Петербурга позволил выделить проблемы нормативно-штатного и нормативно-организационного характера.

Пациенты и методы. В ходе исследования были использованы методы математического и статистического анализа.

Результаты. Были отмечены проблемы, обусловленные недостатком штатно-кадровых ресурсов для обеспечения должного охвата детей осмотрами. При использовании установленных значений по функциям врачебных должностей и баланса рабочего времени, отмечено, что при 100% охвате осмотрами детей в регламентированных возрастах на иные виды медицинской деятельности врачам специалистам отводится крайне низкая часть рабочего времени. Например, врача невролога — 28,9%, врача эндокринолога детского — 18,1%. Ко второй группе относятся проблемы, обусловленные необходимостью проведения осмотров детей по месту получения ими первичной медико-санитарной помощи. Указанное сокращает возможность проведения осмотров в организованных детских коллективах. В результате проведенного анализа одномоментного получения детьми помощи по территориальному и учебному принципам было установлено, что с возрастом этот показатель сокращается с 96% в 3-х летнем возрасте, до 13% к 17-ти годам.

Выводы. Результаты ставят под сомнение возможность высокого охвата детей осмотрами, а также эффективность лечебно-оздоровительных мероприятий среди детей с соответствующей профильной патологией. Кроме этого отмечаются отсутствие финансовой мотивации к проведению осмотров, расхождение статистических данных, характеризующих состояние здоровья детского населения, высокий уровень конфликтности осмотров в старших возрастах.

132

ОСОБЕННОСТЬ РЕТИНОПАТИИ У ЭКСТРЕМАЛЬНО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кислюк Г. И.

*Курский государственный медицинский университет, Курск,
Российская Федерация*

Актуальность. Ретинопатия недоношенных (РН) — сосудисто-пролиферативное поражение сетчатки глаз недоношенных детей, приводящее к необратимой слепоте. Ретинопатия недоношенных регистрируется с частотой 17–34% среди новорожденных детей из группы риска. Актуальность РН на современном этапе обусловлена увеличением количества выживших глубоконедоношенных детей, зависит от условий их выхаживания и соматической отягощённости, гестационного возраста.

Цель исследования: определить частоту, степень тяжести и исходы ретинопатии у экстремально недоношенных детей.

Пациенты и методы. Проведен анализ историй болезни 109 выживших детей с экстремально низкой массой тела при рождении (ЭНМТ), родившихся в областном перинатальном центре за период 2012–2017 гг.

Результаты. Определено, что у 89 (81,6%) недоношенных с ЭНМТ была обнаружена ретинопатия, у остальных 20 (18,4%) зарегистрирована незрелость сосудов глазного дна с положительной динамикой-созреванием сосудистой оболочки сетчатки к 38–40 недель постконцептуального возраста. Частота ретинопатии в зависимости от степени тяжести: РН I степени у 40 (36,6%), II степени у 12 (11,0%), III степени у 37 (34%) детей. Тактика ведения больных определялась степенью тяжести ретинопатии: РН I степени — динамическое наблюдение, спонтанное выздоровление у 20% детей; РН I–II степени — местная сосудистая терапия с положительной динамикой, проведена 46,6% больных; РН II–III степени (29,3%) детей прогрессирующего течения заболевания на фоне комбинированной местной терапии, положительный эффект после хирургического лечения — лазерной коагуляции сетчатки; РН III–V степени 5 (9,6%) больных — с учетом прогрессирующего течения заболевания, потребность в повторных (от 3 до 5) оперативных вмешательствах в течение 1 года жизни.

Закключение. Таким образом, частота ретинопатии недоношенных у детей с ЭНМТ составляет 81,6%. Благоприятный прогноз заболевания с полным выздоровлением зарегистрирован в 95,4%, инвалидность по зрению у 5 (4,6%) детей со злокачественным течением РН.

133

ЭТИОЛОГИЯ ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ У ЭКСТРЕМАЛЬНО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**Кислюк Г. И.***Курский государственный медицинский университет, Курск,
Российская Федерация*

Актуальность. Среди возбудителей врождённой пневмонии до середины 1990 г. преобладали грамположительные микроорганизмы, в первую очередь стрептококки группы В. В последние десятилетия увеличился удельный вес грамотрицательной флоры: клебсиелл, кишечной палочки, протей и др. У детей с вентилятор-ассоциированной пневмонией (ВАП) регистрируются госпитальные штаммы бактерий.

Цель исследования: определить этиологию вентилятор-ассоциированной пневмонии у экстремально недоношенных новорожденных детей.

Пациенты и методы. Проведено исследование микробной флоры из мокроты 65 глубоко недоношенных детей [вес 480–990 г, гестационный возраст 25–28 недель] с ВАП.

Результаты. У 13,8% детей с клинико-рентгенологическими признаками врожденной пневмонии этиологию возбудителя определить не удалось. В мокроте у 56 (86,2%) больных обнаружена различная бактериальная флора в концентрации 10⁵–10⁶: в монокультуре у 6 (12,7%), в бактериально-бактериальных ассоциациях у 50 (76,9%). У 23 (35%) выявлены бактерии и грибы. Среди всех выделенных возбудителей лидирует стафилококк — 55 (98,2%): *S. Epidermidis* — 53,6%, *S. Aureus* — 19,6%, *S. Haemolyticus* — 10,7% и *spp.* — 16,1%. На 2 месте энтерококки 29 (51,8%): *E. Aerogenes* — 19,6%, *E. faecalis* — 17,8%, *E. faecium* — 8,9%, *E. Spp.* — 8,9%. На 3 месте клебсиеллы 23 (41%) и грибы (41%): *C. Krusei* — 35,7%, *C. Albicans* — 5,3%. Значительно реже регистрировались синегнойная палочка, *E coli*, цитомегаловирус по 14,3%, протей (7,2%), хламидии (5,3%), вирус простого герпеса (5,3%). Среди редких возбудителей врожденной пневмонии (2%) можно выделить стрептококки, уреаплазмы, цитробактер, ацинетобактер, стенотрофомонас и уреаплазмы. У 3/4 больных с врожденной пневмонией выделены ассоциации возбудителей со сменой 1–3 патогенов в течение заболевания.

Закключение. Таким образом, в этиологии вентилятор-ассоциированной пневмонии у детей с ЭНМТ имеют значение бактериально-бактериальные, бактериально-грибковые и вирусно-бактериальные ассоциации, с лидирующим значением стафилококков, энтеробактерий, клебсиелл и грибов рода кандиды.

134

НАТАЛЬНАЯ СПИНАЛЬНАЯ ТРАВМА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кислюк Г. И.

*Курский государственный медицинский университет, Курск,
Российская Федерация*

Актуальность натальной травмы определяется ее ролью в структуре перинатальной заболеваемости и летальности. Для ранней диагностики необходимо знание этиологии и клинических проявлений натальной травмы у детей.

Цель исследования: определить факторы риска, клинические особенности натальной спинальной травмы у новорожденных детей.

Пациенты и методы. Проведено исследование 98 новорожденных: 1 группа — 60 детей с подвывихом позвонков на уровне С1-С4, 2 группа — 38 детей с церебральной ишемией 1–2 степени.

Результаты. Натальная спинальная травма, как правило, сочетается с церебральной ишемией (100%), чаще регистрируется у доношенных детей (60%); у недоношенных в 25%, у переношенных в 15% случаев. Факторы риска натальной травмы: первые роды у возрастных матерей, отягощенное течение беременности, оперативные или стремительные роды, аномальные предлежания, применение акушерский пособий. Натальная травма чаще ($p < 0,01-0,05$) регистрируется у детей, крупных к сроку гестации, при пороках развития костно-суставной системы, кожи, сердца и мочевой системы, при хромосомной патологии, у недоношенных детей с задержкой внутриутробного развития. У всех больных были неврологические нарушения, клиника РДС (84%), персистирующих фетальных коммуникаций (44%), пневмонии (56%). Особенность неврологического статуса: негативная реакция на осмотр (69%), низкая двигательная активность (92%), сохранность оральной группы рефлексов (72%), Бабикина (78%); снижение хватательного (64%) и рефлекса Робинсона (100%), угнетение рефлексов с ног (86%). Всем детям проведена нейротропная терапия, иммобилизация (воротник Шанца). На фоне лечения к месячному возрасту у детей отмечалась положительная динамика мышечного тонуса, двигательной и рефлекторной активности, однако у 85% обследованных сохранялось провисание головы при тракции за руки и снижение рефлексов с ног.

Заключение. Знание факторов риска и клинико-рентгенологических особенностей натальной спинальной травмы у новорожденных детей позволит оптимизировать диагностику и лечение, что улучшит и прогноз при данном заболевании.

135

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МУЗЫКОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**Кислюк Г. И.***Курский государственный медицинский университет, Курск, Российская Федерация*

Актуальность. Медикаментозная терапия является основой реабилитации перинатальной энцефалопатии. Представляет интерес поиск немедикаментозных методов терапии перинатальной церебральной патологии.

Цель исследования: определить эффективность музыкотерапии у недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС.

Пациенты и методы. Проведено исследование 28 детей: контрольная группа — 14 детей, которым проводилась медикаментозная терапия перинатальной энцефалопатии, основная группа 14 детей, которым наряду с традиционной, проводилась музыкотерапия. Данные неврологического статуса оценивались по модифицированной шкале Журба Н. Н., (1996), учитывались также показатели динамики веса, обработка данных проведена с использованием программы Statistica.

Результаты. Дети обеих групп не отличались по возрасту [28–31 недели], весу [950–1200 г], основной и сопутствующей патологии. К началу исследования (37–38 недель ПКВ) они получали курс реабилитации (ноотропная и нейропротективная и метаболитная терапия). Детям основной группы, кроме того было подключено прослушивание мелодий в мажорной тональности в утренние и дневные часы, за 10 минут до кормления, продолжительностью 10–15 мин. Исследование проводилось в течение 14 дней с ежедневной оценкой динамики состояния ребенка: неврологического статуса (в баллах) и динамики весовой кривой. На фоне проводимой терапии у всех обследованных детей отмечено значимое ($p < 0,001$) увеличение двигательной, психической активности (эмоциональность, спонтанная активность, сенсорные реакции) в основной группе — на 35%, в группе контроля — на 26%, и рефлекторной активности на 50,4% и 46% соответственно. На фоне музыкотерапии отмечена более быстрая ($p < 0,05$) динамика прироста массы тела (23,2%), против 17,5% — в контроле.

Заключение. Музыкотерапия, включенная в комплекс реабилитационных мероприятий, способствует более выраженной динамике наращивания показателей психической, моторной и рефлекторной активности и, как следствие, ускорению темпов физического развития у экстремально недоношенных детей с синдромом угнетения ЦНС.

136

О ЗНАЧЕНИИ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Ковалев А. В., Кеменева Ю. В., Скоблина Н. А., Милушкина О. Ю.

*Российский центр судебно-медицинской экспертизы, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Наиболее распространенным, но труднодоказуемым видом жестокого обращения с несовершеннолетними является пренебрежение их нуждами (заброшенность). Уголовно-правовой нормой, предусматривающей ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по воспитанию несовершеннолетнего, соединенное с жестоким обращением, имеющей профилактическое значение — предупреждающей безнадзорность и преступность среди несовершеннолетних, а также совершение более тяжких преступлений в отношении них, является статья 156 УК РФ. В рамках расследования для определения влияния условий воспитания и проживания на состояние здоровья ребенка назначается судебно-медицинская экспертиза, методика производства которой отсутствует.

Цель исследования: изучение особенностей физического развития несовершеннолетних, нуждами которых пренебрегают и внедрение методов оценки физического развития в производство судебно-медицинских экспертиз.

Пациенты и методы. Обследовали 144 ребенка в возрасте от 1 до 18 лет, чьи законные представители обвинялись в совершении преступления, предусмотренного ст. 156 УК РФ. Исследование физического развития проводилось с помощью унифицированной антропометрической методики с использованием стандартного инструментария. Изучались соматометрические, физиометрические и соматоскопические показатели.

Результаты. Выявлены особенности физического развития: отклонение за счет дефицита массы тела, низкий рост, низкие функциональные показатели и замедление темпов биологического развития.

Заключение. Установлено, что применение методов оценки физического развития детей при производстве судебно-медицинских экспертиз предоставляет правоприменителю объективные данные, способствующие доказыванию фактов пренебрежения нуждами несовершеннолетних в уголовном судопроизводстве.

137

**ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ
В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ****Коваленко Т. В., Ларионова М. А.***Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск,
Российская Федерация*

Актуальность. Ожирение является одним из самых частых хронических заболеваний в мире. Однако истинная распространенность ожирения, существенно превышающая данные официальной статистики, в разных регионах РФ остается недостаточно изученной.

Цель исследования: изучение эпидемиологических особенностей ожирения у детей в Удмуртской Республике (УР).

Пациенты и методы. Обследовано 9662 ребенка 1–17 лет, в том числе девочек 4867 (50,4%), мальчиков 4795 (49,6%), соотношение городских и сельских жителей составило 1:1. Возрастные особенности распространенности ожирения анализировались в группах 1–3 года, 3–7, 7–12, 12–15, 15–17 лет. Определяли индекс массы тела (ИМТ) по стандартной формуле: масса тела (кг)/рост (m^2). В соответствии с критериями ВОЗ (2007 г.), избыточная масса тела диагностировалась при значениях ИМТ от +1 до +2 SD, ожирение более +2 SD. Степень ожирения оценивалась по классификации В. А. Петерковой и соавт. (2014 г.) Эпидемиологические показатели рассчитывались на 1000 обследованных.

Результаты. Распространенность избыточной массы тела составила 166,5, ожирения — 67,1 (на 1000 обследованных). В структуре ожирения доминировали I и II степени (60,5% и 26,2% соответственно), III степень выявлена у 11,3% обследованных, IV степень у 2,0%. Получены данные о более высокой частоте ожирения у детей, проживающих в сельских территориях УР, — 72,7 (в городах — 61,5, $p < 0,05$). Также у сельских жителей чаще встречалось ожирение III–IV степеней — 16,5% (у городских жителей 9,4%, $p < 0,05$). Возрастными пиками распространенности изучаемой патологии являются 1–3 года и 7–12 лет. В группе детей раннего возраста избыточная масса тела выявлена у 217,4, ожирение у 65,6, в возрасте 7–12 лет 175,0 и 93,1 соответственно. Гендерными особенностями является более высокая частота ожирения у мальчиков — 87,4 (у девочек 47,1, $p < 0,05$), в том числе и III–IV степеней.

Заключение. Проведенное исследование актуализирует проблему ожирения у детей в регионе.

138

К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ОТКЛОНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ковтун О. П., Устюжанина М. А.

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург,
Российская Федерация*

Актуальность. Традиционные лечебные модели коррекции клинико-метаболических отклонений у детей с ожирением имеют низкую эффективность и не учитывают индивидуальных особенностей организма, поэтому продолжается поиск новых возможностей их оптимизации.

Цель исследования: разработка модели персонализированной коррекции обменных нарушений у детей с ожирением и артериальной гипертензией (АГ) с использованием исследования полиморфизмов генов APOB, PPARG, APO A1, APOE и оценка ее эффективности.

Пациенты и методы. В нерандомизированное проспективное исследование, длившееся 6 месяцев, было включено 44 ребенка, в возрасте от 10 до 17 лет. Были сформированы две группы пациентов. Первую группу составили дети, находящиеся на персонализированной модели наблюдения, включающей определение диеты с учетом указанных полиморфизмов, расчет индивидуального значения общего расхода энергии, оптимизацию поступления макронутриентов и контроль физической активности; второй группе пациентов давались рекомендации, основанные на классических принципах рационального питания в педиатрии, без учета генетических особенностей.

Результаты. Нами отмечено достоверное улучшение всех антропометрических показателей (индекс массы тела, объем талии, объем бедер) и снижение жировой композиции массы тела детей, диета которых подбиралась согласно генетическим полиморфизмам, в отличие от группы сравнения ($p < 0,05$). При этом у них было зафиксировано достоверное снижение уровня триглицеридов, холестерина липопротеидов низкой плотности, а также повышение уровня липопротеидов холестерина высокой плотности ($p < 0,05$). У 72% пациентов с первой группы был достигнут целевой уровень АД, по сравнению со второй группой ($p < 0,05$).

Заключение. Разработана персонализированная модель коррекции обменных нарушений у детей с ожирением и АГ, оказавшаяся более эффективной по сравнению с традиционной, и способствовавшая нормализации антропометрических, обменных показателей и уровня АД.



139

ПУЛЬСОВОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ КАК ДОСТУПНЫЙ МАРКЕР РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ**Кожевникова О. В., Пальцева А. Е., Рахимова А. Н.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Повышение статистики сердечно-сосудистой смертности в России, включая детское население, особенно подростков, диктует необходимость поиска легкодоступных маркеров ранних изменений гемодинамики с целью своевременной профилактики их дальнейшего развития.

Цель исследования: изучение возможностей применения пульсового артериального давления (ПАД) как раннего маркера сердечно-сосудистых болезней у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 232 ребенка от 6–17 лет с нормальным (140) и повышенным ($n = 92$) индексом массы тела (ИМТ). Проведено суточное мониторирование артериального давления (АД) (Astrocard, Russia). Критерии включения в исследование — первичная артериальная гипотензия или гипертензия, цефалгии. Анализировали: систолическое (CFL), диастолическое и ПАД; индекс времени (ИВ,%), суточный индекс (СИ,%). По критерию ИВ дети были классифицированы по группам: 26% — гипертензия, 46% — гипотензия, 12% — гипотензия днем и гипертензия ночью.

Результаты. Получена отличная воспроизводимость для среднесуточного ($r = 0,845$) и ночного ПАД ($r = 0,905$), в отличие от САД. Низкое ПАД в ночной период устойчиво связано со снижением ночного и дневного систолического АД ($p < 0,001$). Получены различия ночного ПАД между группами ($p < 0,001$): при гипертензии оно выше ($p = 0,004$). При артериальной гипертензии ночное ПАД выше, чем среднесуточное. Большой уровень ночного ПАД выявлен в группе ожирения по сравнению с нормальным ИМТ и избыточной массой тела ($p = 0,011$). ПАД у детей с суточной динамикой *non-dipper* и *night-peaker* выше, чем у *dipper* и *over-dipper* ($p = 0,046$). Причем, у ночного ПАД эти различия более выраженные ($p = 0,036$): наибольшая медиана ночного ПАД получена у *night-peaker*, а наименьшая у *dipper* ($p < 0,001$).

Заключение. Полученные результаты подтверждают значимость оценки ПАД у детей при артериальной гипертензии и при ожирении, особенно в ночной период. Большая устойчивость выявленных нарушений ПАД, в отличие от изменчивого и ненадежного САД позволяет рекомендовать шире использовать ПАД как ранний маркер ССБ в педиатрической практике.



140

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ — ГРУППЫ РИСКА И МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ**Кожевникова О. В., Абашидзе Э. А., Логачева О. С., Маргиева Т. В.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Артериальной гипотензии у детей уделяется недостаточно внимания. В то же время она сопровождается синкопальными состояниями, гипогликемией, аритмиями сердца — состояниями, имеющие высокий риск внезапной смерти.

Цель исследования: выявить группы риска и маркеры развития сердечно-сосудистых болезней у детей при артериальной гипотензии.

Пациенты и методы. Обследовано 232 ребенка 6–17 лет с нормальным (140) и повышенным (92) индексом массы тела. Хроническая патология ЛОР-органов была у 80% детей. 87 детей были ростом $\geq$ 85-го перцентиля нормы. Критерии включения в исследование: первичная артериальная гипотензия или гипертензия, цефалгии. Суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления (СМАД) на аппарате Astrocord HS E2 br (Медитек, Россия). Анализировали систолическое, диастолическое и пульсовое АД (мм рт. ст.); индекс времени (ИВ, %); суточные индексы (СИ, %), длительность QT (мс).

Результаты. По итогам СМАД по критерию ИВ измененного АД дети были классифицированы по группам: 26% — с гипертензией, 46% — с гипотензией, 12% — с гипотензией днем и гипертензией ночью. Гипотензия выявлялась в 3,8 раза чаще, чем гипертензия, сопровождалась жалобами на слабость, болями слева в груди. Отмечено преобладание ИВ гипотензии днем, а у 12% детей с дневной гипотензией была ночная гипертензия при максимальной представленностью патологии ЛОР-органов с назальной обструкцией и минимальной повышенного ИМТ. Дети с гипотензией имели более пролонгированный интервал QT и повышенную вариабельность ритма сердца. У высоких детей с повышенным ИМТ в 5 раз чаще была ночная диастолическая гипотензия, чем у детей среднего роста ($p < 0,001$).

Закключение. Для ранней профилактики развития ССБ детям должно проводиться СМАД с использованием программы оценки не только гипертензии и гипотензии, но и тщательным анализом ночного периода мониторирования.



141

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ КРУПНЫХ АРТЕРИЙ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Кожевникова О. В., Намазова-Баранова Л. С., Маргиева Т. В.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Повышение статистики смертности от сосудистых болезней, а также увеличение факторов риска их развития в детском возрасте диктуют необходимость выделения групп риска для развития профилактики.

Цель исследования: изучение показателей функции крупных артерий у здоровых детей в зависимости от возраста, пола и роста.

Пациенты и методы. Применен портативный неинвазивный осциллометрический артериограф ArterioGraph, Венгрия. Оценивали: скорость пульсовой волны (СПВ, м/с), индекс аугментации (ИА, %), центральное (ЦАД, мм рт. ст.) и пульсовое артериальное давление (ПАД, мм рт. ст.) у 291 практически здоровых детей 3–17 лет (147 девочек и 144 мальчиков). Критерии включения: отсутствие острой и хронической соматической патологии, нормальный индекс массы тела по полу и возрасту. Проведено сравнение полученных результатов с международными данными (Венгрия).

Результаты. Повышение СПВ ($p < 0,001$) и ЦАД ($p = 0,026$) в 9–11 лет получено только у девочек. ИА снижается у детей с 9–11 лет ($p < 0,001$). Повышение ПАД у девочек отмечено к 6–8 и 12–14 годам, а у мальчиков в ростовой группе > 150 см (15–17 лет). У 7% здоровых детей выявлено ПАД > 90 -го перцентиля на фоне снижения ИА и диастолического АД. У 11% детей преимущественно 9–11 лет выявлен СПВ > 97 -го перцентиля международной нормы.

Закключение. Нелинейная изменчивость показателей функции крупных артерий в зависимости от возраста, роста и пола, а также результат сравнения с международными данными показали необходимость начала профилактики ССБ у российских детей с 9–11 лет.

142

**ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ,
РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ ЮНОГО ВОЗРАСТА****Козловский А. А., Пузан А. А.***Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь*

Актуальность. Распространенность беременности среди юных (15–19 лет) варьирует от 12 на 1000 женщин в развитых странах, до 102 на 1000 в России. Около 30% подростковых беременностей заканчиваются абортами, 56% родами и 14% выкидышами. Согласно статистике около 14–15% всех родов происходят у матерей этого возраста. В последние годы соматическое и репродуктивное здоровье подростков значительно ухудшилось: около 75–85% девушек имеют хронические соматические заболевания, 10–15% гинекологическую патологию. На этом фоне возможно осложненное течение гестационного процесса, неблагоприятно отражающееся на состоянии как юной женщины, так и ее плода и новорожденного.

Цель исследования: изучить особенности физического развития детей, рожденных от юных матерей.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 90 историй развития новорожденных и 90 историй родов в Гомельской городской клинической больнице № 2. Выделены 2 группы: 1-я группа — 30 детей, родившихся от юных матерей (16–18 лет), 2-я группа (контроль) — 60 детей, родившихся от матерей 19–42 лет.

Результаты. Средняя масса тела детей при рождении в 1-й группе составила $3244,33 \pm 88,45$ г, в контрольной — $3375,5 \pm 67,3$ г; $p = 0,24114$. С массой тела до 2500 г в основной группе родилось 4 детей (13,3%), свыше 4000 г — 2 детей (6,7%). Средняя длина тела детей в 1-й группе при рождении составила $52,87 \pm 0,59$ см, в контрольной — $53,58 \pm 0,31$ см; $p = 0,2897$. Средняя окружность головы детей в 1-й группе при рождении составила $33,77 \pm 0,32$ см, в контрольной — $34,32 \pm 0,14$ см; $p = 0,11897$. Средняя окружность грудной клетки детей в 1-й группе при рождении составила $32,7 \pm 0,36$ см, в контрольной — $33,02 \pm 0,25$ см; $p = 0,46729$. У 9 новорожденных (30,0%) основной группы и у 16 (26,7%) из контрольной диагностирована внутриутробная гипотрофия.

Вывод. Основные показатели физического развития новорожденных от юных матерей достоверно не отличаются от параметров детей, рожденных от матерей более зрелого возраста, однако отмечается тенденция к их снижению.

143

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ**Комарова А. А., Антонова И. В., Антонов О. В.***Омский государственный медицинский университет, Омск,
Российская Федерация*

Актуальность. В последние годы отмечается рост заболеваемости детей хроническими заболеваниями органов мочевой системы. При этом антибактериальная терапия, нередко, оказывается недостаточно эффективной, что на фоне преимущественно вторичного процесса может приводить к хронизации патологии (Цыгин А. Н., 2015; Сергеева Т. В., 2016; Steil R. et al., 2015).

Цель исследования: изучить основные клинические проявления и определить качество проведения бактериологического обследования детей раннего возраста с хроническим пиелонефритом в условиях стационара.

Пациенты и методы. Проведен анализ историй болезни детей до 3-х лет с хроническим пиелонефритом, находившихся на лечении в нефрологическом отделении ГДКБ № 3 г. Омска; из них мальчиков — 19 (14,3%), девочек — 114 (85,7%).

Результаты. Основными жалобами при поступлении в стационар были лейкоцитурия (33,1%), фебрильная температура (20,3%), боли при мочеиспускании (6,0%). У 56,4% детей пиелонефрит был вторичным, преимущественно на фоне врожденной пиелоэктазии и пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР). У 61% детей с основным заболеванием отмечалось снижение уровня гемоглобина менее 120 г/л, а в среднем, его уровень составил 117,4 г/л, в группе сравнения — 123 г/л (150 детей). Анализ историй болезни показал, что бактериологический посев мочи был произведен на фоне приема антибактериального препарата и только лишь у 47 детей (35,3%). При этом выделялись нетипированные *E. coli*, *Staphylococcus haemolyticus*. Указанная флора была выявлена у 10 детей. Такое малое количество случаев роста микрофлоры обусловлено началом терапии до взятия посева мочи.

Заключение. Хронический пиелонефрит у детей до 3 лет в среднем в 6 раз чаще регистрировался у девочек, преимущественно на фоне врожденной пиелоэктазии и ПМР, сопровождался анемией I степени. Антибактериальная терапия у всех детей назначалась с первого дня пребывания в стационаре. Посев мочи проводился у 1/3 пациентов на 2–4 день лечения, что затрудняло расшифровку истинной этиологии процесса, и делало невозможным корректное назначение терапии.

144

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ НЕЙРОТОКСИН КАЛА В ДИАГНОСТИКЕ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**Коновалова А. М., Печкуров Д. В., Зайнуллина О. Н.***Самарский государственный медицинский университет, Самара, Российская Федерация*

Актуальность. Пищевая аллергия (ПА) важный этиологический фактор аллергической патологии детей. В виду многоликости клинических проявлений: кожных и (или) гастроинтестинальных и дефиците универсальных, безопасных методов диагностики ПА, имеется свободная сфера действий для поиска новых, малоинвазивных методик данного состояния. В качестве одного из универсальных биомаркеров рассматривается эозинофильный нейротоксин кала (END). EDN — катионный гликопротеин секретируемый активированными эозинофилами, высвобождающийся из гранул в ответ на взаимодействие аллергена и IgE. Так как эозинофилы представлены в слизистой оболочке практически всех полых органов, соответственно высвобождение и повышение концентрации EDN выражает степень участия того или иного органа в аллергическом процессе.

Цель исследования: оценить диагностическую ценность теста на END у детей раннего возраста с ПА.

Пациенты и методы. В обследование включено 36 детей в возрасте от 1 мес до 3 лет с проявлениями ПА, группу сравнения составили 28 детей того же возраста без проявлений ПА.

Результаты. Анализ уровня END в кале показал значительное отклонение у детей в группе с проявлениями ПА ($182,3 \pm 59,6$ нг/мл) по сравнению с группой детей без проявлений ПА составил ($99,9 \pm 19,9$ нг/мл). В группе с проявлениями ПА выделено 18 (50%) детей с уровнем END выше референтного значения. У 16 из них (88,8%) имелись проявления атопического дерматита, у 8 (44,4%) проктоколита. У всех детей в анамнезе или на момент обследования отмечались младенческие кишечные колики, в том числе у 2 (11,1%) они имели продолжительный характер, у 16 (88,8%) срыгивания, в том числе у 3 (12,5%) выраженные. В группе без проявлений ПА у 14 детей (50%) были проявления кишечных колик, но имели непродолжительный характер, проявлений проктоколита в данной группе не наблюдалось.

Закключение. В проведенном исследовании выявлено повышение биомаркера END в кале у детей раннего возраста с проявлениями ПА, что позволяет на ранней стадии развития заболевания осуществить диагностику и лечение.

145

**УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА — НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ****Корсунский А. А., Лазарев В. В., Иванова Ю. В., Кондрикова Е. В.,
Турина И. Е.***Детская городская клиническая больница № 9 имени Г. Н. Сперанского, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Важным инструментом совершенствования медицинской помощи в системе здравоохранения, так и повышения качества медвузовского образования является создание университетских клиник.

Цель исследования: оценить эффективность работы университетской клиники в образовательном и лечебно-диагностическом процессе.

Пациенты и методы. Университетская клиника функционирует на базе Детской городской клинической больницы № 9 им. Г. Н. Сперанского и кафедры педиатрии и детских инфекционных болезней педиатрического факультета ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова. В неё входят: 4 педиатрических отделения и 3 инфекционных (в каждой по 80 коек), консультативно-диагностическая поликлиника на 150 посещений и поликлиника на 375 посещений. Одиннадцать сотрудников кафедры были приняты на работу в штат больницы в качестве консультантов по специальностям: ревматология, пульмонология, инфекционные болезни, нефрология, гастроэнтерология, аллергология-иммунология, педиатрия, а 11 сотрудников ДГКБ зачислены на кафедру в качестве ассистентов.

Результаты. Была сформирована университетская консультативная группа, организовано проведение мультидисциплинарных консилиумов с участием ведущих специалистов больницы, кафедры, ведущих специалистов других ВУЗов и НИИ, главных внештатных специалистов. В обследовании пациентов со сложными диагнозами использовались возможности высокотехнологичных лабораторно-диагностических ресурсов Университета. Сотрудники больницы участвовали в обучении курсантов, интернов, ординаторов, студентов на современном оборудовании. Богатейший опыт многопрофильной клинической больницы был использован для подготовки экзаменационных задач, основанных на анализе историй болезни.

Заключение. Создание университетской клиники способствовало значительному повышению уровня подготовки студентов, стало выше и качество медицинских услуг, что позволяет рекомендовать создание аналогичных структурных образований на базе кафедр медицинских ВУЗов и городских больниц.

146

РАСЧЕТ ПРЕДИКТОРОВ ДОСТИЖЕНИЯ РЕМИССИИ У ДЕТЕЙ С НЕСИСТЕМНЫМИ ВАРИАНТАМИ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА, ПОЛУЧАЮЩИХ ЭТАНЕРЦЕПТ

Костик М. М., Лихачева М. Н., Чикова И. А., Исупова Е. А., Дубко М. Ф.,
Масалова В. В., Снегирева Л. С., Гайдар Е. В., Калашникова О. В.,
Часнык В. Г.

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) является самым частым хроническим воспалительным заболеванием суставов детского возраста, требующий назначения биологических препаратов при неэффективности предшествующей терапии. Этанерцепт является самым частым биологическим препаратом, применяемым у пациентов с ЮИА в мире.

Цель исследования: определить предикторы достижения ремиссии у детей с несистемными вариантами ювенильного идиопатического артрита, получавших терапию этанерцептом.

Пациенты и методы. В ретроспективное обсервационное исследование были включены 152 ребенка с несистемными формами ЮИА, получавших Этанерцепт. Использовали стандартные методы оценки активности ЮИА, применяемые в клинической практике, достижение ремиссии основывалось на критериях С. Wallace (2004). Применялись методы описательной статистики, критерии χ^2 , точный критерий Фишера, тесты Мак-Немар, Манн-Уитни, Фридмана, AUC-ROC анализ, расчет отношения шансов, регрессионные модели Кокса.

Результаты. На фоне терапии ремиссия была достигнута у 58,8% пациентов на разных этапах наблюдения, при этом доля пациентов, достигших ремиссии прогрессивно увеличивалась и составила 80% у пациентов, кто лечился не менее 4,5 лет. Пациенты, достигшие ремиссии имели меньший возраст дебюта ($p = 0,015$), возраст включения в исследование ($p = 0,004$). Основными предикторами достижения ремиссии были возраст дебюта ЮИА $\leq 7,8$ г. (ОШ = 4,3 (1,9–9,8), $p = 0,0003$), возраст включения в исследование $\leq 14,0$ г (ОШ = 2,85 (1,4–5,9), $p = 0,00007$), возраст назначения этанерцепта $\leq 10,0$ г (ОШ = 3,5 (1,7–7,2), $p = 0,0007$), время до назначения этанерцепта $\leq 2,4$ г (ОШ = 2,7 (1,3; 5,5), $p = 0,0007$). В регрессионной модели Кокса ($p = 0,007$) время до назначения этанерцепта $\leq 2,4$ г (ОР = 2,4 (1,4; 4,4), $p = 0,003$) было основным предиктором достижения ремиссии.

Заключение. Этанерцепт способен наиболее эффективно индуцировать ремиссию у пациентов в возрасте до 10 лет с продолжительностью заболевания менее 3 лет.

147

ФАКТОРЫ РИСКА ЛЕГОЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ

**Костик М. М., Румянцева М. В., Малышок Д. Э., Канева М. А.,
Чегина Д. С., Лапина Е. Ю., Дубко М. Ф., Масалова В. В., Корнишина Т. Л.,
Снегирева Л. С.**

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Актуальность. Легочное поражение (ЛП) является нечастым проявлением ювенильного идиопатического артрита с системным началом (СЮИА), однако определяет тяжесть, прогноз и потребность в дорогостоящей терапии.

Цель исследования: выявить факторы риска развития ЛП у пациентов с СЮИА.

Пациенты и методы. В исследование включено 82 ребенка с СЮИА, из которых у 18 (22,0%) имелось ЛП в дебюте виде наличия признаков респираторного дистресс-синдрома, интерстициального поражения легких, легочной гипертензии.

Результаты. Выявлено, что пациенты с ЛП имели более тяжелое течение СЮИА, проявляющееся в виде более низких уровней гемоглобина (86,5 vs 105,0 г/л, $p = 0,003$) тромбоцитов ($201,0 \text{ vs } 454,0 \times 10^9/\text{л}$, $p = 0,006$), протромбина (71,1 vs 91,0%, $p = 0,0009$), фибриногена (1,8 vs 4,7 г/л, $p = 0,012$), альбумина (24,1 vs 39,0 г/л, $p = 0,00001$), общего белка (64,6 vs 71,2 г/л, $p = 0,002$), более высокие уровни АСТ ($p = 0,02$), ЛДГ ($1042,0 \text{ vs } 516,0 \text{ Е/л}$, $p = 0,012$), ферритина ($1759,0 \text{ vs } 321,0 \text{ нг/мл}$, $p = 0,0009$), тенденция к более высокому уровню СРБ ($p = 0,07$). Основными предикторами ЛП у пациентов с СЮИА были наличие синдрома активации макрофагов (ОШ = 6,6 [2,1; 21,0], $p = 0,0006$), гемафагоцитоз в костном мозге (ОШ = 13,9 [0,7; 269,2], $p = 0,02$), перикардит (ОШ = 6,4 [2,1; 19,7], $p = 0,0006$), поражение почек (протеинурия) (ОШ = 6,1 [1,2; 30,3], $p = 0,0015$), наличие сопутствующего сепсиса (ОШ = 21,2 [1,0; 466,0], $p = 0,005$), альбумин $\leq 25,6 \text{ г/л}$ (ОШ = 73,3 [10,9; 495,0], $p = 0,0000001$), АСТ $> 37,3 \text{ Е/л}$ (ОШ = 5,3 [1,4; 20,2], $p = 0,008$), СРБ $> 125,0 \text{ г/л}$ (ОШ = 5,6 [1,7; 18,6], $p = 0,003$), ферритин $> 690 \text{ нг/мл}$ (ОШ = 22,7 [2,7; 191,4], $p = 0,0002$), Гемоглобин $\leq 89 \text{ г/л}$ (ОШ = 7,1 [2,3; 22,6], $p = 0,0001$), ЛДГ $> 882 \text{ Е/л}$ (ОШ = 4,8 [1,4; 16,4], $p = 0,002$), тромбоциты $\leq 211 \times 10^9/\text{л}$ (ОШ = 10,1 [3,1; 32,9], $p = 0,00002$), ПТИ $\leq 74,6\%$ (ОШ = 12,6 [2,8; 57,3], $p = 0,0003$), общий белок $\leq 65,0 \text{ г/л}$ (ОШ = 8,7 [2,7; 27,8], $p = 0,00008$).

Заключение. Выявленные предикторы ЛП необходимо учитывать для определения прогноза и терапевтической тактики у пациентов с СЮИА.

148

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ПРИ ЗАМЕДЛЕННОМ РОСТЕ И НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кочерова В. В., Щербак В. А., Страмбовская Н. Н., Дутова А. А.

*Читинская государственная медицинская академия, Чита,
Российская Федерация*

Актуальность. Замедленный рост и недостаточность питания новорожденных — важная медико-социальная проблема. До сих пор многие механизмы развития данной патологии остаются не изученными.

Цель исследования: изучить полиморфизм генов гормона роста (GH) и инсулиноподобного фактора роста II (IGF II) при замедленном росте и недостаточности питания новорожденных.

Пациенты и методы. Обследовано 174 ребенка. Из них «маловесных» для гестационного возраста (P05.0 по МКБ-10) было 46 (1 группа), «малых» (P05.1) — 83 (2 группа), детей без обменных нарушений (контроль) — 45. ДНК выделяли из лейкоцитов пуповинной крови. Методом полимеразной цепной реакции типировали одиночные нуклеотидные замены с детекцией результатов в режиме реального времени. Проводилось определение полиморфизма генов GH1: -119 T>G (SNP rs2005172), GH1: T>A (SNP rs2665802), GH1: -68 A>G (SNP rs1805086) и IGF II: 13790 C>G (SNP rs3213221). Для оценки соответствия распределений генотипов ожидаемым значениям при равновесии Харди-Вайнберга использовался χ^2 критерий Пирсона.

Результаты. Отклонение от равновесия Харди-Вайнберга выявлено для полиморфизма GH1: 68 A>G rs1805086 в группе здоровых детей, преимущественно за счет разницы наблюдаемой и ожидаемой гомозиготности по мутантной аллели. У 63% детей 1 группы зарегистрирован GH1-TA генотип rs2665802 против 44,4% в контроле ($p < 0,05$). При полиморфизме GH1: 68 A>G rs1805086 у 52,1% новорожденных 1 группы гетерозиготный генотип выявлен почти в 2 раза чаще, чем у здоровых детей (26,7%; $p = 0,002$). При носительстве данного генотипа риск пренатального дефицита веса возрастал в 3 раза. При полиморфизме GH1: -68 A>G rs1805086 у 47% 2 группы выявлен гетерозиготный генотип AG, против 26,7% в контроле ($p < 0,05$).

Закключение. Таким образом, в обеих группах зарегистрированы полиморфизмы в гомо- и гетерозиготных вариантах. Наиболее часто мутантные аллели встречаются у «маловесных» детей.

149

УРОВЕНЬ ЭРИТРОПОЭТИНА У ДЕТЕЙ ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**Кошимбетова Г. К.***Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Изучение эритропоэтина среди детей с различными формами хронических заболеваний является актуальной в сфере раннего диагностирования и начатия лечебно-профилактических работ.

Цель исследования: изучение уровня эритропоэтина у детей с хроническими соматическими заболеваниями.

Пациенты и методы. Обследовано 68 детей, в возрасте от 5 до 14 лет, с хроническими соматическими заболеваниями. В зависимости от характера патологии все дети были разделены на подгруппы. Проведены общее клинические лабораторные (общий анализ крови, мочи) исследование с изучение эритропоэтина и сывороточного железа в плазме крови.

Результаты. Как показали исследования, наибольшую группу хронических заболеваний составили пациенты с болезнями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) $n = 28$ (41,2%), при этом у 24 (85,7%) из них наблюдался клиника железодефицитной анемии (ЖДА). На 2 месте по частоте заболеваемости стояли пациенты с хронической патологией дыхательных путей (ХПДП) $n = 23$ (33,8%), из них у 11 (47,8%) отмечали ЖДА. На 3 месте находились пациенты с хроническими заболеваниями мочевыделительной системы (ХЗМС) $n = 7$ (10,3%), у всех наблюдали ЖДА. Остальные 10 (14,7%) пациентов, имели другие виды хронических соматических заболеваний. Наивысший уровень эритропоэтина (22 мЕд/мл) наблюдали среди детей с ХПДП в период обострения. У детей с заболеваниями ЖКТ также в период обострения наблюдалось повышение уровня эритропоэтина, но в отличие от детей с ХПДП в среднем составлял подъем до 18–20 мЕд/мл. У пациентов с ХЗМС в период обострения эритропоэтин составлял в среднем только 8–10 мЕд/мл. Такое резкое отличие по всей вероятности связано с тем, что данная система также участвуют в процессе выработки эритрогена, который под влиянием специфического фермента эритрогенина, превращается в эритропоэтин.

Закключение. Учитывая существования обратной линейной корреляционной связи между уровнем гемоглобина и плазменным эритропоэтином, контролируя динамику уровня эритропоэтина можно провести раннюю диагностику возникновения анемических состояний.

150

**ПРОЕКТ «КАК ДОМА» И ЕГО РОЛЬ В УЛУЧШЕНИИ
ПСИХИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ВОСПИТАННИКОВ ДОМА
РЕБЕНКА г. АРХАНГЕЛЬСКА**

Кравцова И. С., Котилевская О. А.

Специализированный дом ребенка, Архангельск, Российская Федерация

Актуальность. Согласно постановлению Правительства РФ № 481 регламентировано создание условий в интернатном учреждении, приближенным к семейным.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости психических расстройств у воспитанников СДР, оценить эффективность проекта «Как дома».

Пациенты и методы. Проведен анализ данных ф. № 112-1/у-00 воспитанников СДР за период с 2015 по 2017 годы, анкетирование 48 медицинских сестер, 26 воспитателей, 34 младших медицинских сестер, 6 дефектологов.

Результаты. С 2015 г. отмечается рост психических заболеваний у воспитанников СДР (128 на 1000 детей против 68,8 на 1000 детей в 2015 году). 70% детей при поступлении в ДР имеют отставание в НПР. Проведено обучение персонала по взаимодействию с ребенком (семинары, просмотр учебных фильмов, супервизия). Обучение прошли 155 сотрудников (94%), супервизию 37,5% медицинских сестер, 100% дефектологов, 50% воспитателей и младших медицинских сестер. До обучения сотрудники ДР, выполняя профессиональные манипуляции не оценивали эмоции и реакции ребенка. Только 28% младших медицинских сестер и 36% медицинских сестер коммуницировали с ребенком, 50% сотрудников комментировали свои действия. Медицинский персонал в отличие от педагогов не стимулировал самостоятельность у детей. В ДР произошли структурные изменения. Уменьшилось количество детей в группах до 6–7 человек, совместно проживают братья и сестры, дети-инвалиды, закреплён постоянный персонал. Помещения оборудованы по квартирному типу, реализован проект социальная квартира, зимний сад, огород. Через 2 года после реализации проекта в 2 раза увеличилось количество детей, вовлеченных в игру, у 75% детей сформировалось чувство привязанности, реже стали встречаться элементы депривации, нежелательное поведение взрослых снизилось в 3 раза.

Заключение. В целях сохранения психического благополучия детей ДР необходим полипрофессиональный подход в реабилитации, постоянное обучение персонала по коммуникации, создание комфортной среды приближенной к домашней.

151

**ВЕДУЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СРЕДИ ВОСПИТАННИКОВ
«СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА» г. АРХАНГЕЛЬСКА****Кравцова И. С., Абрамова Е. Н.***Специализированный дом ребенка, Архангельск, Российская Федерация*

Актуальность. Изучение заболеваемости детей в домах ребенка (ДР) имеет большое значение с профилактической точки зрения. Дети, поступающие ДР, уже при рождении имеют отклонения в состоянии здоровья. Нарушения здоровья характеризуются полиморфизмом и сочетанием нескольких отклонений у одного ребенка.

Цель исследования: изучение ведущей заболеваемости детей СДР, за последние пять лет с целью оптимизации реабилитации.

Пациенты и методы. Проведен анализ медицинской документации ф. № 112-1/у-00 1083 воспитанников СДР с учетом выбывших и поступивших за период с 2012 по 2016 гг.

Результаты. В течение 5 лет в СДР прошли реабилитацию 1083 ребенка с рождения до 4-х лет, за пять лет в СДР поступило 568 и выбыло 658 детей. Общая заболеваемость воспитанников СДР (5649,8 на 1000 детского населения) впервые за 5 лет снизилась и соответствует статистическим показателям ДР в России. Удельный вес заболеваемости детей 1 года жизни от общего числа заболеваний составил 33%. В структуре заболеваемости лидирующее место занимают болезни органов дыхания — 32,6% (1902 на 1000 детей). Впервые за 5 лет заболевания эндокринной системы, расстройства питания заняли ведущее место 533 на 1000 детей, диагностировались в среднем у 53% воспитанников. Врожденные аномалии занимают 3 ранговое место (447,5 на 1000 детей). Отмечено снижение уровня болезней нервной системы в 2 раза (404 на 1000 детей), наметилась тенденция к уменьшению заболеваний уха и сосцевидного отростка (338 на 1000 детей). Общая заболеваемость инфекционной патологией снизилась в 2,3 раза (93,4 на 1000 детей). Болезни мочеполовой системы в течение 3 лет на прежнем уровне (291,8 на 1000 детей).

Вывод. Целесообразно проводить анализ заболеваемости всех детей, прошедших за год в ДР. Это дает полную картину об уровне заболеваемости воспитанников ДР в отличие от статистической ф. 41, отражающей картину только на конец года. Заболевания органов дыхания, эндокринной, нервной системы, ВПР преобладают у детей СДР.

152

ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ВОСПИТАННИКОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА г. АРХАНГЕЛЬСКА

Кравцова И. С., Макаровская О. В.

Специализированный дом ребенка, Архангельск, Российская Федерация

Актуальность. В последние годы государство повышенное внимание уделяет здоровью воспитанников интернатных учреждений.

Цель исследования: установить динамику заболеваний НС и ее нозологическую структуру у детей СДР.

Пациенты и методы. Проведен анализ ф. № 112-1/у-00 детей СДР за период с 2012 по 2016 гг.

Результаты. Заболевания НС среди воспитанников СДР имеют тенденцию к снижению, встречаются практически у каждого второго. За 5 лет уровень заболеваемости НС снизился в 2 раза (823 на 1000 детей до 404 на 1000 детей). Отмечено уменьшение количества детей с резидуально-органическим поражением НС — 30,7%, что в 2,5 раза меньше, чем в 2013–2014 гг. Увеличилось количество воспитанников с ДЦП с 3,2% в 2015 г. до 8,6% в 2016 г. и детей с шунт зависимой гидроцефалией с 2,7% в 2015 г. против 5,7% в 2016 г. Количество детей с судорожным синдромом, последствиями воспалительных заболеваний НС стабильно. Заболевания НС преимущественно имеют сочетанную патологию: с тяжелыми ВПР, внутриутробной алкогольной интоксикацией, выраженной задержкой НПР и ФР. С каждым годом увеличивается количество детей с тяжелой патологией и с низким реабилитационным прогнозом в СДР. Это послужило развитию в СДР паллиативного менеджмента, абилитации. Все дети с тяжелыми заболеваниями проходят СМП в условиях стационаров как областного, так и ФЦ. В основе коррекции заболеваний ЦНС разработана программа реабилитации с полипрофессиональным подходом. Наряду с медикаментозной терапией, в условиях СДР дети проходят реабилитацию: «Аква спа» терапию, массаж, кровать «Сатурн», ЛФК, эрготерапию с использованием позиционных систем «Ирли активити» и «Головастик». Различные методы психолого-логопедической коррекции: система Палетто, занятия в социальной квартире, Монтессори терапию, песочную терапию, занятия в сенсорной комнате.

Заключение. Заболевания НС в СДР имеют тенденцию к снижению. Полипрофессиональный и индивидуальный подход к проблеме ребенка с заболеваниями НС являются наиболее эффективными в реабилитации.

153

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ СРЕДИ
ВОСПИТАННИКОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ДОМА РЕБЕНКА
г. АРХАНГЕЛЬСКА****Кравцова И. С., Абрамова Е. Н., Сокольникова Я. А., Боровских Н. Л.***Специализированный дом ребенка, Архангельск, Российская Федерация*

Актуальность. Заболевания органов дыхания занимают 1-е место среди нозологии у детей раннего возраста. Специализированный дом ребенка (СДР) не является исключением.

Цель исследования: провести анализ заболеваемости органов дыхания среди воспитанников СДР за последние пять лет с целью оптимизации реабилитации.

Пациенты и методы. Проведен анализ ф.112-1/у-00 воспитанников СДР 1083 человека за период с 2012 по 2016 гг.

Результаты. Заболевания органов дыхания занимают лидирующие позиции в общей структуре заболеваний у воспитанников СДР. Несмотря на снижение заболеваний органов дыхания в 1,5 раза с 2853 на 1000 детей в 2013 г до 1902 на 1000 детей в 2016 г. заболеваемость остается выше, чем у детей, воспитывающихся в семье (1229,3 на 1000 детей). Доля детей до 1 года в структуре заболеваний органов дыхания составляет 32,7%. Среди болезней органов дыхания в СДР преобладают: ОРВИ — 58,9%, острый обструктивный бронхит — 20,3%. Благодаря вакцинации от пневмококковой инфекции, гриппа, реабилитационных мероприятий и организации ИСМП в 2 раза снизилось количество острых пневмоний. 82% острых пневмоний приходилось на возраст старше года. С 2012 г. в СДР наблюдаются дети с БЛД. В 2016 г. наблюдалось — 3% против 1,6% в 2012 г. Более половины воспитанников СДР с БЛД 55,5% рождены с ЭНМТ имели сочетанную патологию: заболевания ЦНС (100%) и ВПР (55,5%), у 55,5% детей с БЛД отмечалась задержка ФР, в 100% задержка НПР, 22,2% детей имели инвалидность. С целью профилактики острых пневмоний дети с БЛД были привиты (100%) от пневмококковой инфекции. Программа диспансерного наблюдения таких детей включает обязательные осмотры и выполнение рекомендаций педиатра, невролога, пульмонолога.

Заключение. Для СДР характерен высокий уровень заболеваемости органов дыхания, высокий удельный вес занимают ОРВИ, острые обструктивные бронхиты, 3% детей ежегодно наблюдаются с БЛД. Исследование подтверждает эффективность вакцинации от пневмококковой инфекции в ДР.

154

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА ОЖИРЕНИЯ У КРУПНОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ

Кравченко В. П.

Специализированная медико-санитарная часть № 9, Украина

Актуальность. Согласно статистике ВОЗ во всем мире постоянно увеличивается количество людей, страдающих ожирением. Учитывая тот факт, что лечить патологию намного сложнее, важна своевременная профилактика данного заболевания.

Цель исследования: изучить факторы риска развития детского ожирения — крупной массы при рождении.

Пациенты и методы. Группу наблюдения составили 50 детей, рожденных в 2001–2002 гг., имевших крупную массу при рождении (4–5,7 кг). В контрольной группе такое же количество детей аналогичного возраста, рожденных со средней массой. Период наблюдения охватывает интервал с рождения до 15 лет. Основным сравнительным критерий индекс массы тела (ИМТ) в разных возрастных периодах.

Результаты: паратрофии в грудном возрасте в основной группе в 50% (25 дет), что в 2,5 раза выше, чем в контрольной — 20% (10 дет). В школьном периоде в группе наблюдения ожирение зарегистрировано у 42% (21), с ИМТ 35–42, что в 1,9 раза превышает уровень в контрольной группе — 22% (11), с ИМТ 35–39. Наследственный фактор реализовался у 88% детей основной группы (в 7 из 8 семей с ожирением у родителей) и у 100% детей контрольной группы (5 из 5 семей).

На момент достижения 15-летнего возраста, уровень развившейся на фоне ожирения сопутствующей соматической патологии составил 20% (10) основной группы, что в 2,5 раза выше показателя в контрольной группе 8% (4).

Заключение.

1. Крупный вес при рождении является значимым фактором риска развития детского ожирения, но наследственный фактор является ведущим
2. Мероприятия медперсонала должны быть направлены на пропаганду здорового образа жизни, антенатальную профилактику. Более широкое использование в практике зарубежного опыта по борьбе с ожирением, в том числе рекомендации американских эндокринологов «Основные положения клинического руководства AACE/ACE-2016 по ведению пациентов с ожирением».

155

**ДЕФИЦИТ ЛИЗОСОМНОЙ КИСЛОЙ ЛИПАЗЫ.
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ****Кривцова Л. А., Полянская Н. А., Горбунова А. А., Романенко Е. П.,
Павлюш Л. В., Кошуба Е. Ф.***Омский государственный медицинский университет, Омск,
Российская Федерация*

Актуальность. Дефицит лизосомной кислой липазы относится к редким наследственным прогрессирующим заболеваниям, недостаток фермента приводит к накоплению в лизосомах триглицеридов и холестерина. Основным симптомом гепатомегалия, ведущая к фиброзу и циррозу печени.

Цель исследования: оценить клинико-лабораторные проявления болезни накопления эфиров холестерина.

Пациенты и методы. Проведен анализ клинических и лабораторных данных ребенка 2003 г. рождения с диагнозом: ДЛКЛ. Болезнь накопления эфиров холестерина.

Результаты. Впервые девочка обратилась в БУЗОО «ОДКБ» в возрасте 8 лет. В биохимическом анализе крови выявлено повышение уровня общего билирубина до 31,8 мкмоль/л, АлАт — 52 ед/л. На УЗИ — гепатоспленомегалия. Исключен аутоиммунный процесс, вирусный гепатит А, В, С. Выставлен диагноз: Гепатит неуточненный, минимальной степени активности. В возрасте 8,5 лет, выявлено повышение показателей холестерина 9,74 ммоль/л, ЛПНП 7,94. Диагноз: Первичная гиперхолестеринемия. Стеатогепатит. Длительно получала УДХК. В возрасте 11 лет обследована в ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии» г. Москва, выявлен дефицит кислой липазы в сухом пятне крови (0,001 при норме 0,40–3,00 нм/час/пятно), при молекулярно-генетическом исследовании — найдена мутация в гене липаза (LIPA) лизосомальной кислоты, по данным биопсии печени: морфологическая картина болезни накопления. Выставлен диагноз: ДЛКЛ. Болезнь накопления эфиров холестерина. В настоящее время девочка получает патогенетическую терапию препаратом рекомбинантной лизосомной кислой липазы (Себелипаза альфа). В динамике отмечается нормализация уровня трансаминаз, уменьшение размеров печени.

Заключение. Таким образом, ДЛКЛ характеризуется гепатоспленомегалией, повышенным уровнем трансаминаз, холестерина и липопротеидов низкой плотности, данные проявления являются неспецифичными, что требует определение уровня кислой липазы.



156

ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Крупнова В. М., Наumenко Е. И.

Городская детская поликлиника № 1, Саранск, Российская Федерация

Актуальность. Проблемы, связанные с заболеваниями школьников, чрезвычайно актуальны, т. к. выходят за рамки чисто медицинских, принимая в дальнейшем социальный характер.

Цель исследования: провести анализ состояния здоровья школьников Республики Мордовия.

Пациенты и методы. Проведен анализ состояния здоровья 68901 школьника РМ. В школах столицы республики обучаются 40,6% учеников (27820).

Результаты. Общая заболеваемость школьников составляет 1945,3‰, рост общей заболеваемости школьников в 2016 году по сравнению с 2015 годом составил 0,5%. Лидируют заболевания органов дыхания — 861,3‰ (на 0,8% больше, чем в 2015). На втором месте заболевания органов пищеварения — 163,4‰ (на 0,7% меньше 2015 г.), увеличилось на 13,3% число школьников с заболеваниями органов эндокринной системы, они занимают третье место (84,8‰). Количество часто болеющих детей, как в прошлом году, составляет 1,7%, это в основном школьники начальных классов. Диспансерная группа школьников уменьшилась на 4,1% и составила 340,7‰. 23,3% детей школьного возраста имеют хронические заболевания, чаще это заболевания органов, уровень которых уменьшился на 7,5%. Снижение хронических заболеваний органов пищеварения происходит в связи с организацией питания в общеобразовательных учреждениях. На втором месте болезни глаза — 49,1‰, что связано с избыточной нагрузкой на зрительный аппарат в связи с компьютеризацией обучения и увлечением детей компьютерными и другими цифровыми устройствами. Физическое развитие является одним из важнейших показателей состояния здоровья детского населения. Школьники Мордовии стали ниже ростом на 0,1% и стали больше весить на 0,1%. Отклонения в физическом развитии имеют 10,9% школьников: низкий рост у 2,3% школьников, избыточный вес — 5%, дефицит массы встречается у 3,6% школьников. Группы здоровья школьников распределились следующим образом: I группа — 20%, II группа — 56,9%, III группа — 20,8%, IV группа — 1,7%, V группа — 0,5%.

Заключение. Профилактическая работа педиатра должна быть направлена, прежде всего, на предотвращение заболеваний органов дыхания и пищеварения.



157

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ, ПОСЕЩАЮЩИХ ДОШКОЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ**Крупнова В. М., Науменко Е. И., Шмаков Д. В.***Городская детская поликлиника № 1, Саранск, Российская Федерация*

Актуальность исследования обусловлена тем, что в основе многих заболеваний у взрослых лежит патология, развившаяся в детстве.

Цель исследования: провести анализ состояния здоровья детей, посещающих дошкольные образовательные учреждения (ДОУ).

Пациенты и методы: результаты врачебного осмотра 30291 ребенка, посещающих ДОУ.

Результаты. Увеличилось число детей со средним гармоничным физическим развитием (92,5% в 2016 г. против 91,4% в 2015 г.), на 10% уменьшилось число детей с дисгармоничным развитием (7,5% и 8,6% в 2015 г.) С дефицитом массы тела зарегистрировано 2,1% детей, с избытком массы тела — 2,3%, низким ростом — 2,3% детей. Заболеваемость дошкольников в 2016 г. составила 1160,3‰, что на 14,1% ниже уровня заболеваемости 2015 г. (1456,1‰ в 2015 г.). Среди инфекционных заболеваний лидирует ветряная оспа, заболеваемость которой составила 40,8‰ (60,7‰ в 2015 г.). Высокой остается заболеваемость гриппом и ОРВИ — 925,6‰, однако показатели в 2 раза меньше, чем в 2015 году (1948,7‰) благодаря проведенной вакцинации. Группы здоровья. В 2016 г. увеличилось число детей с 1 группой здоровья — 31,9% против 26,2% в 2015 г., на 3,8% меньше стало дошколят со 2 группой здоровья (61% и 64,8% соответственно), 3 группой здоровья (6,2 и 8,1%), 4 группой здоровья 0,6% и 0,7%. Диспансерная группа в 2016 г. уменьшилась в 1,2 раза и составила 128,9‰ (159,8‰ в 2015 г.). В структуре лидируют заболевания органов пищеварения — 19,4‰, на втором — болезни органов глаза — 19‰, на третьем — органов дыхания — 18,2‰. Уровень инвалидности у воспитанников дошкольных образовательных учреждений уменьшился в 1,4 раза и составил 4,1‰, против 5,6‰ в 2015 г. Лидируют врожденные пороки развития (27%), на втором месте болезни нервной системы (16,4%), далее — болезни глаза (9,8%).

Заключение. У детей дошкольного возраста, посещающих ДОУ, улучшились показатели здоровья в 2016 г.

158

КОСТНАЯ ПРОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Крутикова Н. Ю., Кривошеева Ю. В., Кожемякина С. Р.

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,
Российская Федерация*

Актуальность. По состоянию на 2016 г. более чем 42 млн детей в возрасте до 15 лет имеют избыточный вес. Официальная статистика ожирения в России уже насчитывает 12,9% детей. Сама жировая ткань синтезирует ряд активных адипокинов (лептин и адипонектин), которые способны влиять на костный метаболизм, что подавляет образование новых коллагеновых структур костей. В дальнейшем страдает рост, развитие и «здоровье» кости детей.

Цель исследования: оценить состояние костной прочности у детей с избыточной массой тела.

Пациенты и методы. Осмотрено 70 детей от 5 до 16 лет. Из них основную группу составило 35 детей с ожирением. Проводились: сбор анамнеза, анализ форм 112/у, консультации врача-эндокринолога, врача-ортопеда. Костную прочность оценивали методом количественной ультразвукометрии (КУС) на ультразвуковом денситометре «Sunlight MiniOmni».

Результаты. Определен достоверно высокий процент дисгармоничного развития детей из основной группы (17,1%, $p < 0,05$). Установлена прямая корреляционная зависимость между показателями костной прочности и степенью ожирения. Чем выше степень ожирения, тем ниже показатели прочности костной ткани. Сравнение результатов КУС детей основной группы показало, что значения скорости звука достоверно ниже у девочек в возрастной группе 5–8 лет ($p = 0,008$) и у мальчиков 13–15 лет ($p = 0,017$), страдающих ожирением. Выявлено, что более 25% детей из основной группы уже имеют комбинированную ортопедическую патологию.

Заключение. Избыточная масса тела ребенка отрицательно влияет на костную прочность. В результате этого происходит снижение качества жизни детей из-за нарастающих болей в ногах, различной патологии опорно-двигательного аппарата и наличия переломов конечностей.

159

ПАТЕРНЫ СПАСТИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В ВОЗРАСТЕ МЛАДШЕ 2 ЛЕТ**Кузнецова М. А., Намазова-Баранова Л. С., Мамедьяров А. М.,
Кузенкова Л. М., Куренков А. Л., Клочкова О. А.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Спастичность является одним из ведущих клинических проявлений детского церебрального паралича (ДЦП) более чем у 80% больных. Повышение мышечного тонуса при ДЦП начинает проявляться в первые годы жизни и зачастую остается недооцененным, что приводит к ранним ортопедическим осложнениям. Оценка паттернов спастичности лежит в основе выбора целевых мышц для проведения ботулинотерапии и дальнейшей реабилитации данных пациентов.

Цель исследования: оценить распространённость и наиболее характерные паттерны спастичности у пациентов с ДЦП младше 2 лет.

Пациенты и методы. В исследование включено 40 пациентов в возрасте от 15 до 23 месяцев (медиана — 21 месяц) со спастическими формами ДЦП: 16 детей с тетрапарезом, 16 — с диплегией, 8 — с гемипарезом. У всех пациентов распространённость и выраженность мышечного гипертонуса оценивалась в каждом функциональном сегменте конечности по шкале Эшворт.

Результаты. Выявлены следующие паттерны спастичности: пронаторная установка предплечья у 36 пациентов (90%), эквинусная установка стопы у 32 (80%), приведение и внутренняя ротация бедра и сгибание в локтевом суставе — 25 пациентов (62,5%), приведение бедер у 20 (50%), приведение первого пальца кисти — 15 (37,5%), ректус-синдром у 8 (20%), приведение и внутренняя ротация плеча у 6 (15%), разгибание в локтевом суставе — 5 (12,5%). В 5% случаях и менее встречались: сгибание в коленных суставах, сгибание в лучезапястном суставе, сгибание пальцев кисти.

Заключение. Наиболее частыми паттернами спастичности у детей до 2 лет были пронаторная установка предплечья, эквинусная установка стопы, приведение и внутренняя ротация бедра и сгибание в локтевом суставе. Учёт наиболее характерных паттернов спастичности у пациентов данного возраста может быть ориентиром при выборе целевых мышц при проведении ботулинотерапии.

160

**АНАЛИЗ ОШИБОК АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ,
ДОПУСКАЕМЫХ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ У ДЕТЕЙ
С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

Кузнецова М. А., Зрячкин Н. И., Елизарова Т. В., Царева Ю. А., Зайцева Г. В.

*Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация*

Актуальность. Нерациональная антибактериальная терапия (АБТ) ОРИ является одной из главных причин роста антибиотикорезистентности (АБР) среди актуальных респираторных патогенов.

Цель исследования: анализ ошибок АБТ, допускаемых врачами-педиатрами первичного звена у детей с ОРИ.

Пациенты и методы: 20 слушателей кафедры педиатрии ИДПО, работающих в детских поликлиниках г. Саратова и области. Методы исследования: анонимное анкетирование по 4 блокам вопросов АБТ при ОРИ верхних и нижних дыхательных путей.

Результаты. По итогам анкетирования основными показаниями для начала АБТ у детей с ОРИ явились: фебрильная лихорадка в начале ОРИ (20%), экспираторная одышка (25%), хрипы в легких (33%), гиперемия задней стенки глотки и небных миндалин без учета результатов стрептотеста (46,7%), налеты на небных миндалинах без установления этиологии (100%), положительный СРР, изменения на рентгенограмме в виде усиления бронхососудистого рисунка и остаточной перибронхиальной инфильтрации. При выборе стартового АБ не учитывались риски АБР и во всех предложенных случаях указывались амоксициллина клавуланат (53,3%) и 15, 16-членные макролиды (20%). В лечении неосложненных форм ОРИ 10% врачей-педиатров по-прежнему считают более эффективными инъекционные формы АБ.

Заключение. Врачи-педиатры преувеличивают профилактическую роль АБ в лечении ОРИ как верхних, так и нижних дыхательных путей, не используют в повседневной практике скрининговые тесты на стрептококковую инфекцию и не знают дифференциально-диагностических признаков вирусных и бактериальных тонзиллофарингитов. Налицо переоценка эффективности инъекционных форм АБ. Результаты исследования позволили оптимизировать преподавание этого раздела педиатрии на кафедре педиатрии ИДПО.

161

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ СРЕДНИХ ЗНАЧЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ ДЕВОЧЕК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**Кузнецова М. Н., Поляков С. Д., Подгорнова Н. С., Соболев А. М.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Склонность ребенка к занятиям спортом часто выявляется в дошкольном возрасте. Повозрастное тестирование показателей физической подготовленности позволяет выявить индивидуальные особенности ребенка.

Цель исследования: оценить физическую подготовленность девочек 3–7 лет по силовым, скоростно-силовым тестам и скорости реакции на падающий предмет.

Пациенты и методы. Обследовано 820 девочек 1 и 2 групп здоровья в возрасте от 2,5 до 7,5 лет, посещающих ДОУ Москвы. Определены средние возрастные значения показателей тестов (СВЗПТ) функциональной подготовленности: силы кисти ведущей руки (кг), силовой выносливости мышц спины и брюшного пресса по времени удержания (с), количества приседаний за 30 с, длины прыжка с места (см), скорости реакции на падающий предмет (см). Статистический показатель — темп наращивания СВЗПТ, равный отношению цепных (погодных) абсолютных приростов СВЗПТ был вычислен к уровню соответствующих показателей трехлетних детей, принятому за основу для сравнения всех тестов, с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты. Темпы наращивания СВЗПТ вычислены в процентах для девочек 4, 5, 6, 7 лет и представлены последовательно:

- 1) силы кисти ведущей руки: 68,1; 80,3; 74,8; 81,7.
- 2) силовой выносливости: мышц спины: 18,6; 19,7; 31,5; 24,4 и брюшного пресса: 8,5; 22,8; 15,0; 36,7.
- 3) количества приседаний за 30 с.: 7,1; 15,6; 5,4; 9,4.
- 4) длины прыжка с места: 26,6; 31,8; 17,7; 21,7.
- 5) скорости реакции на падающий предмет: 9,6; -3,1; 1,3; -2,1. Результаты СВЗПТ для девочек трех лет соответственно в таком же порядке равны 2,1 кг; 25,5 с; 25,6 с; 16,3 раз; 51,1 см; 27,4 см. Приведенные результаты позволяют представить достаточно полную картину динамики изменений средних значений показателей тестов функциональной подготовленности девочек дошкольного возраста.

Заключение. Результаты тестирования можно использовать при составлении комплексов физических корригирующих упражнений в случае выявления нарушений в функциональных системах детей и для спортивных занятий.

162

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕВУШЕК И ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кузьмичева К. П., Рассохина И. П., Малинина Е. И.

*Тюменская областная клиническая больница № 1, Тюмень,
Российская Федерация*

Актуальность. Нарушение питания и метаболизма — одна из актуальнейших проблем современного общества. Более 55% смертельных исходов беременных и детей раннего возраста, так или иначе, связаны с метаболическими расстройствами. Многочисленные научные изыскания показали зависимость показателей репродуктивного здоровья от пищевого поведения и нутритивного статуса женщины.

Цель исследования: определить нутритивный статус девушек и женщин репродуктивного возраста для коррекции схем прегравидарной подготовки.

Пациенты и методы. Проведено анкетирование 66 девушек в возрасте от 14 до 23 лет, которые были разделены на 2 группы: первую составили 18 (27,3%) девушки-школьницы от 14 до 17 лет, средний возраст $16,28 \pm 0,6$ лет, обучающиеся в общеобразовательной школе 25 г. Тюмени; вторая — от 21 до 25 лет, средний возраст 22,35 лет студентки 5 курса ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ. Анкета включала 20 вопросов, косвенно свидетельствующих о дефиците того или иного микронутриента. У 15 (22,7%) девушек проведено биохимическое исследование крови на дефицит микронутриентов.

Результаты. По результатам анкетирования девушек выявлены косвенные признаки дефицита Zn, Mn, Se, Mg, Cr, Cu, Fe. Важно отметить, что у более 1/2 девушек-школьниц преобладали марганец- и цинк-дефицитные состояния. У молодых женщин детородного возраста (2 группа) помимо усугубления дефицита цинка, присоединились дефициты Se, Cu, Fe, что сопровождается повышением риска развития осложнений беременности, рецидивов хронических заболеваний, что является причиной внутриутробного инфицирования плода. Дефицит Mn и Cu у молодых женщин старше 22 лет коррелировал с возрастом ($R = 0,434$, $p = 0,002$).

Данные анкетирования подтверждались результатами биохимического исследования.

Закключение. Для сохранения репродуктивного потенциала необходимо проводить коррекцию нутритивного статуса девушек начиная с 13–15 лет с момента установления менструального цикла.

163

**АНАЛИЗ ПРАКТИКИ ВРАЧЕЙ В ОТНОШЕНИИ ОЦЕНКИ
НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА****Кукушкин Д. В., Нечаева Т. М., Тургунова Д. П.***Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, Орел,
Российская Федерация*

Актуальность. Ранняя диагностика отклонений в развитии детей значительно повышает возможности коррекционной работы, снижает риск грубых нарушений в нервно-психической сфере, приводящих к инвалидности.

Цель исследования: изучить отношение педиатров к различным критериям нервно-психического развития (НПР) детей раннего возраста

Пациенты и методы. Для достижения цели исследования была разработана оригинальная анкета опроса педиатров, позволяющая оценить профессиональные установки врачей относительно значимости для их диагностической деятельности показателей различных сфер нервно-психического развития ребенка (моторики, сенсорики, поведения, познания, эмоций). Эти показатели врачам предлагалось оценить по пятибалльной шкале. Было опрошено: 71 педиатр Орловской и Курской областей и 62 — г. Ташкента.

Результаты. Около 80% респондентов поставили максимальный балл за моторные показатели (удерживание головы, сидение, ползание, ходьба), средний балл данного показателя 4,8. На втором месте по значимости 58% респондентов выделены сенсорные показатели, средний балл 3,9. На третьем месте по значимости (44% опрошенных) выделены показатели когнитивной сферы: гуление, произношение слогов, слов, реагирование на свое имя; средний балл составил 3,1.

Таким образом, дети раннего возраста, имеющие отклонения в психическом развитии, не проявляющиеся в моторных и сенсорных нарушениях, могут быть ошибочно признаны здоровыми.

Закключение. Важнейшие показатели нервно-психического развития детей раннего возраста, указывающие на адекватное развитие навыков общения, поведения, эмоций, во многих случаях выпадают из диагностического скрининга, что может привести к несвоевременной коррекции нарушений. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности включения в систему медицинского патронажа детей раннего возраста специалиста-психолога и внедрение специальных учебных курсов в систему постдипломного образования врачей.

164

ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Кулагина В. В., Веригина Е. В.

*Самарская областная клиническая больница имени В. Д. Середавина, Самара,
Российская Федерация*

Актуальность. Выявление особенностей течения бронхиальной астмы (БА) у детского населения Самарской области важно для пульмонолога, ведущего консультативный приём на базе областной больницы.

Цель исследования: изучение особенностей течения бронхиальной астмы и степени контроля над симптомами.

Пациенты и методы. Были проанализированы показатели у 107 городских и 80 детей сельских районов Самарской области.

Результаты: мы отметили более низкий средний возраст дебюта БА у детей, проживающих в городских районах $5,4 \pm 2,36$ г. У сельских детей возраст постановки диагноза «бронхиальная астма» составил $7,8 \pm 1,34$ лет. При анализе степени тяжести заболевания преобладали лёгкие формы БА, причём у сельских жителей (82,5%) по сравнению с городским населением (54,8%). У жителей города отмечался более значимый процент распространённости среднетяжёлой формы (39,6%), чем у детей села (15%). При анализе течения БА отмечен переход в более легкую степень у 15% сельских и у 13,2% городских детей. Только у городских детей в 7,5% отмечено утяжеление течения БА. Отличался уровень контроля над симптомами БА у городских и сельских жителей: достичь полного контроля удалось у 35% сельских детей и лишь у 9,89% городских. Неконтролируемое течение отмечалось у 34% жителей городов и у 10% сельских пациентов. При анализе причин обострений БА наиболее часто отмечались ОРЗ (47% городских и 35% сельских пациентов), ОРЗ и поллиноз у 43,3% и 30% соответственно. Среди триггеров БА у всех детей лидирующие позиции занимает физическая нагрузка, но у сельских жителей её процент ниже (62,5%) по сравнению с городскими (82,1%).

Заключение. Знание особенностей течения БА у городских и сельских детей позволит планировать профилактические мероприятия, оптимизировать фармакотерапию, улучшить качество жизни. Необходимо увеличить время консультаций сельских детей с БА.

165

ПОКАЗАТЕЛИ ТРАНСКУТАННОГО БИЛИРУБИНОВОГО ИНДЕКСА У ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ РАЗЛИЧНЫМИ ПРИБОРАМИ**Кулакова Е. В., Мотовилова И. А.***Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Российская Федерация*

Актуальность. Широкая распространенность неонатальных желтух привела к внедрению исследования транскутанного билирубинового индекса (ТБИ) в клиническую практику.

Цель исследования: определение возможности использования разработанных ранее нормативов ТБИ, определенных с помощью прибора JM-103, для ТБИ, измеренных прибором АГФ-02.

Пациенты и методы. Проводились определение уровня ТБИ приборами АГФ-02 фирмы Техномедика (1-я группа) и JM-103 фирмы Drager (2-я группа) у 37 здоровых зрелых доношенных новорожденных детей европейской расы без патологической гипербилирубинемии в возрасте 0–5 суток (0–120 часов) жизни. ТБИ определялся ежедневно однократно в точках: на лбу, над грудиной, над лопаткой последовательно вначале прибором АГФ-02, затем JM-103, интервал между измерениями разными приборами в одной и той же точке составлял менее 3 минут. Вычислялись медиана (Me), 95% доверительный интервал (ДИ), критерий Вилкоксона.

Результаты. Пиковых значений Me ТБИ достигла у младенцев в 49–72 часа, составив для 1-й группы на лбу, над грудиной и над лопаткой 180 (ДИ 150–210), 210 (ДИ 180–240) и 150 (ДИ 110–170) мкмоль/л; а во 2-й группе соответственно 152 (ДИ 130–166), 161 (ДИ 150–180) и 148 (ДИ 130–160) мкмоль/л. В обеих группах выявлено статистически незначимое превалирование ТБИ, определенного над грудиной по сравнению с измеряемым на лбу. Обнаружена статистически значимая в 1-й и 2-й группах разница Me ТБИ, измеренных на лбу и над грудиной в течение 0–96 часов жизни, $p < 0,05$. Сохранялось различие показателей для ТБИ, определенного на лбу в возрасте 97–120 час, $p < 0,05$. Различие в индексах, измеренных в этом возрасте над грудиной, статистически незначимо. Достоверных различий в уровне ТБИ, определяемых над лопаткой не обнаружено.

Заключение. Выявлено статистически значимое преобладание показателей Me ТБИ, у пациентов 1-й группы, над аналогичными индексами, измеренными у младенцев 2-й группы ($p < 0,05$), таким образом, разработка и использование нормативов ТБИ, определенных с помощью одного прибора, не должна применяться для другого.

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ
И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ**

**Кулешов А. А., Шкарубо А. Н., Ветрилэ М. С., Лисянский И. Н.,
Макаров С. Н.**

*Национальный медицинский исследовательский центр травматологии
и ортопедии имени Н. Н. Приорова, Москва, Российская Федерация
Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии
имени академика Н. Н. Бурденко, Москва, Российская Федерация*

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения детей с травмами и заболеваниями краниовертебральной области (КВО).

Материалы и методы. В исследование вошли 29 пациентов с повреждениями, аномалиями развития и опухолеподобными заболеваниями КВО. Средний возраст пациентов составил 10,5 лет (от 2 до 16). По этиологии больные распределились следующим образом: травмы и последствия травм С1-С2 у 3 пациентов; аномалии развития (зубовидная кость С2 позвонка, синдром Клиппель-Фейля с инклинацией зубовидного отростка С2 позвонка, платибазия, базилярная импрессия) у 19; опухолеподобные поражения С1-С3 у 4; краниовертебральный стеноз при мукополисахариозе (МПС) у 3. У 5 пациентов отмечался исходный неврологический дефицит. В 2-х случаях отмечалась парезия с НФТО (группа А по Frankel), в 2-х случаях отмечалась парезия с сохранением элементов чувствительности (группа В по Frankel) и у одного пациента был выраженный парез без НФТО (группа С по Frankel). Все пациенты подверглись оперативному лечению.

Одноэтапное лечение: дорсальная фиксация (окципитоспондилодез) 13 пациентов. Одноэтапное лечение: передняя декомпрессия + стабилизация С1-С2 индивидуальной пластиной 1 пациент. Двухэтапное: 1 этап: окципитоспондилодез. 2 этап: передняя трансоральная декомпрессия — 5 пациентов. Двухэтапное оперативное лечение: 1 этап: наложение галоаппарата с репозицией С1-2. 2 этап: декомпрессия спинного мозга (при стенозе позвоночного канала), дорсальная фиксация в виде окципитоспондилодеза, или короткой фиксации С1-2 с костной аутопластикой- 10 пациентов.

Результаты. В результате оперативного лечения устранена компрессия невралных структур и выполнена стабилизация краниовертебрального перехода. У 3 пациентов с исходным неврологическим дефицитом достигнута положительная динамика в неврологическом статусе: до выраженного пареза с восстановлением чувствительности и функции тазовых органов 1 пациент; до слабых и легких парезов с восстановлением чувствительности (2 пациента). У 2-х пациентов динамики в неврологическом статусе не наблюдалось.

Заключение. Пациенты с травмами и заболеваниями КВО представляют редкую и сложную категорию пациентов, требующих высокой квалификации от хирурга. Сложность патологии заставляет применять различные варианты оперативных доступов для декомпрессии и стабилизации КВО (передние: трансоральный, трансназальный, подчелюстной; дорсальные), различные варианты металлофиксации (окципитоспондилодез, фиксация С1-2 винтами, или крючками, фиксация передней индивидуальной металлической пластиной), а также дополнение металлофиксации костной пластикой аутоотрнсплантами из ребра, гребня подвздошной кости и малоберцовой кости. У пациентов с травмами и поражением КВО оправдано применение галоаппарата для репозиции при травмах, при дислокации зубовидного отростка в большое затылочное отверстие, угрозе патологического перелома, при планировании окципитоспондилодеза. Значительную помощь хирургу оказывает применение стереолитографии, которая позволяет спланировать объем декомпрессии, смоделировать и изготовить индивидуальную конструкцию для простой и надежной стабилизации. При аномалиях развития и передним сдавлением невралных структур оперативное лечение возможно в один этап с выполнением трансоральной декомпрессии на уровне С1-2 и передней стабилизацией индивидуальной металлической пластиной.

167

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**Куликова Н. И., Захарова Л. И.***Самарская областная клиническая больница имени В. Д. Середавина, Самара, Российская Федерация*

Актуальность. Риск-ориентированная модель медицины предполагает адресность оказания всех видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВТМП), а в условиях МПС помогает скоординировать лечебный и реабилитационный этапы.

Цель исследования: обобщить опыт работы МПС в достижении преемственности оказания ВТМП детям на этапах лечения и реабилитации.

Пациенты и методы. В условиях многопрофильного детского стационара (МПС) СОКБ им В. Д. Середавина ежегодно получает лечение > 22 500 больных детей и > 55 000 — в консультативной поликлинике, с ежегодным увеличением доли помощи в рамках ОМС. По ВТМП в 2015 г. получили помощь 339 детей по федеральным квотам, в том числе в формате ОМС — 170.

Результаты. На базе специализированных центров работает 4 школы: астма-школа (обучено 432 ребёнка), нефро-школа (обучено 920 детей), школа больных при хроническом диализе; школа-матерей (обучено 1258 матерей). Сложилась преемственность в оказании новых высокотехнологичных методов на этапах лечения и реабилитации. Проводится медико-социальная реабилитация детей с пересаженной почкой, в настоящее время наблюдается 9 таких детей в возрасте от 3 до 14 лет с продолжительностью функционирования трансплантата от 1 до 11 лет. Благодаря ВТМП, применяемым к рано рождённым детям с ЭНМТ и ОНМТ (их пролечено в формате ОМС в 2016 г. 98 человек), достигли показателя выживаемости 92% при рождении в сроки ≤ 28 недель гестации, 80% — при массе тела ≤ 750 гр. По данным центра катмнеза (300 детей с ЭНМТ и ОНМТ), удалось в структуре патологии снизить частоту БЛД (10–13%), ретинопатия (5,4%).

Закключение. Таким образом, достигнутая в условиях МПС преемственность лечебных и реабилитационных мероприятий повышает качество жизни и здоровье детей, требующих ВТМП.

168
КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО, ФИЗИЧЕСКОГО
И ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ С ИЗБЫТКОМ МАССЫ ТЕЛА

Кучма В. Р., Сухарева Л. М., Надеждин Д. С., Скоблина Н. А.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Согласно ВОЗ «здоровье — это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни и физических дефектов». В соответствии с этим, для получения комплексной картины здоровья детей и подростков все эти компоненты должны рассматриваться в их взаимосвязи в процессе возрастного развития.

Цель исследования. Поставлена задача оценки взаимосвязи основных компонентов психофизиологического, физического и психосоциального развития учащихся при получении общего образования.

Пациенты и методы. Проведено комплексное лонгитудинальное исследование группы школьников с 1 по 11 классы их обучения методами оценки психофизиологического и физического развития (ФР), показателей социометрии. По опросу учителей оценивалась дезадаптация в учебной деятельности.

Результаты. По ФР выявлена группа школьников, отличающихся избытком массы тела (ИМТ). У этих лиц по сравнению со школьниками с нормальным физическим развитием, установлено достоверное снижение успеваемости, ряда показателей психомоторики, когнитивных функций, критической частоты слияния мельканий, связанной с повышенной утомляемостью нервной системы. Анализ психосоциальных характеристик выявил достоверно большую дезадаптацию в учебной деятельности, и достоверное снижение индекса социометрического статуса на 49,9%. Это может быть следствием сниженного уровня развития когнитивных функций и большей утомляемостью школьников с избытком массы тела.

Заключение. Комплексное исследование установило у школьников с ИМТ снижение показателей психомоторики, когнитивных функций, успеваемости, социометрического статуса при повышенной утомляемости нервной системы и дезадаптации в учебной деятельности. Выявленная взаимосвязь физического, психического и социального компонентов развития детей и подростков свидетельствуют об их системной организации, требующей комплексного учета в решении задач охраны здоровья подрастающего поколения россиян.

169

ЗНАЧЕНИЕ ЛИЗОЦИМСОДЕРЖАЩИХ ПРОДУКТОВ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В УСЛОВИЯХ УРБАНИЗИРОВАННОГО СЕВЕРА**Куяров А. А., Попова А. В., Дудко Е. Ф., Куяров А. В.***Сургутский государственный университет, Сургут, Российская Федерация*

Актуальность. Рациональное и сбалансированное питание создает необходимое условие для гармоничного роста и нормального функционального состояния организма, обеспечивает устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды, что особенно актуально для детей в условиях урбанизированного Севера, для которых в механизмах врожденного иммунитета необходимо учитывать поддержание нормальной микрофлоры желудочно-кишечного тракта, как основополагающего фактора резистентности организма. Из биологически активных веществ ежедневного рациона питания определенное значение имеет содержание лизоцима.

Цель исследования: обоснование необходимости оценки лизоцим содержащих продуктов в рационе детей дошкольных учреждений в условиях урбанизированного Севера.

Пациенты и методы. Проведена оценка рациона питания, бактериологические и биохимические исследования пищевых продуктов, а также микрофлора кишечника детей в ряде дошкольных учреждений города Сургута.

Результаты. Определён диапазон количества жизнеспособных клеток и их видового состава, а также степень их лизоцимной активности в кисломолочных продуктах. Установлено, что из идентифицированных лактобактерий наиболее часто определялись представители видов *L. delbrueskii*. Важно, что более половины идентифицированных лактобактерий (78,4%) не проявляли или обладали низкой степенью лизоцимной активности. Оценка микрофлоры на дисбактериоз кишечника позволила выявить у подавляющего большинства детей дисбиотические изменения, обусловленные снижением количества лактобацилл (87,2% случаев), из которых преобладали *L. delbrueskii* с низкой лизоцимной активностью.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показывают необходимость использования в комплексе профилактических и оздоровительных мероприятий для детей дошкольного возраста урбанизированного Севера необходимость оценки качества лизоцим-содержащих продуктов в их рационе.

170

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ ГЕМОФИЛИИ У ДЕТЕЙ

Лашковская Т. А., Гузаревич В. Б., Пугач Д. И., Блоцкая О. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Частота встречаемости гемофилии в Республике Беларусь средняя по сравнению с другими европейскими странами и составляет 0,06 случаев на 1000 населения.

Цель исследования: анализ особенностей клинического течения и терапии гемофилии у детей на современном этапе.

Пациенты и методы. В период с 2013 по 2017 гг. под наблюдением находилось 18 детей с гемофилией: гемофилия А диагностирована у 15 (83,3%), гемофилия В — у 3 (16,7%). Тяжелая форма гемофилии А (FVIII менее 1%) выявлена у 8 (53,3%) детей, средней степени (FVIII 1–5%) — у 4 (26,7%), легкой степени (FVIII 5–30%) — у 3 (20,0%). У одного ребенка с гемофилией В диагностирована тяжелая форма заболевания (уровень коагуляционного фактора IX (FIX) — 0,7%), у двух родных братьев среднетяжелая форма.

Результаты. Наследственная передача патологического гена гемофилии прослежена по родословным у 11 (61,1%). Спорадическая мутация явилась причиной гемофилии у 7 (38,9%). У 4 детей выявлена ингибиторная форма гемофилии (уровень ингибитора к FVIII 0,2 BU/ml, 4,4 BU/ml, 5,3 BU/ml и 360 BU/ml). 2 детям проводится индукция иммунологической толерантности. До 2012 г. все пациенты с гемофилией получали экстренную помощь по факту возникшего кровотечения плазменными концентратами FVIII или FIX. В настоящее время на профилактическом методе лечения находится 4 ребенка с гемофилией А, которые получают FVIII из расчета 25–30 МЕ/кг по индивидуальной схеме. При наличии ингибитора кровотечения останавливаются препаратами шунтирующего действия. Однако гемофилия у них протекает тяжело с образованием гематом, ранним развитием гемартрозов, почечного и желудочно-кишечного кровотечения. При регулярном введении FVIII все пациенты практически здоровы, посещают школу, ведут активный образ жизни. Из геморрагических эпизодов у 2 — единичные гематомы на туловище и конечностях, у одного пациента редко рецидивирует гемартроз правого локтевого сустава.

Заключение. Профилактический метод лечения является эффективным, значительно улучшает качество жизни, предупреждает инвалидизацию.

171

ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО ВРЕМЯ СНА ПРИ ШИРОКОМ СПЕКТРЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ДЕТЕЙ**Лебедев В. В., Кожевникова О. В., Намазова-Баранова Л. С.,
Абашидзе Э. А., Букш А. А., Газарян А. А.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Синдром апноэ сна (САС) является важным клиническим проявлением различных дыхательных нарушений у детей, осложняя течение основного заболевания, дальнейшее развитие и социальную адаптацию ребёнка, что требует наиболее раннего выявления и коррекции.

Цель исследования: разработать алгоритм исследования нарушений дыхания во время сна у детей в амбулаторных условиях.

Пациенты и методы: 256 детей с жалобами на нарушение дыхания во сне обследованы методом полисомнографии (ПСГ), 101 — методом кардиореспираторного мониторинга (КРМ) (Embla N7000, США). Дети в возрасте от 2 мес до 17 лет направлялись ЛОР-врачом, неврологом, хирургом, педиатром. Преобладали дети с хронической патологией ЛОР-органов (40%), а также — с генетическими, врождёнными аномалиями (37%), кроме того, были парасомнии, синдром ДЦП и ПП ЦНС, нарушения ритма сердца.

Результаты. САС средней и тяжёлой степени (преимущественно обструктивного характера) выявлялся в каждой возрастной группе, но наиболее часто в 3–7 лет (37%), чаще при лимфоидной гиперплазии и гипертрофии аденоидов (55%), формируя показания для их оперативной коррекции. САС средней и тяжёлой степени у детей с врождёнными краниофарингеальными деформациями был выявлен в 42,2% случаев, с максимальной представленностью у детей в возрастной группе 2 мес — 1 год (44%). Исследование проводилось или перед операцией, или для коррекции консервативной терапии. Сочетание этих этиологий утяжеляло САС.

Заключение. Всем детям групп риска необходим скрининг на САС. При наличии жалоб на храп, апноэ, подозрении на САС педиатр-сомнолог принимает решение о проведении ПСГ или КРМ. При сомнительном результате по КРМ, а также детям с кранио-фарингеальными деформациями, врождённой, неврологической патологией следует проводить ПСГ в условиях специализированных детских центров.

172

КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА С ГИПЕРСОМНИЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Лебедев В. В., Айсина В. А., Газарян А. А., Кожевникова О. В.,
Кузенкова Л. М.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Существуют множество заболеваний из групп гиперсомний, одним из которых является нарколепсия, выявляемая у 3–16 на 10 000 человек. Данный вид заболеваний может дебютировать в детском и подростковом возрасте, что обуславливает необходимость врача в своевременной дифференциальной диагностике с различными пароксизмальными состояниями. Золотым стандартом для ее диагностики является полисомнография с проведением множественного теста латенции ко сну (МТЛС).

Цель исследования: представить клинический случай.

Пациенты и методы. Пациент К. 10 лет поступила впервые с жалобами на повышенную сонливость, неконтролируемые приступы зевоты с последующим засыпанием, до нескольких раз в день. Из наследственного анамнеза: повышенная сонливость у тети со стороны отца, у отца девочки и у бабушки со стороны отца. По данным МРТ по месту жительства: отсутствие специфических изменений. Для исключения эпилептической этиологии приступов был выполнен видео ЭЭГ-мониторинг (Nicolet One, CareFusion, США) в состоянии бодрствования и сна.

Результаты. По результатам ЭЭГ зарегистрирована региональная эпилептиформная активность (доброкачественные эпилептиформные разряды детства) с низким индексом представленности (5–10%). Для исключения, нарколепсии проведен множественный тест латенции ко сну. По результатам МТЛС (Embla N7000, США). Ребенок уснул в 5 тестах из 5. Средняя латенция ко сну 6 мин (норма 10–15), фаза REM-сна была зарегистрирована в 3 тестах из 5. Средняя латенция к фазе REM сна после засыпания 3 мин (норма > 15) Гиперсомния средней степени тяжести. Нарколепсия.

Заключение. Индивидуальный комплексный подход с помощью современных нейрофизиологических и сомнологических методов позволил исключить эпилептогенную природу пароксизмов, выявить у ребенка нарушение цикла «сон-бодрствование», диагностировать нарколепсию и назначить адекватную терапию.

173

ВЫБОР ПЕРОРАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ**Лебедев В. В.***Рязанский государственный медицинский университет, Рязань,
Российская Федерация*

Актуальность. Результаты исследований сравнительной эффективности и безопасности пероральных препаратов железа сульфата и гидроксид полимальтозного комплекса (ГПК) для лечения железодефицитной анемии (ЖДА) противоречивы. Это создает трудности при выборе препарата для стартовой терапии ЖДА у детей.

Цель исследования: оценка сравнительной эффективности и безопасности двух- и трехвалентных пероральных препаратов железа с использованием метода комплексной оценки продуктов окислительной модификации белков (ОМБ) при лечении ЖДА у детей.

Пациенты и методы. В исследование включено 59 детей от 6 месяцев до 17 лет с диагнозом ЖДА. 1 группа — дети, получавшие сульфат железа (II) ($n = 29$). 2 — дети, получавшие ГПК железа (III) ($n = 30$). Группы были стратифицированы по степени тяжести анемии, возрасту и полу. Оценивали гемограмму и показатели обмена железа (ферритин сыворотки). Эффективность терапии определяли на основании динамики Hb, а токсичность препарата по количеству НЯ, а так же с использованием метода комплексной оценки продуктов ОМБ по методике М. А. Фоминой.

Результаты. Через 3 месяца ферротерапии среднее значение концентрации Hb у детей, получавших сульфат железа (II) статистически достоверно выше по сравнению с детьми, принимавшими ГПК (III) ($132,2 \pm 5,13$ г/л против $121,5 \pm 6,29$ г/л соответственно, $p = 0,016$). Через 3 месяца терапии отмечено, что средняя концентрация ФС при использовании сульфата железа (II) была больше чем у детей, принимавших ГПК (III) ($24,5 \pm 4,39$ мкг/л против $13,38 \pm 2,87$ мкг/л соответственно, $p = 0,0006$). Нежелательные явления на фоне пероральной ферротерапии были выявлены у 10 (34,5%) исследуемых пациентов, принимавших сульфат железа (II) и у 7 (23,2%) пациентов, принимавших ГПК (III) ($p = 0,35$). На фоне проводимого лечения после приема ГПК железа уровень модифицированных белков снижался, а после приема сульфата железа повышался относительно показателей до лечения.

Заключение. Использование препаратов ГПК железа (III) для стартовой терапии ЖДА у детей является предпочтительным вследствие более низкой токсичности и эффективности, сравнимой с сульфатом железа (II).

174

ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ И ПОСЛЕДУЮЩЕЕ РАЗВИТИЕ РЕБЁНКА

Лежнина И. В.

*Кировский государственный медицинский университет, Киров,
Российская Федерация*

Актуальность. Отдаленные последствия перинатальных повреждений центральной нервной системы (ППЦНС) различного генеза встречаются с высокой частотой и оказывают негативное влияние на последующее состояние здоровья и развитие ребёнка.

Цель исследования: изучить становление когнитивных функций и стато-моторные параметры у детей, рождённых в срок с отягощенным перинатальным периодом в отдалённом анамнезе.

Пациенты и методы. Под динамическим наблюдением в течение 7 лет находилось 112 детей с ППЦНС. Клинический и неврологический осмотр, тестирование, изучение когнитивных функций, ЭЭГ, нейровизуализация в зависимости от возраста: нейросонография, компьютерная томография, вызванные потенциалы, аудиометрия, нейромиеография, спондилограммы, дуплексное сканирование сосудов вертебробазилярного бассейна, кровь на внутриутробное инфицирование, биохимия.

Результаты. Удалось выявить, что становление моторики, сроки появления навыков двигательные функции и тонусные нарушения чаще регистрировались и были более выражены у пациентов с постгипоксическими и посттравматическими поражениями головного и спинного мозга. Восстановительный период был более длительным у пациентов с сочетанной хронической внутриутробной гипоксией и острой асфиксией с формированием постгипоксической энцефалопатии. Для всех групп характерна инсомния. При формировании когнитивных функций выявлено преимущественное нарушение развития речи, чаще в результате гипоксически-травматических и инфекционно-токсических повреждений. У 36% синдром гиперактивности с дефицитом внимания, вне зависимости от повреждающего фактора. Нарушения восприятия и воспроизведения (праксис и гнозис) и моторная неловкость ассоциировались с гипоксией, токсическими и инфекционными факторами ППЦНС и особенно проявились при повышенных требованиях и начале обучения в школе. Частотанарушений в группе детей без ППЦНС была достоверно ниже.

Заключение. Интенсивное комплексное воздействие факторов перинатального периода на последующее развитие и состояние ребёнка требует тщательного наблюдения для своевременной коррекции.



175

АКТУАЛЬНОСТЬ МАССОВОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННЫХ НА НАСЛЕДСТВЕННЫЕ БОЛЕЗНИ ОБМЕНА

Лейман Т. В., Зайчик И. Л., Другова И. В., Габова И. Н., Горбель И. Ф.,
Космынин В. А., Шуварина Е. Г., Ермолаева М. С.

Красноярский краевой консультативно-диагностический центр медицинской генетики, Красноярск, Российская Федерация

Актуальность. Наследственные болезни обмена (НБО) занимают заметное место в наследственной патологии человека, встречаются во всех популяциях. Суммарная частота наследственных болезней обмена, выявляемых методом тандемной спектрометрии, составляет 1:1000 новорожденных. НБО, как правило, имеют тяжелые и во многих случаях фатальные проявления. Основные медико-социальные последствия НБО: высокая детская смертность, занимающая второе место в структуре причин младенческой смертности; инвалидность вследствие наследственных заболеваний составляет 47%; низкое качество жизни пациентов и их семей; тяжелые клинические проявления заболевания при поздней диагностике. Для ряда наследственных болезней обмена разработаны методы лечения, эффективные при их ранней диагностике.

Цель исследования: оценка эффективности алгоритма неонатального скрининга на НБО.

Пациенты и методы. Новорожденные дети, родившиеся в центральном районе города Норильск в 2012–2014 гг.

Год	Всего новорожденных	Обследовано	Выявлено				
			ФКУ*	АГС*	ВГ*	ГАЛ*	МВ*
2012	1569	1560	0	0	3	0	0
2013	1611	1606	0	1	2	0	1
2014	1583	1576	0	2	0	0	0

*ФКУ — фенилкетонурия, АГС — адреногенитальный синдром, ВГ — врожденный гипотиреоз, ГАЛ — галактоземия, МВ — муковисцидоз.

Результаты. Процент новорожденных с выявленными НБО в НПР колеблется от 0,13% до 0,25%. Преобладающей врожденной обменной патологией, выявленной данным скринингом, является гипотиреоз — 5 случаев, далее, в порядке убывания встречаемости — адреногенитальный синдром (3 случая) и муковисцидоза (1 случай).

Заключение. Применение массового скрининга новорожденных на НБО является эффективным, экономически оправданным способом снижения смертности и инвалидизации детей. Дальнейшее улучшение эффективности неонатального скрининга на территории НПР возможно за счет повышения информированности родителей о его значении для жизни и здоровья новорожденных, а также в оптимизации преемственности лечебного и лабораторно-диагностического звена здравоохранения.

176

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АДАЛИМУМАБА У ПАЦИЕНТКИ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Лигостаева Е. А., Цурикова Н. А., Цыганок И. А., Кобзева Н. Н., Авдеенко В. Ю., Фокеева А. В., Четвертакова Л. Д.

*Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону,
Российская Федерация*

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) — полигенное, мультифакториальное заболевание со сложным иммуноагрессивным патогенезом. «Золотым стандартом» патогенетического лечения ЮИА является метотрексат эффективность, которого составляет 61–75%. Благодаря разработке генно-инженерных биологических препаратов, обладающих способностью селективно блокировать отдельные звенья иммунопатогенеза, стало возможным достижения контроля течения ЮИА.

Цель исследования: оценить безопасность и эффективность адалимумаба у пациентки с тяжелым течением ЮИА и сахарным диабетом I типа.

Пациенты и методы. У девочки в 5 лет диагностирован сахарный диабет 1 типа, по поводу которого ребенок получает инсулинотерапию. В возрасте 6 лет отмечался дебют полиартикулярного варианта ювенильного идиопатического артрита. Терапия метотрексатом из расчета 15 мг/м²/неделю полностью не купировала активность: сохранялся полиартикулярный суставной синдром, высокая лабораторная активность. Через 3 месяца от дебюта болезни присоединился увеит правого глаза. На фоне высокой активности ЮИА наступила клинико-лабораторная декомпенсация сахарного диабета в виде развития кетоацидоза и стойкой гипергликемии, что потребовало коррекции инсулинотерапии (повышение дозы инсулина длительного действия). Учитывая стойкий суставной синдром, поражение глаза, значительное снижение качества жизни и функциональной активности, девочке начата терапия адалимумабом.

Результаты. Через 12 недель терапии у пациентки отмечалось 50% улучшение по АКР педи, увеит в стадии ремиссии; через 24 недели лечения — 70%; через 48 недель — 90% улучшение по критериям АКР педи. За период наблюдения серьезных нежелательных эффектов на фоне проводимой терапии не отмечалось. С 4 месяца комбинированной терапии отмечалась клинико-лабораторная компенсация сахарного диабета I типа, начато постепенное снижение инсулина короткого и продленного действия.

Заключение. Данное клиническое наблюдение показывает эффективность и безопасность терапии адалимумабом у пациентки с тяжелым течением ЮИА и сахарным диабетом I типа.

177

**ОЦЕНКА ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ
У ШКОЛЬНИКОВ ДВУХ РЕГИОНОВ РОССИИ****Логачева О. С., Кожевникова О. В., Намазова-Баранова Л. С.,
Кайтукова Е. В., Сурков А. Н., Абашидзе Э. А., Черников В. В., Броева М. И.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Пульсовое артериальное давление (ПАД) является одним из важных маркеров сосудистого ремоделирования, нарушения перфузии жизненно важных органов. Оценка ПАД у детей пока не нашла широкого применения.

Цель исследования: провести анализ ПАД у школьников при диспансеризации в двух регионах России.

Пациенты и методы. В рамках развития сети школьной медицины в странах Восточной Европы и Центральной Азии (распоряжение Правительства РФ от 2.06.2016 г. № 1090-р и распоряжение Правительства РФ от 9.08.2016 г. № 1668-р) в 2017 г. проведено комплексное обследование 550 детей 11 и 15 лет (248 мальчиков и 302 девочки) из общеобразовательных школ г. Вологды (253) и г. Смоленска (297). Измерение систолического (САД, mmHg) и диастолического (ДАД, mmHg) АД проводилось методом Короткова. ПАД получали как разницу между САД и ДАД. Оценка ПАД: сниженное < 40 mm Hg и повышенное > 60 mm Hg.

Результаты. У 140 детей (25,5%) выявлена САД и/или ДАД гипертензия, а у 5 детей (0,9%) гипотензия. При этом изменение ПАД отмечено 41,4% детей. У 191 ребенка (34,7%) — снижение ПАД. При этом у 78,5% детей показатели САД и ДАД были в пределах возрастной нормы. У 37 детей (6,7%) детей было повышение ПАД, из них у 43,2% детей показатели САД и ДАД были в норме.

Заключение. Высокий процент встречаемости измененного, особенно, сниженного ПАД у школьников на фоне нормальных наиболее часто оцениваемых САД и ДАД свидетельствует о необходимости применения его для скрининга и формирования групп риска, поиска причин нарушений гемодинамики (гиподинамия, гиповолемия, анемия и т. д.) и разработки программ профилактики.

178

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЕРФОРМИРУЮЩИМИ ДОРСОПАТИЯМИ В ДЕТСКОМ МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ

Лубовинина О. Г., Родионова И. Е., Тырцева Е. С.

Детский медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва, Российская Федерация

Актуальность. По данным ВОЗ на 1000 детей у 10 девочек и 2 мальчиков выявляется сколиоз позвоночника. Причины развития сколиоза многообразны. Заболевание развивается и прогрессирует в период активного роста ребенка, поэтому важно начинать лечение при выявлении первых признаков деформации позвоночника и обеспечить комплекс мер, направленных на коррекцию имеющихся деформаций и предупреждение прогрессирования.

Цель исследования: оценка эффективности медицинской программы реабилитации «Школа здорового позвоночника» у детей с различными видами деформирующих дорсопатий, в том числе со сколиозом III–IV степени в реабилитационном отделении «Поляны» ФГБУ «Детский медицинский центр».

Пациенты и методы. По программе 2 недели занималось 22 ребенка в возрасте от 9 до 17 лет с диагнозами: кифоз — 4 (18,2%); сколиоз I–II ст. — 10 (45,5%); сколиоз III–IV ст. — 3 (13,6%); нарушение осанки — 5 (22,7%). Программа включала: утреннюю суставную гимнастику, аппаратную физиотерапию, бальнеолечение, занятия с применением БОС, кинезиотерапию, психотерапию и ЛФК по комплексу корригирующих упражнений в сочетании с управляемым дыханием (метод К. Шрот).

Результаты. Для оценки эффективности лечебных мероприятий сравнивались показатели: компьютерной оптической топографии (ОТ); результаты тестирования мышц спины и живота; проб Штанге и Генча. При проведении повторной ОТ отмечено улучшение формы дорсальной поверхности туловища у 15 детей (68%). Повышение выносливости мышц живота и мышц спины отмечено у 19 детей (86%). Улучшение показателей пробы Штанге, Генча у 20 детей (90%).

Заключение. Программа комплексной медицинской реабилитации «Школа здорового позвоночника» показала себя эффективной у детей с нарушением осанки, кифозом и со сколиозом до II степени. Отмечено повышение выносливости мышц, уменьшение внешних дефектов нарушения осанки при сколиозе I–II ст., кифозе в начальных стадиях, а также улучшение показателей адаптации кардио-респираторной системы.

179

**ВЛИЯНИЕ ВЫСОКОДИНАМИЧНЫХ ВИДОВ СПОРТА
НА СЕРДЕЧНЫЙ РИТМ И ПРОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО
МОНИТОРИРОВАНИЯ****Лукьянчик Ю. Д., Чернышева Т. В., Сергейчик О. И.***Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень,
Российская Федерация*

Актуальность. Занятия такими высокодинамичными видами спорта, как футбол и хоккей сопряжены с развитием дисбаланса вегетативной нервной системы и синдромом перенапряжения миокарда, увеличивая риск жизнеугрожаемых состояний. Внезапная сердечная смерть в популяции спортсменов в 2 раза превышает общепопуляционную и составляет 1,6 на 100000, что делает актуальным поиск маркеров-предвестников.

Цель исследования: выявить распространённость и характер нарушений сердечного ритма и проведения по данным суточной электрокардиографии (ЭКГ) у юных спортсменов Тюменской области.

Пациенты и методы. Объект исследования: произвольная когорта из 33 мальчиков 12–17 лет, занимающихся хоккеем на льду и футболом ежедневно по 1,5–3 часа в течение 2–12 лет, из них 11 занимается футболом, 22 — хоккеем. Анализировался анамнез, объективный статус, стандартные ЭКГ, протоколы суточного мониторирования ЭКГ, эхокардиографического исследования.

Результаты. В ходе исследования установлено, что большинство (51,5%) детей предъявляли жалобы астеновегетативного характера. Суточное мониторирование ЭКГ позволило выявить аритмии, не регистрируемые на стандартной ЭКГ: синусовую брадиаритмию — 81,8%, вагозависимую МВР по предсердиям — 27,3%, атриовентрикулярные блокады — 33%, значимую экстрасистолию — 12,1%, ригидный ритм и бинодальные нарушения сердечного ритма — 18,2%. Установлена прямая зависимость между интенсивностью занятий и степенью брадикардии, плотностью ночной экстрасистолии ($p < 0,05$).

Заключение. Проведение суточного мониторирования ЭКГ показано всем детям, занимающимся высокоинтенсивными видами спорта более 2-х лет. Брадикардия менее 42 ударов в минуту, парные экстрасистолы и бинодальные нарушения ритма — показания для углублённого обследования и назначения лечебно-профилактических мероприятий.

180

ПОВЫШЕНИЕ АМОРТИЗАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОСЕВОГО СКЕЛЕТА И СВОДОВ СТОП У ДЕТЕЙ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ

**Лупандина-Болотова Г. С., Поляков С. Д., Маргиева Т. В.,
Намазова-Баранова Л. С.**

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Повышенная ломкость костей у детей с несовершенным остеогенезом усугубляется снижением нагрузки на мышцы, стабилизирующие позвоночник и мышцы сводов стоп, что приводит к формированию «порочного круга»: уменьшение пьезоэлектрического заряда на кости повышает активность остеокластов, усиливая остеопороз костей позвоночника и нижних конечностей.

Цель исследования: разработать и оценить эффективность комплекса упражнений, направленных на интенсификацию работы аутохтонных мышц и мышц сводов стоп.

Пациенты и методы. В исследовании приняло участие 36 детей с несовершенным остеогенезом в возрасте от 8 до 17 лет. Дети разделены на 2 группы, соответственно типу несовершенного остеогенеза: 1 группа детей с НО 1 типа ($n = 14$), способны передвигаться самостоятельно. 2 группа с НО 3 типа ($n = 22$), дети на инвалидных колясках. Дети обеих групп получали адаптивный комплекс упражнений для стимуляции аутохтонной мускулатуры и стимуляции мышц сводов стоп, кинезиотейпинг по показаниям.

Результаты. При анализе функциональных показателей ОДА отмечена положительная динамика в обеих группах. В 1 группе мышечная сила нижних конечностей выросла статистически значимо: $\Delta Me = 1$ балл, $p < 0,05$, увеличился объем мышц на уровне голени $\Delta Me = 0,7$ см, $p < 0,05$; выявлена тенденция к повышению устойчивости при ходьбе. Во 2 группе отмечено статистически значимое повышение индекса мобильности: $Me_1 = 4$, $Me_2 = 7$, $p < 0,05$; отмечена тенденция к увеличению мышечной силы; повышению эмоционального фона при нагрузке, снижение уровня тревожности при активной вертикализации, снижение болевого синдрома на фоне применения кинезиотейпинга.

Закключение. Применение разработанного комплекса, адаптированного к особенностям детей с несовершенным остеогенезом позволяет увеличить амортизирующие свойства осевого скелета и сводов стоп, преодолеть страх активной вертикализации и повысить мотивационную активность.

181

**АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ПРИ РАЗНЫХ ВИДАХ
ВСКАРМЛИВАНИЯ****Ляпунова Е. В., Пономарева О. В., Максимова И. А.***Кировский государственный медицинский университет, Киров,
Российская Федерация*

Актуальность. Одной из актуальных проблем в практическом здравоохранении является оценка влияния вида вскармливания в течение первого года жизни на состояние здоровья детей.

Цель исследования: установить заболеваемость у детей старшего возраста в зависимости от их вида вскармливания на первом году жизни.

Пациенты и методы. Проведено анкетирование родителей и изучение медицинской документации (уч. ф. № 112/у, уч. ф. № 030/у). Всего обследовано 642 человека (348 девочек и 294 мальчика) в возрасте от 7 до 14 лет. На грудном вскармливании более 9 месяцев было 94 ребенка (первая группа), на искусственном вскармливании 162 ребенка (вторая группа).

Результаты. У детей второй группы в большинстве случаев встречалась патология органов дыхания (13,7%; $p < 0,05$), в том числе бронхиальная астма в 2,2 раза, хронические бронхиты в 3,5 раза, пневмонии в 2,2 раза чаще, чем у детей первой группы. На втором месте у детей с искусственным вскармливанием встречались заболевания связанные с патологией желудочно-кишечного тракта (9,2%; $p < 0,005$). В том числе хронический гастрит встречался в 5,8 раз, дискинезия желчевыводящих путей в 4,2 раза, функциональное расстройство желудка в 6 раз, нейродермит в 4,3 раза, ожирение I–II ст. в 5 раз чаще, чем у детей, находящихся на грудном вскармливании.

При анализе факторов развития часто встречающихся в старшем возрасте заболеваний органов дыхания и пищеварения, ведущее место принадлежит патологическому течению беременности (48,3%), хроническим очагам инфекции (38,5%), атопическому дерматиту (34,7%) и раннему переводу на искусственное вскармливание (22,1%).

Заключение. Таким образом, дети первого года жизни, находящиеся на искусственном вскармливании, значительно чаще имеют в старшем возрасте хроническую патологию органов дыхания и пищеварения. Полученные данные по факторам формирующих хронические процессы у детей старшего возраста, одним из которых является ранний перевод на искусственное вскармливание, необходимо учитывать в работе участковых педиатров.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ

Майтбасова Р. С., Ишуова П. К., Ержанова Г. Е., Джахауова Н. Е.

Научный центр педиатрии и детской хирургии, Алматы, Казахстан

Актуальность. Функциональное состояние вегетативной нервной системы (ВНС) может характеризовать адаптационные возможности детского организма, особенно в регионах с неблагоприятной экологией каковым является Приаралье.

Цель исследования: изучение частоты встречаемости синдрома вегетативной дисфункции (СВД) у детей, проживающих в различных регионах Казахстана.

Пациенты и методы: Обследовано 2502 детей из разных экологических зон: 30,2% детей (I) проживают в зоне экологической катастрофы: г. Казалинск, Аральск Кызылординской и Шалкар Актюбинской областей; 20,0% (II) в зоне экологического кризиса: с. Жалагаш, Жусалы и Шиели Кызылординской области; 30,2% (III) в зоне экологического предкризисного состояния: пос. Иргиз Актюбинской, Арысь Южно-Казахстанской и Улытау Карагандинской областей; 19,6% (IV) в контрольном регионе: с. Атасу Карагандинской области. В основной группе мальчиков было 50,5%, девочек — 49,5% и в контрольной — 50,9% и 49,1% соответственно. По возрастам в основной группе: от 5–7 лет 22,6%, от 8–10 лет 23,4%, от 11–13 лет 23,4%, от 14–17 лет 30,6% и в контрольной 24,9%, 25,6%, 25,3%, 24,2%, соответственно.

Оценка состояния ВНС на основании определения исходного вегетативного тонуса (осмотр с определением признаков СВД, АД, ЧСС, ЭКГ) и вегетативной реактивности (КИГ).

Результаты. СВД выявлен у детей, проживающих в I зоне в $55,2\% \pm 1,7$ случаев с доверительным интервалом (ДИ) = 62,4–55,3, во II — в $55,3\% \pm 2,2$, ДИ = 59,7–50,8, в III — в $49,3\% \pm 1,82$, ДИ = 52,9–42,6) и в IV — в $24,7\% \pm 1,95$, ДИ = 24,8–25,5. СВД достоверно чаще встречался у детей, проживающих в I, II и III ($55,2\%–49,3\%$) зонах, чем в IV ($24,7\%$) ($p \leq 0,05$). СВД преимущественно выявлялся у детей пре- и пубертатного возраста: в I зоне 63,3%, во II — 61,4%, в III — 64,9% и в IV зоне — 62,0% и достоверно чаще у девочек в I — $71,0\% \pm 2,2$ (ДИ = 75,4–66,5); во II — $67,1\% \pm 2,82$ (ДИ = 72,7–61,4), в III — $61,2\% \pm 2,52$ (ДИ = 66,2–56,1) и в IV зоне — $32,9\% \pm 2,12$ (ДИ = 37,1–28,6) ($p \leq 0,05$).

Заключение. СВД был выявлен у детей всех возрастных групп независимо от места проживания, преимущественно у детей пре- и пубертатного возраста ($> 61,4\%$) и у лиц женского пола ($> 61,2\%$) ($p \leq 0,05$).

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ**Майтбасова Р. С., Ишуова П. К., Ержанова Г. Е., Бугибай А. А.***Научный центр педиатрии и детской хирургии, Алматы, Казахстан*

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) тяжелое системное деструктивно-воспалительное заболевание суставов, приводящий к нарушению функции суставов, к снижению качества жизни и инвалидизации. Прогностически неблагоприятным является системный вариант ЮИА (сЮИА), который может осложниться синдромом активации макрофагов (САМ), приводящий не редко к летальному исходу.

Цель исследования: изучить структуру и течение ЮИА.

Пациенты и методы. В структуре ревматических заболеваний у детей (492), госпитализированных в клинику Научного центра педиатрии и детской хирургии за 2011–2016 гг. У 51,0% (251) больных имел место ЮИА. Возраст от 1 года до 17 лет. Мальчиков — 21,1% (104), девочек — 78,9% (388). Вариант ЮИА определяли согласно классификации и диагностическим критериям, предложенной ILAR.

Результаты. ЮИА по субтипам: олигоартикулярный вариант — 57,0%, системный (с ЮИА) 6,0%, полиартикулярный — 29,1%, энтезитный — 1,6%, недифференцированный — 6,4%. Полиартикулярный вариант позитивный по ревматоидному фактору (РФ) — 6,8% и РФ-негативный — 93,2%. Олигоартрит персистирующий у 79,0% и олигоартрит распространившийся у 21,0%. При олигомоноартритах в воспалительный процесс преимущественно вовлекались коленные (70,6%) и голеностопные (25,9%), реже тазобедренные суставы (3,5%), чаще по одному суставу и несимметрично. Олигомоноартрит без параклинической активности — 24,5%. У 4-х (2,8%) детей с олигоартритом на фоне регрессии артрита развился увеит двусторонний, имевший хроническое течение, осложнившийся катарактой (2), приведший к слепоте (односторонней-2). Системный вариант ЮИА осложнился САМ у 2, вторичным иммунодефицитом — у 1, в дальнейшем рецидивировал — у 93,3% детей. При всех вариантах ЮИА преобладали девочки (65,0–78,9%). Функция суставов была сохранна у детей с персистирующим олигоартритом, выраженные нарушения наблюдались у больных с полиартикулярным вариантом и сЮИА.

Закключение. Наиболее благоприятное течение имели пациенты с персистирующим олигоартритом, тогда как больные с распространившимся олигоартритом, приближались к полиартикулярной форме и сЮИА.

184

УРОВЕНЬ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ В МОЧЕ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Макарова Т. П., Черезова К. А., Зинкевич О. Д., Сафина Н. А.,
Копорулина М. О.

*Казанский государственный медицинский университет, Казань,
Российская Федерация*

Актуальность. Первое место в структуре заболеваний почек у детей занимает пиелонефрит. Он имеет склонность к хроническому рецидивирующему течению и является фактором риска развития хронической почечной недостаточности. Классическим гистологическим маркером хронического повреждения почек является разрастание интерстициального экстраклеточного матрикса. Большую роль в модуляции белков межклеточного матрикса играют протеолитические ферменты.

Цель исследования: изучить общую протеолитическую активность ферментов мочи у детей с хроническим пиелонефритом.

Пациенты и методы. Обследовано 72 ребенка с хроническим обструктивным пиелонефритом. Исследования проведены при поступлении и перед выпиской. В анамнезе через месяц после выписки, обследовано 19 детей. Контрольная группа — 20 условно здоровых детей аналогичного возраста. Ферменты мочи выявляли зимографическим методом в 10% полиакриламидном геле (ПААГ) с добавлением желатина в качестве субстрата. Общую протеолитическую активность ферментов рассчитывали с использованием в качестве стандарта трипсин и выражали в PU/мл мочи. Для расчёта протеолитической активности использовали программное обеспечение VilberLormat (Франция).

Результаты. У детей с хроническим пиелонефритом в стадии обострения общая протеолитическая активность мочи составила 6031 ± 1448 PU/мл мочи, тогда как у здоровых этот показатель был в пределах 576 ± 393 PU/мл. ($p < 0,01$). Перед выпиской после проведения антибактериальной терапии отмечалось статистически значимое снижение протеолитической активности ферментов 3657 ± 1244 PU/мл ($p < 0,05$), но показатели оставались достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,01$). Через месяц после выписки так же сохранялась повышенная активность протеолитических ферментов в моче 3134 ± 1194 PU/мл, что свидетельствовало о незавершенности воспалительного процесса в тубуло-интерстициальной ткани почки.

Заключение. Изучение уровня протеолитических ферментов в моче может быть использовано в качестве прогностического маркера стойкости клинико-лабораторной ремиссии у детей.

185

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**Макарова А. Ю., Малащенко А. В., Пятенко Е. А.***Первый Московский государственный университет имени И. М. Сеченова,
Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Питание детей является одним из основополагающих факторов формирования здорового образа жизни. Допускаемые школьниками погрешности в диете становятся серьезным риском развития заболеваний.

Цель исследования: изучить питание детей на примере московских школьников и оценить возможные причины возникновения патологий.

Пациенты и методы. Анализ формирования патологических изменений у детей проводился посредством анкетирования 211 обучающихся 1–4 и 7 классов (32 ребенка 6 лет, 109 детей находятся на 1 ступени обучения, 65 учащихся 7 классов). Опросник разработан на кафедре гигиены детей и подростков Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Определены медико-биологические факторы риска, воздействующие на ребенка в пренатальном периоде, раннем детстве и особенности настоящего образа жизни. Данные сопоставлялись со шкалой количественной оценки рисков.

Результаты. У большинства детей питание несбалансированное, недостаточное и нерегулярное. Рацион 20–40% опрошенных характеризуется недостаточным содержанием кисломолочных продуктов, овощей и фруктов. Режим питания 2/3 учащихся не соответствует требованиям: дети едят 1–2 раза в день. Фактическое питание в образовательном учреждении нельзя назвать полноценным: 70% опрошенных игнорируют рыбные блюда, 68% предпочитают не есть первое блюдо, 44% не употребляют кашу на завтрак, 34% не едят блюда из тушеных овощей, 29% склонны не употреблять масло и яйца. 90% школьников предпочитают продукты, не предназначенные для детского питания. 42% потребляют фастфуд, 21% — чипсы, 15% — сладкие газированные напитки, 10% — сладости.

Заключение. Питание школьников нельзя признать рациональным по ряду причин: недостаточность и несбалансированность, употребление высокоуглеводной, богатой трансжирами пищи. Все это безусловные факторы риска формирования заболеваний. Стил ь питания детей демонстрирует непонимание гигиены питания как детьми, так и их родителями. Необходимо обучать семьи основам рационального питания и формировать стереотипы здорового образа жизни.

186

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 6 ЛЕТ СО СЛЮНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Макина О. В.

*Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль,
Российская Федерация*

Актуальность. В детском возрасте патология паращитовидных желез встречается редко. При гиперкальциемии достаточной длительности кальций может откладываться в различных паренхиматозных органах (нефрокальциноз, сиалолитиаз), нарушая их функцию. Вторичный гиперпаратиреоз возникает при относительной или полной резистентности тканей мишеней к ПТГ. В патогенезе слюнокаменной болезни важная роль принадлежит нарушению фосфорно-кальциевого обмена (повышению количества фосфора и кальция в крови и слюне).

Цель исследования: изучить клинические особенности гиперпаратиреоза и сиалолитиаза у детей, взаимосвязь данных состояний и тактику ведения.

Пациенты и методы: мальчик 6 лет с диагностическим поиском и данными лабораторного и инструментального обследования

Результаты. Жалобы на жажду, вязкость слюны и сухость во рту ребенка. Из анамнеза: на фоне ОРИ появилась боль в поднижнечелюстной области слева. При обследовании на УЗИ выявлены микролиты в протоках левой поднижнечелюстной слюнной железы (7 гиперэхогенных включений с акустической тенью диаметром по 1 мм, протоки расширены до 2 мм), без признаков воспаления. В биохимическом анализе крови уровень общего и ионизированного кальция, фосфора, щелочной фосфатазы в норме. В биохимическом суточном анализе мочи снижены содержание кальция 1,45 ммоль/сут (N 2,5–7,5) и фосфора 9,27 ммоль/сут (N 13–42). В анализе крови на гормоны повышен ПТГ 20,13 пг/мл (N 4,4–16) и снижен вит. Д 22,2 нг/мл (N 30–100). По УЗИ ПЩЖ не визуализируются. Выставлен диагноз: Сиалолитиаз. Вторичный гиперпаратиреоз. Назначен Альфакальцидол (АльфаД3-Тева) 0,5 мкг/сут в течение 2 месяцев, далее вит. Д по 1500 Ед/сут. На фоне лечения отмечен положительный эффект: самостоятельный выход камней из слюнной железы и нормализация биохимических показателей крови и мочи, а также ПТГ.

Заключение. Разнообразие проявлений гиперпаратиреоза приводит к сложности диагностики заболеваний. Малосимптомное течение сиалолитиаза может завуалировать нарушения кальций-фосфорного обмена и привести к гормональным нарушениям со стороны ПЩЖ.

187

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА**Макина О. В., Туз В. В., Клещев Я. В., Полатов Т. Д.***Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль,
Российская Федерация**Детская поликлиника № 3, Ярославль, Российская Федерация*

Актуальность. Ярославская область лидирует по количеству детей с СД I по ЦФО. Заболеваемость за 2016 г. составила 25,9 чел. на 100 тыс детского населения, распространённость — 177,5 чел. на 100 тыс. У детей первых лет жизни при манифестации заболевания наблюдается стремительное развитие диабетического кетоацидоза вследствие нарастающей инсулиновой недостаточности.

Цель исследования: проанализировать факторы риска и клинические особенности пациентов с впервые выявленным СД I.

Пациенты и методы. Обследовано 42 ребёнка с 11 мес. до 17 лет с впервые выявленным СД I. Проведён анализ в возрастных группах, оценён наследственный фактор, гендерное соотношение детей, масса тела при рождении, частота выявленных клинических симптомов, длительность догоспитального этапа, состояние декомпенсации, HbA1c.

Результаты. Среди детей с впервые выявленным СД I преобладал дошкольный возраст 25 человек (54%), среди которых 6 детей (14%) до 3 лет, ранний школьный возраст 11 человек (27%), дети пубертатного периода 8 человек (19%). Отягощённый наследственный фактор по СД I наблюдался в 21% случаев, по СД II в 31%. Гендерного различия детей не было (48% мальчиков, 52% девочек). У 60% нормальная масса тела при рождении, у 33% дефицит и 7% с крупной. Среди факторов, предшествующих заболеванию в 56% ОРВИ, в 28% прививки, в 11% — ОКИ и в 5% — стресс. Клинические симптомы: полиурия (84%), полидипсия (82%), слабость (68%), снижение массы тела (59%), но также неспецифические проявления: абдоминальный синдром и рвота (11%), головная боль (2%), отсутствие жалоб (5%). Длительность догоспитального этапа в 48% в течение недели, 48% до 1 мес, 2% до 3 мес и 2% до 6 мес. По состоянию декомпенсации 40% в кетоацидозе, 30% с кетозом, 30% без кетоза. Средний уровень HbA1C 11,7%.

Заключение. Диагностика СД I у детей младшего возраста затруднена из-за возможных ошибок при оценке риска развития заболевания, неспецифических симптомов и быстрой декомпенсации заболевания. Раннее установление диагноза уменьшает риск развития тяжелых острых и хронических осложнений.

188

АНАЛИЗ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Макина О. В., Фараджзаде Г. К., Шестакова Н. А.

*Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль,
Российская Федерация
Детская поликлиника № 3, Ярославль, Российская Федерация*

Актуальность. Распространенность МС у детей и подростков с ожирением в различных странах мира достигает 30–50%. Метаболический синдром и ожирение являются фактором риска в развитии сердечно-сосудистых осложнений, нарушений опорно-двигательного аппарата и репродуктивной системы.

Цель исследования: оценить состояние метаболического статуса у детей с ожирением.

Пациенты и методы. Обследовано 53 ребенка с ожирением, из них 29 мальчиков и 24 девочки в возрасте от 3 до 17 лет. Дети до 10 лет составили 34% (18 детей), 10–17 лет — 66% (35 детей). Для определения МС у детей использовалась классификация IDF (2007 г.).

Результаты. Метаболические изменения преобладают в группе детей 10–17 лет. Абдоминальный тип ожирения выявлен у 40 (75%) больных, из них 67,5% дети 10–17 лет с достоверным преобладанием мальчиков (70%). Повышение АД обнаружено у 3 (6%) обследованных мальчиков в возрасте 10–17 лет. Синдром инсулинорезистентности отмечается у 43% пациентов, преобладают мальчики (58%). Гипергликемия натощак у 2 (4%) детей. Дислипидемия выявлена у 47%, преимущественно снижение ЛПВП (42%). НАЖБП диагностирована у 4%. Метаболический синдром обнаружен у 21% обследуемых, в основном представлен сочетанием трех признаков: абдоминальным ожирением, дислипидемией и синдромом инсулинорезистентности.

Заключение. Проявления метаболического синдрома могут наблюдать врачи разных специальностей. Среди метаболических изменений преобладают абдоминальное ожирение и нарушения липидного спектра. Преимущественно нарушения выявлены у мальчиков 10–17 лет. Это является неблагоприятным прогностическим признаком риска атерогенных, диабетогенных, тромбогенных осложнений, приводящих к инвалидизации и уменьшению продолжительности жизни.

189

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ****Максимова И. А., Беляков В. А., Токарев А. Н.***Кировский государственный медицинский университет, Киров,
Российская Федерация*

Актуальность. Актуальной проблемой является изучение взаимосвязи между видом вскармливания и нервно-психическим развитием (НПР) детей первого года жизни.

Цель исследования: оценка НПР детей в зависимости от вида вскармливания.

Пациенты и методы. Пациенты и методы исследования. Обследовано 475 детей первого года жизни. Дети были разделены на 2 группы: первая группа (236) получала грудное вскармливание; вторая (239) искусственное.

Результаты. К первой группе НПР относились 79,4% детей второй группы и 94,4% первой группы, ко второй группе НПР относились 18,5% второй группы и 5,6% первой. Детей третьей группы НПР было 2,1%, и все они были на искусственном вскармливании. Держать голову дети первой группы стали в 1,1 месяц, а второй в 1,5 месяца. Переворачиваться со спины на живот дети первой группы стали в 4,1 месяц, а второй в 4,4 месяца. Переворачивание с живота на спину дети первой группы стали в 5,1 месяц, а второй в 5,2 месяца. Самостоятельно сидеть раньше стали дети, находящиеся на искусственном вскармливании, в среднем в 6 месяцев. Дети, находящиеся на грудном вскармливании самостоятельно сидеть стали в 6,2 месяца. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, начали самостоятельно ходить в 11,7 месяца, а на искусственном в 12,8 месяцев. Произносить первые слова дети, находящиеся на грудном вскармливании, стали в 8 месяцев. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, стали произносить первые слова в 9,5 месяцев. К году количество произносимых слов было больше у детей, находящихся на грудном вскармливании.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у детей, находившихся на грудном вскармливании по сравнению с их сверстниками, получавшими искусственное вскармливание в более ранние сроки, происходит развитие нервной системы.

190

ОЦЕНКА ПРОДУКЦИИ ОКСИДА АЗОТА И ДЕСКВАМАЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Максимович Н. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Высокое нормальное артериальное давление (ВНАД) у детей это первая ступень гипертонического марша взрослых, рано приводящая к развитию первичной артериальной гипертензия у подростков и завершающаяся сердечно-сосудистыми катастрофами (инфаркт миокарда и мозга) у взрослых в трудоспособном возрасте.

Цель исследования: оценить роль продукции оксида азота и десквамации эндотелия в развитии высокого нормального артериального давления у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 25 детей с ВНАД (1-я группа) и 20 здоровых (2-я группа) в возрасте 12–16 лет с равным количеством мальчиков и девочек в ($p > 0,05$). Методы: манометрия, тест с реактивной гиперемией, электроплетизмография, микроскопия, спектрофотометрия, «Statistika 10,0», данные представлены в виде $M \pm STD$.

Результаты. При выполнении теста с реактивной гиперемией у детей с ВНАД обнаружено снижение зависимой от эндотелия вазодилатации до 8,3% (у здоровых — 17,6%, $p < 0,001$) и содержания в плазме крови продуктов деградации оксида азота до $14,3 \pm 1,18 \mu M$ (у здоровых — $24,2 \pm 2,25 \mu M$, $p < 0,001$). Количество циркулирующих в крови эндотелиальных клеток у детей с ВНАД ($5,2 \pm 2,21$ в $100 \mu l$) и у здоровых детей ($4,9 \pm 2,43$ в $100 \mu l$, $p > 0,05$) было одинаковым.

Заключение. У пациентов с ВНАД, по сравнению со здоровыми детьми, обнаружено снижение зависимой от эндотелия дилатации периферических сосудов, уровня в плазме крови продуктов деградации оксида азота, и отсутствие различий в содержании в крови циркулирующих эндотелиальных клеток. Полученные данные свидетельствуют, что десквамация эндотелия может не принимать участия в формировании ранней стадии предгипертензивных состояний у детей.

191

**АНАЛИЗ МОНИТОРИНГА ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ
СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ В, У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН****Малёваная И. А.***Могилевская областная детская больница, Могилев, Беларусь*

Актуальность. В микрофлоре влагалища *S. agalactiae* обнаруживается у 15–45% женщин. Носительство его не опасно, опасны инвазивные формы инфекции у новорожденных. В развитых странах *S. agalactiae* входит в тройку лидеров инфекций новорожденных, частота СГВ инфекции у новорожденных 1,3–3:1000. Летальность 2–30%, неврологические нарушения остаются в 26%.

Цель исследования: анализ результатов «стратегии скрининга» СГВ инфекции в регионе с 2012 по 2017 гг.

Пациенты и методы. Обследовано 54781 беременных и 25799 новорожденных. Верификация диагноза проводилась на основании клинических и лабораторно-инструментальных методов обследования. Для определения возбудителя использовался культуральный и экспресс методы.

Результаты. Частота колонизации СГВ беременных составила 7%. Клинические формы инфекции были диагностированы у 13 новорожденных. преобладали девочки (70%), проживающие в городе. У половины новорожденных (46%) матери имели патологию беременности, у 30% была ЗВУР. Средняя масса тела при рождении 3175 гр. Ранние формы инфекции составили 54%, поздние — 46%. Среди патологии преобладал менингоэнцефалит 62%, в 30% сепсис, в 8% пневмония. Ранние формы были представлены поровну сепсисом и менингоэнцефалитом, поздние формы в 66% менингоэнцефалитом, по одному случаю сепсиса и пневмонии. Начало заболевания в 70% было с подъема температуры, в 46% интоксикационный синдром, у 30% судороги, у 20% неврологическая симптоматика. В 70% случаев СГВ был выделен из ликвора, в 30% из крови, в 15% из обеих биологических сред. Летальность составила 15%, у 30% осталась неврологическая симптоматика.

Заключение. Степень колонизации СГВ среди беременных в нашем регионе оказалась ниже, чем в других странах, частота развития инфекции у новорожденных 0,5 на 1000, что сходно с показателями в Германии, но ниже чем в США. Большинство заболевших детей были доношенными, ранние и поздние формы инфекции составили почти равные доли, среди них лидировал менингоэнцефалит. Уровень летальности был несколько выше, чем в других странах.

192
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ
ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ
В ВОЗРАСТЕ 7–15 ЛЕТ

Малеева Н. П., Кацова Г. Б., Павленко Т. Н., Дмитриева М. К.

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,
Российская Федерация*

Актуальность. Важнейшей задачей здравоохранения остается охрана, укрепление и сохранение здоровья подрастающего поколения. Интерес представляют изменения в показателях физического развития детей (за прошедшие 30 лет).

Цель исследования: ретроспективное изучение показателей физического развития школьников г. Оренбурга.

Пациенты и методы. Обследовано 600 детей в возрасте 7–15 лет с измерением: массы тела (МТ), длины тела (ДТ), ширины плеч (ШП). Полученные показания сравнивались с аналогичными измерениями, проводимыми в 1987 году.

Результаты. Сравнительный анализ выявил, что во всех возрастно-половых группах МТ в 1987 г. были ниже по сравнению с 2017 г. в среднем на 3,16 кг у девочек и 7,74 кг у мальчиков. Наибольшие изменения определены у мальчиков в возрасте 11 лет — 8,3 кг и в 15 лет — 11,3 кг. ДТ у школьников в 1987 г. во всех возрастно-половых группах была меньше чем в 2017 г. у девочек в среднем на 5 см, у мальчиков на 7 см. ШП у мальчиков так и у девочек не имела достоверных отличий как в первом, так и во втором исследовании. ШП мальчиков превосходит ШП девочек в 11–12 лет в среднем на 1,5–2 см, в 13–14 лет на 4,5–5 см и начиная с 15 лет на 6,5–8 см.

Закключение. Основные сомато-метрические показатели (МТ, ДТ) за последние 30 лет достоверно увеличились как у мальчиков, так и у девочек во всех возрастных группах. Существенных различий в ширине плеч за 30 лет не обнаружено.

193

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПСИХИАТРИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ**Малеева Н. П., Павленко Т. Н., Кацова Г. Б., Попова Л. В.***Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,
Российская Федерация*

Актуальность. Профессия оказывает сильное и далеко не всегда благоприятное влияние на здоровье человека.

Цель исследования: определение характеристик эмоционального выгорания (ЭВ) у 50 медицинских сестер психиатрических стационаров.

Пациенты и методы. Обследовано 50 медицинских сестер в возрасте от 20 до 50 лет со стажем работы от 3 до 26 лет. Исследование проводилось по опроснику К. Маслач, С. Джексон и В. Бойко.

Результаты. Высокий уровень ЭВ отмечался у 74% медсестер. По шкале эмоциональное истощение, личностная отстраненность у 25%. 26% отметили, что уделяют мало внимания семье, детям и близким. У медсестер в возрасте от 35 до 50 лет в 50% отмечена фаза сформировавшегося ЭВ. В возрасте от 25 до 30 лет только у 10%. Отсутствие признаков ЭВ в старшей возрастной группе зарегистрировано у 15%, от 20–35 лет 27%. При стаже работы до 10 лет преобладала фаза формирующегося ЭВ (58%), при стаже более 10 лет сформировавшегося (56%).

Заключение. Таким образом, уровень ЭВ медсестер психиатрических стационаров зависит от длительности пребывания в профессии и возраста в пропорциональной зависимости.

194

КРИТЕРИИ СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ У ДЕТЕЙ С УРОЛИТИАЗОМ

Маликов Ш. Г., Зоркин С. Н., Акопян А. В., Губарев В. И.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Одним из осложняющих факторов развития структурно-функциональных повреждений почек является уролитиаз.

Цель исследования: определить частоту склерозирования паренхимы почек у детей с уролитиазом.

Пациенты и методы. Нами пролечено 445 детей с уролитиазом, с локализацией конкремента в верхних отделах мочевыводящих путей. Каждому ребенку была проведена статическая нефросцинтиграфия с определением индекса интегрального захвата (DMSA) для оценки наличия очагов нефросклероза.

Результаты. У детей с коралловидными камнями очаги нефросклероза встречались чаще. Как правило, это пациенты с хроническим рецидивирующим калькулезным пиелонефритом, диаметром конкремента 2,0 см и более и длительностью заболевания не менее 10 месяцев. От общего числа пациентов очаги нефросклероза отмечены у 26 (5,8%) детей. У 12 (2,7%) пациентов отмечен коралловидный камень. Конкременты с диаметром 2,0 см и более были отмечены у 8 (1,8%). Более 3 обострений хронического калькулезного пиелонефрита за 1 год наблюдалось у 7 (1,5%) пациентов. У всех 26 (5,8%) пациентов длительность заболевания протекала на протяжении 10 месяцев и более. Случаи с наличием конкрементов и отсутствием очагов нефросклероза составили 419 (94,2%).

Заключение. Пациенты с наличием коралловидных камней, диаметром камня 2,0 см и более и длительностью заболевания более 10 месяцев являются подверженными развитию нефросклероза и требуют неотлагательного устранения конкрементов, а также проведения ренопротекторной терапии.

195

**ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СНА НА УРОВЕНЬ
УСТАЛОСТИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА****Мамчиц Л. П., Филатова М. С., Сотникова В. В.***Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь*

Актуальность. В современных условиях профилактика нарушений здоровья студентов, в том числе и психического здоровья, связанного с нервно-психическими перегрузками в процессе обучения в ВУЗе, приобретает особое значение. Учебная деятельность студентов медицинского университета отличается высокой умственной напряженностью, связанной с усвоением большого объема материала в условиях дефицита времени. Кроме занятий в институте студенты выполняют значительную работу дома. Расстройство сна является весьма распространенной проблемой у студентов-медиков в связи с большим объемом материала, который требует изучения.

Цель исследования: оценить уровень усталости студентов третьего курса в зависимости от продолжительности сна.

Пациенты и методы. Было опрошено 120 студентов 3 курса медицинского университета. Студентам предлагалось указать ежедневную продолжительность сна, а также оценить по 10 бальной шкале ежедневный уровень их усталости. Использованы статистические программы Microsoft Excel 2013 и Statistica 10.

Результаты. В среднем продолжительность сна у студентов составила $6,73 \pm 1,52$ часов, усталость $5,36 \pm 2,71$ баллов по шкале интенсивности. Наименьшая продолжительность сна отмечалась в ночь на понедельник и составила $5,93 \pm 1,06$. Наибольшая продолжительность сна — с субботы на воскресенье ($8,79 \pm 1,45$). Самый высокий показатель усталости ($7,67 \pm 1,92$) наблюдался во вторник, самый низкий ($2,64 \pm 2,47$) в воскресенье, что связано с большим количеством свободного времени. Установлена зависимость между измеренными показателями: продолжительность сна студентов третьего курса медицинского университета и уровня усталости. Корреляционная связь между выборками описывается линейной функцией Пирсона: $Y = 21,349e-0,214x$. Парный коэффициент корреляции между двумя выборками имеет среднее значение $r = -0,56$ (корреляция средняя, обратная).

Закключение. Одним из важнейших факторов для поддержания здоровья, гармоничного физического развития, высокой работоспособности студентов является соблюдение режима дня, рациональный отдых и достаточная продолжительность сна.

196

**ОЦЕНКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ЮНОШЕЙ
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА****Мамчиц Л. П., Климович С. В., Чайковская М. А.***Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь*

Актуальность. Во многих исследованиях по изучению морфофункционального состояния организма в качестве основного показателя используется индекс массы тела (ИМТ), однако он не всегда позволяет получить достаточно полную информацию. Для получения более полной и достоверной информации в исследованиях предлагается в качестве критериев оценки здоровья и морфофункционального состояния студентов помимо ИМТ использовать индекс талия/бедро (Т/Б), индекс полового диморфизма (ИПД), коэффициент скорости старения (КСС).

Цель исследования: оценить физическое здоровье и морфофункциональное состояние юношей Гомельского медицинского университета.

Пациенты и методы. В пилотном исследовании приняли участие 83 юноши в возрасте 19–24 лет. Для оценки физического развития использовали показатели: ИМТ, обхват ягодиц, диаметр плеч и таза, окружность грудной клетки, талии и бёдер, расчет ИПД и КСС; определяли тип телосложения по индексу Т/Б. Для оценки состояния здоровья определяли частоту сердечных сокращений, артериальное давление, наличие или отсутствие в анамнезе хронических заболеваний. Дополнительные методы исследования: анкетирование, соматометрия.

Результаты. У 95,3% обследованных юношей ИМТ в пределах нормы от 18,5 до 24,9. кг/м². 4,7% имели избыточную массу тела и ИМТ выше нормы — 25,0. У 2 студентов с избыточной массой тела и показателями ИМТ выше 25 кг/м² уровни АД составили 135/90 мм рт. ст. Эти студенты имели артериальную гипертензию I степени. Индекс Т/Б у юношей находился в пределах от 0,9 до 1,2, характерный для андроида типа телосложения. По индексу полового диморфизма тип телосложения соответствовал фенотипическому полу. У 70% респондентов выявлено ускоренное старение (КСС выше 1,05).

Заключение. Указанные методы позволяют оценить морфофункциональное состояние организма, а выявленные отклонения в физическом развитии помогают своевременно, до появления симптомов каких-либо заболеваний, начать их коррекцию.

197

**НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ
ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА У ПРЕЖДЕВРЕМЕННО
РОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ****Мараховская В. С., Безкаравайный Б. А.***Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки,
Луганск*

Актуальность. Состояние водно-электролитного обмена у недоношенных новорожденных детей в значительной степени зависит от состояния гипоталамо-гипофизарной системы.

Цель исследования: изучить влияние АКТГ, кортизола и альдостерона на регуляцию водно-электролитного обмена у преждевременно рожденных детей в раннем неонатальном периоде.

Пациенты и методы. Обследовано 30 недоношенных новорожденных в сроке гестации (СГ) 37–32 недели. Нейроэндокринная регуляция водно-электролитного обмена оценивалась по концентрации гормонов на 1–3 и 5–8 сутки жизни радиоиммунологическим методом.

Результаты. Реакция надпочечников на стрессовую ситуацию характеризуется высоким уровнем кортизола как у доношенных, так и у недоношенных детей со СГ 37–35 недель. В то же время, у новорожденных со СГ 34–28 недель плазменный уровень кортизола был значительно ниже, что свидетельствует о гипофункции надпочечников. Кортизол, обладая альдостероноподобным действием на реабсорбцию натрия в почечных канальцах, способствует задержке жидкости в организме, что клинически проявляется отечным синдромом. Плазменный уровень альдостерона у недоношенных новорожденных в неонатальном периоде существенно не отличается от такового у доношенных детей. К концу раннего неонатального периода уровень минералокортикоидов достоверно снижался у детей со СГ 37–35 недель, а у глубоко недоношенных он оставался высоким, что говорит о высокой ренин-секретирующей функции почек и развитии гиперальдостеронизма.

Закключение. Таким образом, высокий уровень гормонов гипоталамо-гипофизарной системы у преждевременно рожденных детей в раннем неонатальном периоде является показателем напряжения механизмов, регулирующих водно-электролитный обмен.

198

К ВОПРОСУ О СОБЛЮДЕНИИ ПРИНЦИПОВ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ СТУДЕНТАМИ-МЕДИКАМИ

Маркелова С. В., Татаринчик А. А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Рациональное питание — залог здоровья. Соблюдение его принципов — основа здорового образа жизни, сохранения и поддержания организма на должном биологическом и энергетическом уровне.

Особенно важно наличие знаний о рациональном питании и умелое их применение на практике в среде медицинских работников, как основного звена в передаче информации населению.

Цель исследования: выявление в среде студентов московских медицинских ВУЗов навыков рационального питания.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 217 студентов-медиков. Средний возраст составил 19,8 среди юношей и 20,3 года среди девушек. Студенты обучались в ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. Анкетирование было проведено с использованием стандартных опросников. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистического анализа Statistica 10.0 (StatSoft, США).

Результаты. Немногим более 50% студентов имеют 3-х кратный прием пищи. 4% учащихся не имеют горячего питания вообще. Основным местом приема пищи студенты указывали дом и предприятия общественного питания (80,65%). Отмечено сокращение кратности приемов пищи и увеличение промежутков между ее приемами. Так, перерыв в приеме пищи 5–6 часов и более был отмечен у 85,25% студентов. Более половины учащихся имеют поздний ужин (53,46%); отсутствие регулярного питания (54,84%); частое употребление острой, соленой, жирной пищи (60,83%). Только половина студентов ежедневно получает в рационе питания свежие фрукты, овощи, свежие соки (55,76%), молоко и молочные продукты (42,40%), мясо и мясные продукты (47,00%). Рацион питания не содержит свежих овощей, фруктов у 1,38% учащихся; молока и молочных продуктов — у 5,53% учащихся; мяса и мясных продуктов — у 2,77% учащихся.

Закключение. Питание основной массы студентов-медиков является не рациональным и может характеризовать питание основной части молодого населения нашей страны.

199

**ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ
У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ****Марталог П. Н.***Государственный университет медицины и фармации имени Н. Тестемицану,
Кишинев, Молдова*

Актуальность. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) у недоношенных новорожденных и их последствия остаются ведущей патологией в неонатологии.

Цель исследования: изучить факторы риска, тяжесть течения и характер перинатальных повреждений ЦНС гипоксически-ишемического генеза у недоношенных новорожденных.

Пациенты и методы. Обследовано 225 недоношенных новорожденных. С учетом клиники и инструментальных данных внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) диагностировано у 36 недоношенных.

Результаты. Факторы риска развития ВЖК: гестозы беременных, угроза срыва беременности, инфекционные заболевания матери, дискоординации родовой деятельности, акушерские пособия, патологические предлежания плода. Все дети родились в асфиксии. Клинические проявления с первых часов жизни в виде СДР, приступы апноэ, у 9 (16%) — коматозное состояние, у 23% — судорожный синдром, у большинства детей (71%) синдром общего угнетения ЦНС. Офтальмоскопия выявила у 85% обследованных умеренное расширение вен сетчатки, отек, точечные кровоизлияния по периферии сетчатки, реже массивные кровоизлияния в сетчатку. Исследование СМЖ подтвердило наличие ВЖК у 15 (42%). НСГ выявило: перивентрикулярный отек в 62% случаев, повышение эхогенности в перивентрикулярной зоне у 21% больных, отечность в зоне сосудистого сплетения в 51% случаев, расширение боковых желудочков у 34% детей. С учетом клиники и инструментальных данных диагностировано ВЖК I степени у 35,5% детей, ВЖК II степени в 33,5% случаев, субарахноидальное кровоизлияние в 12,5% случаев. Частота встречаемости ВЖК находилась в прямой зависимости от степени недоношенности.

Заключение. Ведущую роль в возникновении, характере и тяжести течения ВЖК у недоношенных новорожденных играет сумма факторов риска: осложнённый акушерский анамнез, степень асфиксии при рождении, степень недоношенности, отсутствие характерной неврологической симптоматики, сопутствующая патология. Своевременная профилактика и адекватное лечение недоношенных с ВЖК позволит снизить уровень летальности и тяжесть остаточных проявлений.

200

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Марталог П. Н., Ротару А. В., Ченуша Ф. В., Пырцу Л. Я.

Государственный университет медицины и фармации имени Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова

Актуальность. Железодефицитная анемия (ЖДА) остается широко распространенным заболеванием во всем мире, приводит к нарушению физического и нервно-психического развития ребенка, и является причиной частых инфекционно-воспалительных болезней.

Цель исследования: выделить ведущие факторы риска в развитии ЖДА у детей раннего возраста, особенности клиники в целях улучшения профилактики анемии у детей.

Пациенты и методы. Диагноз ЖДА у 50 обследованных детей устанавливали на основании клинических признаков сидеропении и анемии, лабораторного обследования (уровень гемоглобина, уровень сывороточного железа). Для изучения факторов риска развития анемии проведено анкетирование 60 матерей детей с ЖДА (возраст, течение беременности и родов, межродовой интервал, образование, профессия, вскармливание, использование железа во время беременности).

Результаты. Пре- постнатальные факторы риска развития анемии у детей являются: гестационная анемия матери — 38%, гестозы — 35%, инфекции во время беременности — 18%, хронические заболевания матери — 11%, недоношенность, низкая масса при рождении, инфекции, алиментарно-зависимая патология на первом году жизни, отсутствие профилактики в группах риска. Средний возраст детей с ЖДА $12,4 \pm 8,8$ мес, чаще всего анемия регистрировалась в возрасте с 6 мес до 1 года. Уровень Hb колебался от 82 до 109 г/л. Выраженность анемии соответствовала I степени у большинства — 75% больных детей, анемия II степени у 20% больных детей, только у 3 детей уровень Hb был ниже 70 г/л. Железо сыворотки было снижено у 56% больных детей и составил $4,9 \pm 0,48$ мкмоль/л.

Заключение. Ведущими факторами риска развития анемии у детей первых лет жизни являются: гестационная анемия матери, гестозы, недоношенность, низкая масса при рождении, инфекции, алиментарно-зависимая патология на первом году жизни, отсутствие профилактики в группах риска.

201

КАЛЬЦИЙ В РАЦИОНЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ОСНОВНЫЕ ПИЩЕВЫЕ ИСТОЧНИКИ И СИТУАЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ**Мартинчик А. Н., Кешабянц Э. Э., Пескова Е. В., Михайлов Н. А.***Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Обеспеченность кальцием в детстве является определяющим фактором снижения риска потери плотности костной ткани и развития остеопороза в зрелом возрасте.

Цель исследования: изучение особенностей потребления кальция детьми 4–13 лет, оценка вклада отдельных продуктов и приемов пищи в его потребление, а также зависимость потребления от уровня дохода семьи.

Пациенты и методы. Фактическое питание детей от 4 до 13 лет исследовали методом 24-часового воспроизведения питания в рамках выполнения выборочного обследования рациона питания населения РФ, проведенного Росстатом в 2013 г. Оценку пищевой ценности рационов проводили с помощью национальных таблиц пищевой ценности. Обследовано 22771 детей четырех возрастных групп: 4–6 лет ($n = 7303$), 7–8 лет ($n = 4391$), 9–10 лет ($n = 4691$) и 11–13 лет ($n = 6386$).

Результаты. Исследование подтвердило недостаточное потребление кальция детьми 4–13 лет. Выявлены возрастные особенности потребления продуктов-источников кальция: снижение числа потребителей молока и напитков на молоке, молочных каш, снижение ассортимента и распространенности потребления молочных продуктов среди детей старших возрастных групп. 11–14% детей пропускают завтрак — прием пищи, обеспечивающий значительную долю суточного потребления кальция. Пропуск завтрака приводит к недостаточному суточному потреблению кальция, что указывает на не восполнение потребления кальция с другими приемами пищи при пропуске завтрака. Молочные напитки на завтрак часто заменяются сладким чаем. Установлен факт снижения доступности разнообразных молочных продуктов в рационе малообеспеченных слоев населения.

Заключение. В суточном рационе важно потребление несколько раз в день продуктов с высоким содержанием кальция или обогащенных продуктов, и расширение их ассортимента, особенно у детей старших возрастных групп. Особое внимание необходимо уделить наличию завтрака, обеспечивающего значительную долю суточного потребления кальция. Указанные меры актуальны для детей из семей с низкими доходами.

202

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ И РЕАКТИВНЫМИ АРТРИТАМИ

Марчук В. Л., Соболюк Н. В., Бочанцев С. В.

*Омский государственный медицинский университет, Омск,
Российская Федерация*

Актуальность. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) наиболее частое и самое инвалидизирующее ревматическое заболевание у детей, при котором одной из патологических мишеней является сосудистый эндотелий и ускоренный риск развития атеросклероза.

Цель исследования: Изучить некоторые показатели функции эндотелия и свойства артерий у детей с различными вариантами ЮИА и реактивного артритов (РеА).

Пациенты и методы: Объектами настоящего исследования были 64 ребенка с суставным синдромом (34 человека с ЮИА и 30 с РеА) и 23 здоровых ребенка в возрасте от 6 до 18 лет без факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Эластические свойства артерий (индекс жесткости), эндотелий зависимая (ЭЗВД) и эндотелий независимая вазодилатация (ЭНВД) оценивалась неинвазивно с помощью контурного анализа пульсовой волны. Толщину комплекса интима-медиа (ТИМ) оценивали косвенно по запатентованной формуле, учитывая индекс жесткости. Также определялись биохимические маркеры функции эндотелия: оксид азота (NO) непрямым методом по уровню нитратов (NO₂⁻) и нитритов (NO₃⁻) и эндотелин — 1 (ЭТ-1) методом ИФА.

Результаты. Все сравниваемые группы значимо не отличались по уровню ЭНВД. У детей с ЮИА и РеА показатели ЭЗВД были ниже по сравнению со здоровыми детьми и положительно коррелировали с активностью процесса. Индекс жесткости был значимо выше лишь у детей с ЮИА. Уровень ЭТ-1 сыворотки не отличался у детей сравниваемых групп, а уровень NO был выше у пациентов с ЮИА, и имелась положительная корреляция с активностью процесса.

Вывод. Уменьшение показателей ЭЗВД, повышение индекса жесткости сосудов и уровня NO при ЮИА свидетельствуют о дисфункции эндотелия и риске сердечно-сосудистых заболеваний в последующие возрастные периоды. Оценка этих показателей может быть полезной в дифференциальной диагностике ЮИА и РеА.

203

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D₃ И СЫВОРОТОЧНОГО ПЕРИОСТИНА НА КОЛИЧЕСТВО ОБОСТРЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С АСТМОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТРИГГЕРА ОБОСТРЕНИЙ**Масальский С. С., Калмыкова А. С., Уханова О. П.***Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Российская Федерация*

Актуальность. Отсутствие адекватных маркеров бронхиальной астмы (БА) дало начало к исследованию новых молекул и их применимости в реальной практике. Интерес к витамину D₃ обусловлен наличием специфических рецепторов на клетках иммунной системы. Периостин (СП) — маркер Th2-воспаления, ассоциированного с интерлейкином 13.

Цель исследования: выявление связей между уровнями СП и D₃ и количеством обострений в зависимости от степени тяжести и триггера приступа.

Пациенты и методы. Поперечное исследование, включавшее 75 детей в возрасте $12,9 \pm 2,9$ лет с БА. Проведено определение СП и витамина D₃ методом ИФА с использованием ELISA-Kit-for-Periostin-(POSTN)-E97339Hu & EUROIMMUN 25-OH Vitamin D ELISA E150519BY. Количество обострений получено анамнестически за год до поступления в стационар. Степень тяжести установлена в соответствии с критериями РААКИ 2015. Месяцы цветения растений на Юге России с апреля по октябрь. Приведены медианы и квартили Me (Q1; Q3), корреляционный анализ проведен по Спирмену.

Результаты. Количество обострений в общей группе с БА было 2 (1;4) с размахом от 0–10; в группе с легкой БА — 1 (1; 2), для среднетяжелой — 4,5 (3; 6) в год с различиями высокой достоверности ($p < 0,0001$). СП показал слабую положительную корреляцию с обострениями у пациентов в общей группе ($r_{\text{оС}} = 0,299$, $p = 0,01$), причем у пациентов, поступивших в сезон цветения, $r_{\text{оС}} = 0,356$, $p = 0,006$. Для витамина D₃ в общей группе $r_{\text{оС}} = -0,32$, $p = 0,007$, в сезон $r_{\text{оС}} = -0,28$, $p = 0,035$. Для пациентов, поступивших зимой на фоне вирусиндуцированных обострений, для СП и D₃ подобные корреляционные связи не выявлены. Интересно отметить, что СП и D₃ не показывают значимой связи между собой, что говорит о независимости маркеров и, вероятно, о разной точке приложения действия.

Заключение. Существуют значимые связи между количеством обострений и концентрациями СП и D₃. Данные маркеры могут быть использованы для оценки определения факторов риска более тяжелого течения БА у подростков.

204

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Масель А. С., Полянская А. А., Конопля И. С., Никитина И. Л.

Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Гестационный сахарный диабет (ГСД) рассматривается как фактор риска развития плода и будущего здоровья ребенка. По результатам изучения неблагоприятных последствий гипергликемии во время беременности (НАРО Study, 2008) были обоснованы более «жесткие» диагностические критерии ГСД. Анализ развития детей, рожденных от матерей которые имели ГСД в соответствии с новыми критериями, является весьма актуальным.

Цель исследования: оценить влияние ГСД на психомоторное развитие детей.

Пациенты и методы. В исследование было включено 28 детей в возрасте 6 месяцев, рожденных от женщин с ГСД. Использована психоаналитическая методика Жана Пиаже в модификации кафедры нейро-и патопсихологии МГУ им. М. В. Ломоносова. Оценивались 5 сфер (двигательная, сенсорная, эмоциональная, голосовая, сфера взаимодействия с предметами) нейропсихической деятельности. Для каждой сферы вычислялась степень снижения (легкая, средняя, тяжелая) по отношению к показателям здоровых детей.

Результаты. Двигательная активность 27 детей (96,5%) соответствовала возрасту, у 1 ребенка (3,5%) находилась в зоне легкой степени снижения. При оценке сенсорной сферы 16 детей (57%) находились в группе нормальных значений, у 5 детей (18%) выявлена легкая степень снижения, у 7 (25%) средняя степень. При оценке эмоциональной сферы 23 ребенка (82%) были отнесены к группе нормального реагирования; у 4 детей (14,5%) установлена легкая степень нарушений, у 1 ребенка (3,5%) среднетяжелое расстройство. Задержка голосового развития отмечалась у 6 детей (21,5%), 22 ребенка (78,5%) имели нормальные показатели. При оценке сферы взаимодействия с предметами 6 детей (21,5%) отнесены к группе нормального развития, 18 (64%) имели нарушения легкой степени, у 4 (14,5%) отмечалась средняя степень тяжести расстройства.

Закключение. У детей, рожденных от женщин с ГСД, отклонения в психомоторном развитии в большей степени представлены нарушениями сенсорной сферы и сферы взаимодействия с предметами, в меньшей степени эмоциональной и практически отсутствовали в развитии двигательной и голосовой сфер.

205

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 1500 г ПОСЛЕ МНОГОПЛОДНОЙ ЭКО-БЕРЕМЕННОСТИ, В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**Матвеева Е. А., Малышкина А. И., Филькина О. М., Ермакова И. С.***Ивановский научно-исследовательский институт имени В. Н. Городкова,
Иваново, Российская Федерация*

Актуальность. Применение вспомогательных репродуктивных технологий сопряжено с многоплодием, которое является причиной преждевременных родов и рождения детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела. В связи с этим, актуальной задачей является изучение состояния здоровья детей, рожденных с массой тела менее 1500 г от многоплодной беременности после ЭКО.

Цель исследования: оценить заболеваемость детей в неонатальном периоде, родившихся с массой тела менее 1500 г от многоплодной беременности после ЭКО.

Пациенты и методы. Проведено сплошное исследование по изучению заболеваемости 123 детей неонатального периода, родившихся от многоплодной беременности с массой тела менее 1500 г, в том числе 63 ребенка после ЭКО.

Результаты. Выявлено, что в популяции детей, рожденных с массой тела менее 1500 г, дети, рожденные в результате ЭКО, составляет всего лишь 7,5%. В группе глубоко недоношенных детей, рожденных после ЭКО, преобладали дети от многоплодной беременности (85%), тогда как в группе естественного зачатия многоплодная беременность встречалась только в 8% случаев. Доля детей с массой тела менее 1000 г в группе детей, рожденных после многоплодной ЭКО беременности, и от многоплодной самопроизвольной беременности составила 21% и 27% соответственно. При изучении заболеваемости детей неонатального периода, родившихся с массой тела менее 1500 г, нами не было выявлено достоверных различий в зависимости от способа зачатия. С приблизительно одинаковой частотой в группе детей ЭКО и детей зачатых естественным путем диагностировались перивентрикулярная лейкомаляция (5% и 4% соответственно), малые аномалии развития (40% и 48% соответственно), бронхолегочная дисплазия (21% и 20% соответственно), ретинопатия недоношенных (7% и 17% соответственно), некротизирующий энтероколит (13 и 14% соответственно), врожденные пороки развития (13% и 12% соответственно).

Заключение. В неонатальном периоде заболеваемость детей, рожденных с массой тела менее 1500 г от многоплодной беременности, не зависит от способа зачатия.

206

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, РОЖДЕННЫХ С МАССОЙ ТЕЛА МЕНЕЕ 1500 г ПОСЛЕ МНОГОПЛОДНОЙ ЭКО-БЕРЕМЕННОСТИ

Матвеева Е. А., Малышкина А. И., Филькина О. М., Ермакова И. С.

*Ивановский научно-исследовательский институт имени В. Н. Городкова,
Иваново, Российская Федерация*

Актуальность. В последние десятилетия для лечения бесплодия активно применяются вспомогательные репродуктивные технологии, при которых частота многоплодия колеблется от 22 до 45%, а частота преждевременных родов 25–38%. Наиболее неблагоприятные показатели здоровья имеют дети, родившиеся с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой (ЭНМТ), которые входят в группу высокого риска формирования инвалидности.

Цель исследования: оценить состояние здоровья детей первого года жизни, родившихся с массой тела менее 1500 г. от многоплодной беременности после ЭКО.

Пациенты и методы. Проведено сплошное исследование по изучению состояния здоровья 78 детей, родившихся от многоплодной беременности с массой тела менее 1500 г, в том числе 38 детей после ЭКО.

Результаты. При изучении заболеваемости детей на первом году жизни, родившихся от многоплодной беременности с массой тела менее 1500 г, нами не было выявлено достоверных различий в зависимости от способа зачатия. С приблизительно одинаковой частотой в группе детей ЭКО и детей зачатых естественным путем диагностировались малые аномалии развития (40% и 48% соответственно), врожденные пороки развития (13% и 12% соответственно), бронхолегочная дисплазия (5% и 8% соответственно), ретинопатия недоношенных (3% и 5% соответственно). Задержка нервно-психического развития определялась у 19% детей, зачатых естественным путем и у 8% детей, зачатых с помощью ЭКО. К году жизни 58% детей, зачатых естественным способом, и 53% детей, родившихся после ЭКО, имели нормальное физическое развитие. Частота установления инвалидности у детей, рожденных после естественного зачатия и после ЭКО, достоверно не отличалась и составила 10% и 8% соответственно.

Заключение. Процедура ЭКО не является негативным фактором, влияющим на состояние здоровья детей первого года жизни, родившихся с массой тела менее 1500 г от многоплодной беременности после ЭКО.

207

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕЖВОЗРАСТНОГО
ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СДВИГА В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ
ВОЗРАСТЕ****Махсумов М. К., Арзикулов А. Ш.***Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан*

Актуальность. Несмотря на многочисленные исследования, проблема периодизации роста и развития детей, критериев границ критических возрастных периодов детства остается актуальной и недостаточно изученной.

Цель исследования: выявление показателей психологических признаков критического периода межвозрастной грани в младшем школьном возрасте.

Пациенты и методы. Предметом обследования являлись дети младшего школьного возраста (7–12 лет, n = 1500) общеобразовательных школ г. Андижана. Основными методами нами выбраны клинико-популяционный и экспериментально-психологический.

Результаты: межвозрастные периоды 8–9 и 10–11 лет являются «кризисными» в отношении возникновения дезадаптационных нарушений в поведении у школьников.

Закключение. Концентрация в определенном возрасте (8–9 и 10–11 лет) клиникопсихологических признаков «кризисных» состояний (подавленность, вялость, несоблюдение общепринятых норм и правил поведения эмоциональная незрелость, сенситивность, робость и т.д.) свидетельствует о повышенной ранимости ЦНС этого межвозрастного периода, подверженность ее патологическим влиянием внешних и эндогенных факторов. По всей вероятности, в эти межвозрастные грани критического периода младшего школьного возраста требуются большие адаптационные усилия и функциональные затраты, связанные с резко возрастающими нагрузками на ЦНС.

208

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ГЕНА ФЕНИЛАЛАНИНГИДРОКСИЛАЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Мацюк Т. В., Мотюк И. Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. В Беларуси одним из самых распространенных наследственных заболеваний обмена аминокислот является фенилкетонурия (ФКУ), аутосомно-рецессивное заболевание, обусловленное недостаточностью ферментов, участвующих в метаболизме фенилаланина. Известно более 500 мутаций в гене фенилаланингидроксилазы (ФАГ), в Европе мажорной является мутация R408W. Идентификация характера мутации чрезвычайно важна для пациента, поскольку от нее зависит выраженность клинических и, в первую очередь, неврологических проявлений.

Цель исследования: оценить спектр основных мутаций в гене ФАГ у детей и подростков с ФКУ, рожденных за период с 1999 по 2017 годы в Гродненской области.

Пациенты и методы. На основании результатов ДНК-анализа 38 детей и подростков с ФКУ, проживающих на территории Гродненской области, выделены группы пациентов, являющихся гомозиготными, гетерозиготными носителями мутации R408W и пациентов с неустановленной мутацией.

Результаты. Все обследованные распределялись следующим образом: 34,2% (13 человек) — гомозиготные носители мутации R408W; 39,5% (15 человек) — гетерозиготные носители мутации R408W, характер второй мутации в этой группе пациентов на данный момент не установлен; 10,5% (4 человека) — носители мутаций R408W/R158Q; 2,6% случаев (1 пациент) — носитель мутации G271X/R252W, 2,6% случаев (1 пациент) — носитель мутации R408W/STR+VNTR, 2,6% случаев (1 пациент) — носитель мутации IVS 11–10 g/R158Q. У 8,0% детей (3 человека) на данный момент характер мутации не установлен.

Закключение. Таким образом, мажорной мутацией в гене ФАГ у детей и подростков с ФКУ по Гродненской области является мутация R408W, встречающаяся в гомо- или гетерозиготном состоянии у 84,2% обследованных детей. Анализ мутаций в гене ФАГ у пациентов с ФКУ значительно повышает информативность молекулярно-генетического исследования и может быть использован не только для верификации диагноза, но и для пренатальной диагностики заболевания с целью предотвращения рождения больного ребенка в семьях высокого риска.

209

ЦИРКАДНАЯ ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ**Машигина А. Ю., Мещерякова О. Д., Корякина Е. В., Рахаева Ю. А.,
Зайцева Е. Н.***Детский медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время большинство современных систем холтеровского мониторинга ЭКГ включают опцию анализа суточной variability ритма сердца. Анализ структуры ВСР, особенно циркадная динамика изменений основных показателей дает важную информацию о состоянии вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы. Это позволяет назначать вегетотропные препараты с учетом циркадных ритмов с большей эффективностью.

Цель исследования: оценить циркадную динамику основных показателей variability сердечного ритма у детей методом суточного мониторинга ЭКГ в амбулаторных условиях

Пациенты и методы. Обследовано 80 детей в возрасте от 6 до 16 лет, среди них 28 девочек и 52 мальчика (средний возраст 12,4 лет) с направляющим диагнозом ВСД. Холтеровское мониторирование ЭКГ проводилось на системах GE MARS 7 и Oxford Medilog в течение 24 часов.

Результаты. Определены средние значения основных показателей variability для периода дня и ночи. У девочек MEAN 710,25/970,12; SDNN 140/122,75; rMSSD 48,75/73,25; pNN50 21,81/45,63. У мальчиков MEAN 682,28/936,64; SDNN 122,37/133,41; rMSSD 41,28/65,21; pNN50 17,45/36,66. У всех детей в течение суток регистрировались периоды миграции водителя ритма. При этом у большинства мальчиков (43) доминировал синусовый ритм в течение суток, тогда как у большинства девочек (19) в дневное время также доминировал синусовый ритм, а в ночное время отмечались периоды устойчивого эктопического (предсердного) ритма.

Закключение. В ходе исследования получены данные, свидетельствующие о преобладании парасимпатических влияний на сердечный ритм в ночное время, отмечается увеличение показателей MEAN, rMSSD и pNN50. Однако у девочек отмечается снижение показателя SDNN в ночное время. Это связано, вероятнее всего, с большей выраженностью у девочек эктопических ритмов в ночное время.

210

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ, МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Милушкина О. Ю., Скоблина Н.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. В научной литературе исследования, посвященные изучению физического развития детского населения не редкость. Несмотря на обилие публикаций, существует дефицит научно-методической разработки проблемы, хотя вопросы изучения закономерностей роста и развития детского населения являются приоритетными в контексте «Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года» в рамках реализации Научной платформы «Профилактическая среда». К настоящему моменту возник ряд вопросов по методике оценке физического развития, по нормированию показателей и сбору материалов в регионах России.

Цель исследования: систематизация оценки физического развития в Российской Федерации, оптимизация сбора данных и внедрение алгоритма исследования, учета и отчетности по физическому развитию детского населения страны.

Пациенты и методы. Проведен анализ результатов сбора показателей физического развития по 40 регионам Российской Федерации. Представлены данные по антропометрическим параметрам и используемые в регионах методы оценки (центильный метод, метод шкал регрессии, метод индексов). Проанализированы нормативные документы и учетно-отчетные формы Минздрава России.

Результаты. Установлено, что к настоящему моменту нет единой терминологии в оценке показателей физического развития, разрозненно и порой не обосновано применяются методы оценки физического развития, нет программного продукта, позволяющего врачу на рабочем месте быстро оценить тот или иной параметр, не во всех регионах имеется возможность оценивать физическое развитие детей и подростков как в первичном звене здравоохранения, так и, например, в военно-врачебной комиссии по одним и тем же нормативам.

Закключение. В рамках реализации плана мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи детям и формирование основ здорового образа жизни, до 2020 года, проводимых в рамках Десятилетия детства необходимо консолидировать действия специалистов по физическому развитию и устранить все имеющиеся противоречия.

211

ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ, В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**Михеева Е. М., Пенкина Н. И.***Первая республиканская клиническая больница, Ижевск, Российская Федерация*

Актуальность. По данным ряда исследователей отмечается повышенный риск неврологических отклонений у детей, рожденных с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ).

Цель исследования: изучение особенностей патологии центральной нервной системы (ЦНС) у детей, рожденных с применением ВРТ в неонатальном периоде.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 82 новорожденных детей, родившихся от одноплодной и многоплодной беременности (с применением ВРТ) — 35 доношенных и 47 недоношенных детей. Все пациенты находились на лечении в Перинатальном центре г. Ижевска за период с 2010 г. по 2012 г. Группу сравнения составили новорожденные аналогичного возраста — 45 доношенных и 46 преждевременно рожденных.

Результаты. Симптомы поражения ЦНС в позднем неонатальном периоде были отмечены у большинства доношенных детей основной группы (68,6% и 11,1%, $p < 0,001$). Только у них регистрировали последствия тяжелой (4,1%) и среднетяжелой (83,3%; $p < 0,001$) церебральной ишемии, диагностировали отек головного мозга, судорожный синдром, поражение черепно-мозговых нервов с одинаковой частотой (4,1%). Неврологическая симптоматика у 62,5% доношенных детей основной группы была представлена признаками гипотонии и гипорефлексии, у 29,2% — повышением нейро-рефлекторной возбудимости гипертензионным синдромом (8,3%). Поражения ЦНС у недоношенных детей, рожденных с применением ВРТ, встречались достоверно чаще (100,0% и 89,3%, $p < 0,05$), тяжесть неврологических изменений в основной группе была более выраженной. Неврологические нарушения у недоношенных детей 1-й и 2-й групп были представлены: снижением тонуса и рефлексов (87,2% и 90,4%, $p > 0,05$), синдромом гипервозбудимости (4,2% и 9,5%, $p > 0,05$), синдромом срыгиваний (10,6% и 0%, $p > 0,05$), судорогами (2,1% и 0%).

Заключение. Таким образом, полученные данные показывают высокую частоту поражений ЦНС у детей, рожденных с применением ВРТ, и диктуют необходимость их дальнейшей диспансеризации и реабилитации.

212

ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННАЯ СЕСТРИНСКАЯ МОДЕЛЬ В ПЕДИАТРИИ

Модестов А. А., Спивак И. М., Варфоломеева Е. Ю.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. В течение последнего десятилетия исследователи уделяют внимание разработке сестринской пациентоориентированной модели, в которой «в центре всех усилий и всех видов деятельности находится пациент». Однако содержание модели и алгоритм внедрения не описывается.

Цель исследования: теоретическое обоснование и внедрение пациентоориентированной модели в работу детских медицинских сестер.

Пациенты и методы. Исследование проведено в два этапа. На первом изучались публикации, связанные с изменениями сестринской модели, как ответом на новые вызовы системе здравоохранения: демографические, социально-экономические, информационные, медико-организационные. На втором разработан алгоритм внедрения модели в отделениях хирургического (ЛОР) и терапевтического (гастроэнтерология) профиля.

Результаты. Обоснована дефиниция пациентоориентированной модели в педиатрии — это комплекс приобретенных медицинскими сестрами компетенций и мотиваций, эффективное использование которых базируется на доказательной сестринской практике, нозологическом подходе, возрастно-половых, психологических особенностях ребенка, детерминантах, определяющих его здоровье и направленный на предупреждение болезни, а в случае ее возникновения, на восстановление утраченных функций. Базис модели для ЛОР и гастроэнтерологического отделений един, но есть и отличия. Для первого акцент делается: на сестринском уходе за больными после высокотехнологичных операций, для второго — на нозологических особенностях пациентов. Алгоритм обновления компетенций выглядит следующим образом: врачебный персонал формирует потребность медицинских сестер в новых компетенциях; организуется обучение на рабочем месте; определяется механизм доставки услуг (медицинских, психологических, педагогических, информационных) ребенку и родителям; новые компетенции закрепляются в должностных обязанностях.

Заключение. Разработка и внедрение пациентоориентированной модели способствует росту мотивации медицинских сестер на развитие компетенций и обновление спектра оказываемых ими услуг.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТРАВМ НОСА У ДЕТЕЙ**Молчанова Е. Б., Юнусов А. С., Ларина Л. А.***Научно-клинический центр оториноларингологии, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов, госпитализированных в скорпомощные стационары с травмами носа. Правильный алгоритм обследования и ведения данных больных позволяет оказать им адекватную своевременную помощь и избежать осложнений в отдаленном периоде травмы.

Цель исследования: оптимизировать алгоритм обследования и лечения детей с травмами носа.

Пациенты и методы. Проведено обследование и лечение 150 детей с травмами носа в возрасте от 1 года до 17 лет. Методы обследования: оториноларингологический осмотр, компьютерная томография носа, околоносовых пазух носа или рентгенограмма костей носа, общеклинические обследования.

Результаты. В результате сбора анамнеза выявлено сезонное увеличение травм носа у детей в летний и зимний периоды. При клиническом осмотре в 35% случаев травмы носа сопровождались деформацией перегородки носа. В 3% случаев отмечалась гематома перегородки носа. Двое детей на третьи сутки после травмы носа поступили в стационар с абсцессом перегородки носа. В 45% случаев травмы носа сочетались с сотрясением головного мозга. В 27% случаев наблюдались сочетанные травмы носа, травмы грудной клетки, органов брюшной полости, позвоночника. У 25% больных отмечался выраженный реактивный отек мягких тканей наружного носа. В 75% диагностирован перелом костей носа. В 25% ушиб носа. 24% больных была проведена репозиция костей носа в остром периоде травмы. 35% пациентов выполнена септопластика с одномоментной остеотомией в отдаленные сроки после травмы (более 6 месяцев).

Заключение. Ребенок с травмой носа в обязательном порядке должен быть осмотреть оториноларингологом, невропатологом, хирургом. Если у ребенка через несколько дней после травмы носа отмечается затруднение носового дыхания, подъем температуры, боль в носу необходимо заподозрить гематому или абсцесс перегородки носа и госпитализировать пациента в стационар. Своевременно выполненная хирургическая коррекция костей носа и перегородки носа позволяет избежать дальнейшей деформации лицевого скелета.

214

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА И КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ

Молькова Л. К., Жданова Л. А., Султанов И. С.

*Ивановская государственная медицинская академия, Иваново,
Российская Федерация*

Актуальность. В условиях неуклонного роста числа детей с врожденными пороками развития (ВПР) сохраняют свою актуальность детальное изучение факторов риска и необходимость индивидуализации сопровождения пациентов в условиях детской поликлиники.

Цель исследования: анализ факторов, приведших к формированию ВПР, и комплексная оценка состояния здоровья детей с ВПР.

Пациенты и методы. В ходе исследования на базе детской поликлиники г. Иваново выполнен анализ 60 историй развития детей с ВПР. Комплексная оценка здоровья проведена по критериям Н. П. Гундобина.

Результаты. Среди причин ВПР имели место: возраст матери старше 35 лет, ОРЗ и угроза невынашивания в ранние сроки, внутриутробное инфицирование, высокий порядковый номер беременности, вредные привычки, отягощенный генеалогический анамнез. В 55% случаев имело место воздействие на будущего ребенка электромагнитного излучения (ЭМИ): занятость матери на соответствующих работах, наличие компьютера, сотовых телефонов и др. ВПР были диагностированы уже в первые дни жизни у 10% детей, а в течение первого года жизни — у остальных. Более трети детей была отнесена к категории часто болеющих в связи с повторной патологией нижних дыхательных путей. Среди исследуемых детей 13% имели отклонения физического развития в виде дефицита массы тела. У 7% детей отмечалась задержка нервно-психического развития на 1 эпикризный срок. Сопутствующие заболевания встречались у каждого третьего ребенка (атопический дерматит, анемия, патология нервной системы).

Заключение. Выявленные факторы риска ВПР согласуются с литературными данными. Целесообразен пересмотр подходов к прогнозированию ВПР, в том числе, учет влияния на будущего ребенка ЭМИ. Настораживает, что в 13,3% случаев отмечался отягощенный генеалогический анамнез по ВПР и реализовался в повторное рождение ребенка с подобной проблемой. Состояние здоровья детей с ВПР характеризуется низкой резистентностью, наличием сопутствующей патологии, отклонениями физического и нервно-психического развития, что требует комплексного подхода к их сопровождению в детской поликлинике.

215

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ
С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ: ВЗГЛЯД ВРАЧЕЙ
И РОДИТЕЛЕЙ****Молькова Л. К., Бобошко И. Е., Ткаченко М. С.***Ивановская государственная медицинская академия, Иваново,
Российская Федерация*

Актуальность. Отсутствие должного внимания к оценке нервно-психического развития детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы (ППП ЦНС) и своевременной коррекции отклонений, что ухудшает качество их жизни.

Цель исследования: оценка НПР детей первого года жизни с ППП ЦНС с позиций врачей и родителей и разработка комплексных программ по его стимуляции в условиях поликлиники и семьи.

Пациенты и методы. Проведен анализ историй развития 50 детей, достигших возраста 1 года, с ПП ЦНС в анамнезе и анкетирование их родителей.

Результаты. Оценивая НПР, врачи-педиатры в большинстве случаев относили детей к I группе развития. Врачи-неврологи регистрировали отклонения НПР у 15% детей в виде задержки моторного развития, у 10% — речевого. Около 90% опрошенных родителей считали, что их ребенок развивается соответственно нормам, опираясь при этом на интернет-ресурсы и самостоятельно оценивая НПР своего ребенка. Но оценка конкретных сроков становления тех или иных навыков у детей показала, что треть детей начали держать голову только к 3 месяцам жизни, половина — сидеть только к 8 месяцу, и в 50% случаев отмечалась задержка речевого развития, навыки в приеме пищи и одевании сформировались с задержкой у трети детей. Почти четверть опрошенных родителей ошибочно считали, что ребенок сам научится переворачиваться, садиться, вставать, ходить и говорить. Остальные уделяли внимание развитию своего ребенка, посещая развивающие центры, приобретая развивающие игрушки, детские книги и даже компьютерные игры. Но в половине случаев это делалось без учета возрастных и индивидуальных особенностей ребенка, в «погоне за модой». Не все родители знали о возможности получения информации по НПР детей и его стимуляции в условиях кабинета здорового ребенка детской поликлиники.

Заключение. Высокая частота отклонений НПР у детей с последствиями ПП ЦНС, недостаточная медицинская грамотность родителей и невысокая активность медицинских работников требуют разработки и внедрения комплексных программ по стимуляции НПР в условиях детской поликлиники и семьи.

216

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЭНТЕРОБИОЗЕ

Монашова М. Г., Ершова И. Б.

*Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки, Луганск*

Актуальность. Детский организм наиболее чувствительный к воздействию остриц, что влияет на физическое и нервно-психическое развитие растущего организма.

Цель исследования: изучить функциональное состояние организма у детей школьного возраста с энтеробиозом и без глистной инвазии.

Пациенты и методы. На энтеробиоз обследованы: 131 ребенок от 7 до 18 лет. Основная группа — 69 детей, инвазированных острицами (первичная инвазия у 28 детей, повторная у 41); контрольная группа — дети без энтеробиоза — 62 ребенка.

Результаты. Оценили функциональные возможности организма у инвазированных и не инвазированных острицами детей. Для оценки реакции сердечно-сосудистой системы на недостаток кислорода проводили пробу Штанге. Способность организма противостоять недостатку кислорода была в 2,4 раза выше у детей контрольной группы (у 26 (41,9%) детей), чем у детей основной группы (у 12 (17,4%) детей). У 38 (56,5%) детей основной группы выявлена низкая способность противостоять гипоксии. С помощью пробы Мартине оценили способность сердечно-сосудистой системы детей переносить нагрузки и восстанавливаться после них. Нормотонический тип выявили у 18 детей (26,1%) с энтеробиозом, и у 33 (53,2%) детей без глистной инвазии. У остальных детей отмечались неблагоприятные типы реакции, которые свидетельствуют о работе сердца с большими энергозатратами. У детей с гельминтозом наблюдалось снижение работоспособности сердца (проба Руфье). Неудовлетворительный результат отмечен у 38 (55,1%) детей с острицами, у детей без гельминтов всего у 5 (8,1%) детей. По формуле Баевского рассчитали адаптационный потенциал и функциональные возможности организма к адаптации. Удовлетворительная адаптация у 42 (67,7%) детей без энтеробиоза и у 21 инвазированного ребенка (30,4%). Неудовлетворительная адаптация у 20,3% детей с энтеробиозом, и 6,5% детей без остриц.

Заключение. При анализе показателей функциональных проб определили, что у детей с энтеробиозом более чем в 2,3 раза чаще отмечались неблагоприятные типы реакций, что свидетельствует о напряжении механизмов адаптации.

217

РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ДЕБЮТ СИСТЕМНЫХ БОЛЕЗНЕЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ**Мусаев С. Н., Мамедова С. Н.***Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан*

Актуальность. Ревматические и системные заболевания крови могут иметь схожие симптомы, такие как артралгия, артрит, миалгия, лихорадка, анемия, гепатоспленомегалия, лейкоцитоз, тромбоцитоз, снижение веса, значительное повышение острофазовых показателей.

Цель исследования: анализ поздних случаев диагностики системных заболеваний крови, в дебюте которых имели место ревматические проявления.

Пациенты и методы: изучение медицинской документации 5 детей с уточненным диагнозом системных заболеваний крови. Анализ основывался на данных пациентов кардио-ревматологического отделения, поступивших за последние 5 лет.

Результаты. Все 5 детей наблюдались у ревматолога по месту проживания. Практически все пациенты принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), 4 больных коротким курсом глюкокортикоиды (ГК). 3 детей поступили в отделение с диагнозом ювенильный идиопатический артрит (ЮИА). В одном из наблюдений заболевание началось с лихорадки, артралгии, артрит голеностопного сустава. У второго ребенка ведущими клиническими признаками были общая слабость, снижение веса, длительный субфебрилитет, припухлостью в коленном суставе. У третьего ребенка лихорадка, артралгия. Во всех случаях в анализах крови отмечались анемия, лейкоцитоз, повышение СОЭ, значительное повышение острофазовых показателей. Отмена гормонального препарата и проведение дополнительных обследований, позволивших установить диагноз лейкоз, однако в поздние сроки болезни. У мальчика 9 лет, поступивший в отделение с диагнозом ревматоидный артрит, получавший в течение 6 мес. НПВП и ГК после МРТ и трепанобиопсии диагностирован острый лейкоз. Исследование пунктата костного мозга у ребенка 5 лет поступившего с диагнозом синдром Висслера-Фанкони позволил с запозданием поставить правильный диагноз.

Заключение. Ревматические проявления могут встречаться в дебютный период системных заболеваний крови. Назначение ГК необходимо проводить после всестороннего клинико-лабораторного обследования больных и проведения дифференциального диагноза заболеваний опорно-двигательного аппарата с онкогематологической патологией.

218

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА У УЧАЩИХСЯ МЛАДШИХ КЛАССОВ

Мустафин И. Т., Сетко Н. П., Бейлина Е. Б.

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,
Российская Федерация*

Актуальность. За последние годы отмечается тенденция к увеличению стоматологической заболеваемости, что обусловлено низкой медицинской грамотностью, как детского, так и взрослого населения, а также низкой мотивацией к сохранению стоматологического здоровья, несмотря на доступность информации о средствах индивидуальной гигиены полости рта.

Цель исследования: оценка распространенности кариеса у учащихся 7–10 лет двух учебных заведений г. Уфы и анализ гигиенического ухода за полостью рта.

Пациенты и методы. Первую группу составили учащиеся МБОУ средняя общеобразовательная школа № 6, вторую группу — учащиеся Татарской гимназии № 84.

Результаты. Установлено, что распространённость кариеса зубов составила в 1 группе 86,9% при интенсивности поражения $2,71 \pm 0,15$, во 2 группе 77,1% при интенсивности поражения $2,83 \pm 0,13$. По результатам анкетирования установлено, что 100% учащихся двух групп чистят зубы. При этом 2 раза чистят зубы 69,8% учащихся 1 группы и 58,6% учащихся 2 группы, остальные 30,2% и 41,4% учащихся чистят зубы один раз в день, в большинстве случаев только утром. 39,5% учащихся 1 группы и 27,6% учащихся 2 группы чистят зубы более 3 минут, а 30,2% и 48,3% учащихся чистят зубы 1–2 минуты. Отбеливающей пастой пользуются 25,6% учащихся 1 группы и 34,5% учащихся второй группы, гигиенической пастой пользуются 32,6% учащихся 1 группы и 34,5% учащихся 2 группы. Меняют зубную щетку через каждые 2–3 месяца 53,5% учащихся 1 группы и 55,2% учащихся 2 группы, через полгода 25,6% и 13,7%, через год 20,9% и 31,1% учащихся соответственно. 69,8% учащихся 1 группы и 82,8% учащихся 2 группы не пользуются зубной нитью, а 51,2% и 68,9% учащихся не пользуются ополаскивателем. Посещают врача стоматолога по причине появления болевого синдрома 37,2% учащихся 1 группы и 6,9% учащихся 2 группы, с целью профилактического осмотра 1 раз в год 30,2% учащихся 1 группы и 37,9% учащихся 2 группы, 2 раза в год — 13,9% и 41,4% учащихся соответственно.

Заключение. Таким образом, существует необходимость внедрения в школы мероприятий по профилактике кариеса зубов.

219

ОСОБЕННОСТИ КАТАМНЕЗА И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫМИ**Муц Е. Ю., Шестакова В. Н.***Региональный перинатальный центр, Калининград, Российская Федерация
Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,
Российская Федерация*

Актуальность. Ввиду поражения центральной нервной системы у глубоко недоношенных детей особое значение приобретает правильная оценка нервно-психического развития с целью раннего выявления и коррекции нарушений.

Цель исследования: изучить особенности нервно-психического развития глубоконедоношенных детей.

Пациенты и методы. В исследовании приняло участие 50 детей, рожденных с ЭНМТ и ОНМТ, рожденных в перинатальном центре г. Калининграда и наблюдающихся в кабинете катамнеза после выписки до 3 лет. Дети были разделены на 2 группы: 1 группа детей с ЭНМТ ($n = 25$), 2 группа детей с ОНМТ ($n = 25$).

Результаты. Дети с ЭНМТ (80,0%, $p < 0,05$) чаще имели поражение ЦНС в виде синдрома угнетения (60,0%, $p < 0,05$). Поражения ЦНС часто ассоциировались с развитием ВЖК (40,0%, $p < 0,05$) среди детей. У детей с ЭНМТ сосательный рефлекс появлялся в среднем 56–59 день, у детей с ОНМТ на 38–39 день. Врожденные безусловные рефлексы лучше вызывались у детей с очень низкой массой тела, рефлекс опоры был положительный с детей в ЭНМТ в 8,2% случаях, тогда как у детей с ОНМТ в 15,7% ($p < 0,05$), рефлекс автоматической ходьбы отсутствовал у детей с ЭНМТ и вызывался у детей с ОНМТ в 5,2% случаев ($p < 0,05$). При оценке психомоторного развития более низкие темпы прироста в освоении двигательных навыков наблюдались у детей 1 группы наблюдения. Дети с ЭНМТ начали сидеть с 9 месяцев скорректированного возраста, стоять у опоры с 12 месяцев, ползание на четвереньках освоили в 12 месяцев, ходьба без опоры в 14 месяцев. Низкие показатели психомоторного развития коррелировали с низкими темпами физического развития (чаще у детей с ЭНМТ 52,5%, $p < 0,05$). В катамнезе среди детей с ЭНМТ чаще встречалась инвалидизирующая патология: ДЦП (20,0%, $p < 0,05$), ретинопатия недоношенных (20,0%, $p < 0,05$), врожденная глухота (8,0%, $p < 0,05$) БЛД (12,0%, $p < 0,05$) врожденные пороки сердца и нарушения ритма (32,0%, $p < 0,05$).

Заключение. Недоношенные дети составляют группу риска по нарушениям нервно-психического развития и требуют мультидисциплинарного подхода в их дальнейшем наблюдении на амбулаторно-поликлиническом этапе.

220

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА *VDR* У ПАЦИЕНТОВ С АРТРИТАМИ

Мысливец М. Г., Парамонова Н. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Воспалительные заболевания суставов являются широко распространенными среди детского населения, а диагностика и лечение костно-суставной патологии — одна из актуальных проблем современной педиатрии. Молекулярный механизм действия активного метаболита витамина D реализуется при взаимодействии со специальными рецепторами витамина D (*VDR*), которые экспрессируются на различных клетках, в том числе хондроцитах и синовиоцитах.

Цель исследования: установление частоты встречаемости полиморфизма гена, кодирующего рецепторы витамина D у пациентов с артритами.

Пациенты и методы. Обследовано 44 пациента с артритами, не ассоциированными с аутоиммунной патологией. Мальчиков было 52,3% (23 ребенка), девочек — 47,7% (21 человек). Возраст детей составил 11,5 (4,5–15,6) лет. Молекулярно-генетическое исследование полиморфизма BsmI c.IVS7 +283 G>A в гене рецептора витамина D (*VDR*) проводили методом полимеразной цепной реакции с электрофоретической детекцией результата, применяя набор реактивов производства «Литех» (Россия). Для статистического анализа данных применяли непараметрические методы с использованием STATISTICA 10.0 для Windows (StatSoft, Inc., США). На первом этапе с помощью онлайн-калькулятора был проведен расчет соответствия распределения аллелей и генотипов в выборке равновесию Харди-Вайнберга.

Результаты. Анализ распределения частоты генотипов среди пациентов установил, что с наибольшей частотой встречался генотип GG, что составило 22 (50,0%) случаев. Частота встречаемости генотипов GA и AA выявлена у 18 (40,9%) и 4 (9,1%) детей, соответственно.

Заключение. У пациентов с артритами, не ассоциированными с аутоиммунной патологией, частота встречаемости генотипа GG достоверно выше по сравнению с генотипом AA ($p < 0,05$).

221

**СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА
У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ
МАССОЙ ТЕЛА****Мэтрэгуэнэ Н. Г., Бикир-Тхорак Л. И., Кожокарь С. В.***Научно-исследовательский институт кардиологии, Кишинев, Молдова*

Актуальность. В последние десятилетия отмечается повышенный интерес к артериальной гипертензии (АГ) у детей. Также доказана роль ожирения как фактор риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования: определение электрокардиографических и эхокардиографических изменений у детей с артериальной гипертензией и избыточной массой тела.

Пациенты и методы. Обследовано 100 детей и подростков, которые были разделены на 2 группы исследования: I группа 50 детей (16 девочек, 34 мальчика, средний возраст 14,38 года) с АГ, избыточной массой тела и ожирением; II группа 50 детей (32 девочки, 18 мальчиков, средний возраст 13,88 лет) с нормальным АД, избыточной массой тела и ожирением. ЭКГ регистрировалась стандартным методом, со скоростью 50 мм. Эхо КГ Doppler была выполнена в режиме М, В с частотой преобразователя 3,5 мГц с определением следующих параметров: КДО, КСО левого желудочка, ТМЖП, ТЗСЛЖ, правый желудочек (ПЖ), правое предсердие (ПП), фракция выброса (ФВ%) и фракция укорочения (ФУ%).

Результаты. При анализе ЭКГ были выявлены в 62% случаях нарушение процессов реполяризации в левом желудочке в I группе и у 42% во II группе, со значимыми различиями между группами ($p < 0,05$). Гиперфункция левого желудочка также была обнаружена в обеих исследовательских группах (18%; 6%) ($p < 0,001$). При оценке функции ЛЖ методом Эхо КГ у детей с АГ и избыточной массой тела были обнаружены КДО (48,342), КСО (30,38) левого желудочка, ТМЖП (10,591 мм) ($< 0,05$), ТЗСЛЖ (9,740 мм) ($< 0,001$), по сравнению со второй группой исследований. Также у пациентов I группы были выявлены увеличение полостей ЛП (34,071) ($< 0,05$) и правого предсердия (36,333) в сравнении с II группой исследования (ЛП 27,592; ПП 32,550) ($< 0,001$).

Заключение. При проведении сравнительного анализа установлено, что показатели левого желудочка у детей с АГ, избыточной массой тела и ожирением, достоверно отличаются от тех же параметров у пациентов с нормальным артериальным давлением, что отражает начальные стадии ремоделирования сердечной мышцы.

222

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРЕВОЖНОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Надеждин Д. С., Сахаров В. Г., Скоблина Н. А.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Всемирная организация здравоохранения признала избыточную массу тела новой неинфекционной «эпидемией» XXI века. При этом многие ученые отмечают повышенную тревожность у лиц с ожирением.

Цель исследования: оценить проявления тревожности учащихся в школьной среде при дисгармоничности физического развития.

Пациенты и методы. Изучалось физическое развитие 200 школьников в процессе их многолетнего обучения. Для каждого ученика определяли характер его физического развития — нормальное, с дефицитом или избытком массы тела. Кроме того, по тесту Филлипса оценивались основные факторы школьной тревожности.

Результаты. Проведен сравнительный анализ факторов тревожности у школьников с оценкой достоверности различий между лицами с нормальной и с избыточной массой тела. Достоверно большие показатели тревожности выявлены у мальчиков с ожирением. Так, фактор «Переживание социального стресса» выше нормы на 9,3% ($p < 0,05$), «Переживание социального стресса» на 15,8% ($p < 0,05$). Значительные отличия отмечены у мальчиков старшего возраста: «Страх самовыражения» выше на 46,5% ($p < 0,05$), «Страх ситуации проверки знаний» на 63,1% ($p < 0,05$), «Страх не соответствовать ожиданиям окружающих» на 65,0% ($p < 0,05$), «Проблемы и страхи в отношениях с учителями» на 18,0% ($p < 0,05$).

В процессе взросления эти факторы тревожности у школьников с дефицитом массы тела и в норме снижаются, тогда как у лиц избытком массы тела эти факторы возрастают или остаются достоверно более высокими по сравнению с нормой.

Закключение. Для школьников мужского пола установлено достоверное повышение основных форм школьной тревожности при избыточной массе тела, особенно при увеличении возраста. Полученные данные необходимо учитывать при разработке профилактических и образовательных программ для профилактики школьной тревожности учащихся.

223

**ШКОЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
ПРИ ДИСГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ****Надеждин Д. С., Гончарова Г. А., Скоблина Н. А.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Одним из актуальных вопросов охраны здоровья детей и подростков, является успешность социально-психологической адаптации в процессе обучения. Важным аспектом является влияние физического развития школьников на формирование адаптации в образовательных учреждениях.

Цель исследования: изучить взаимосвязи между проявлением школьной дезадаптации (ШД) и показателями физического развития современных школьников в период школьного онтогенеза для оценки влияния неблагоприятных медико-социальных факторов.

Пациенты и методы. Проведено комплексное обследование учащихся ряда московских школ. Объем выборки составил 220 учащихся в каждом возрасте с 7–8 до 17–18 лет. Физическое развитие оценивалось по унифицированной антропометрической методике с использованием стандартного инструментария. Выделены группы с нормальным физическим развитием (НФР), с дефицитом (ДМТ) и избытком массы тела (ИМТ). Для изучения проявления типичных форм ШД применялся метод «Оценки школьной дезадаптации» по опросу учителей.

Он позволяет оценить показатели дезадаптации в сфере учебной деятельности; в коммуникативной сфере; эмоционального неблагополучия; нарушений в нравственной сфере (наличие вредных привычек и др.).

Результаты. Сравнительная оценка различных форм ШД показала их зависимость от дефицита или избытка массы тела. Дезадаптация в сфере учебной деятельности проявила увеличение в группе ИМТ, особенно в старшем возрасте: значение показателя в группах ИМТ и НФР составило $0,90 \pm 0,17$ и $0,62 \pm 0,08$ с высокой достоверностью межгрупповых различий ($p < 0,01$). Дезадаптация в коммуникативной сфере проявила наибольшее значение в группе ДМТ, причем независимо от возраста. Значения в группах ДМТ и НФР составило $0,47 \pm 0,07$ и $0,38 \pm 0,03$ ($p < 0,01$). В группе ДМТ получен также повышенный на 36,2% показатель дезадаптации в нравственной сфере ($p < 0,01$).

Закключение. Полученные данные свидетельствуют о неблагоприятном течении процесса адаптации и увеличении основных форм ШД у школьников с дисгармоничным физическим развитием, усиливающегося при взрослении учащихся.

224

СНИЖЕНИЕ ФУНКЦИЙ ВНИМАНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ С ДЕФИЦИТОМ МАССЫ ТЕЛА

Надеждин Д. С., Скоблина Н. А.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Важной проблемой здоровья школьников является снижение функций внимания, нарушающее поведение и затрудняющее учебный процесс. Ранее установлена их связь с множеством таких факторов, как гиперактивность, снижение успеваемости, характер взаимоотношений с окружающими людьми и др. (Н. Н. Заваденко, Т. Ю. Успенская, 1994).

При этом важен анализ фактора, связанного с особенностями физического развития.

Цель исследования: анализ функций внимания у школьников с различной массой тела.

Пациенты и методы. Изучалось физическое развитие 200 школьников с выделением 3 групп по массе тела (МТ): с нормальной МТ, с дефицитом (ДМТ) или с избытком МТ. Психологическим методом «Корректирующая проба» оценивали показатель концентрации внимания (КВ), как число верных ответов в единицу времени. Методом «Красно-черная таблица Горбова» оценивалась погрешность переключения внимания (ПВ), как доля сделанных ошибок.

Результаты. Сравнительный анализ функций внимания у школьников разных групп установил, что школьники с ДМТ отличаются достоверно сниженной КВ, особенно в старшем школьном возрасте (с отклонением от нормы на 12,5%; $p < 0,001$).

В этой же группе установлено достоверно большее значение погрешности ПВ, также наиболее выраженное в старшем школьном возрасте (с превышением нормы на 29,5%; $p < 0,01$). В наибольшей степени эти особенности лиц с ДМТ проявились у лиц женского пола с усилением по мере взросления. Примечательно, что анализ других когнитивных функций (память, логическое мышление) выявил их сохранение и даже превышение в группе с ДМТ. Приведенный феномен не совпадает с проявлениями синдрома дефицита внимания или СДВГ, которые чаще проявляются у мальчиков, причем в более раннем возрасте, что означает его самостоятельное значение.

Закключение. Полученная картина свидетельствует о более сильном проявлении сниженных функций внимания у школьников с дефицитом массы тела. Такая форма недостаточности механизмов внимания может учитываться при изучении нарушений здоровья детей и подростков.

225

**УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ДЕТЕЙ
С СИНДРОМОМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ
ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ****Намазова А. А., Мамедова Ф. М., Гасанов А. Г.***Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан*

Актуальность. В последние годы внимание клиницистов привлекает синдром доброкачественной гипермобильности суставов (Benign joint hypermobility syndrome, СДГС) генетическая патология соединительной ткани (СТ), при которой имеют место гипермобильность и жалобы на работу опорно-двигательного аппарата (боли в суставах, вывихи и т. д.), но отсутствует системная ревматическая патология. Являясь одним из проявлений врожденной неполноценности СТ, СДГС может сопровождаться иммунологическими нарушениями и выступать в качестве неблагоприятного фонового состояния.

Цель исследования: выявление уровня провоспалительных цитокинов у детей с СДГС.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 14 детей в возрасте 6–17 лет с установленным диагнозом СДГС. Группу сравнения составили 8 здоровых детей соответствующего возраста. Всем детям определялись уровни интерлейкина 6 (IL-6) и интерлейкина 8 (IL-8) методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты. У 7 (50%) детей гипермобильность по шкале Beighton составила 5 баллов, у 4 (28,6%) 6 баллов, у 3 (21,4%) 7 баллов. Жалобы на артралгии присутствовали у 100% детей, на дорсалгии у 5 (35,7%) детей с СДГС. Подвывихи и повторные вывихи в суставах имели место в анамнезе у 6 (42,9%) детей. При исследовании уровня цитокинов было установлено, что у детей с СДГС значения IL-6 были выше, чем у здоровых детей, и составили $2,7 \pm 0,4$ пг/мл и $1,5 \pm 0,4$ пг/мл, соответственно. Аналогичные изменения прослеживались и в отношении IL-8 ($53,8 \pm 7,2$ пг/мл при СДГС и $31,8 \pm 8,9$ пг/мл у здоровых детей).

Закключение. Таким образом, у детей с СДГС отмечаются более высокие уровни IL-6 и IL-8 в сравнении со здоровыми детьми. Вероятно, это является результатом иммунологических нарушений, что может быть обусловлено генерализованной неполноценностью соединительнотканых структур, наличием хронических очагов инфекции, характерных для диспластических синдромов, а также определенными адаптивными изменениями, направленными на стимуляцию коллагенообразования в условиях нарушенного метаболизма компонентов СТ.

226

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕТЯМ С ОСТРОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ,
ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩЬЮ И ЭВАКУАЦИИ В КЛИНИКИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ**

Намазова-Баранова Л. С., Вишнева Е. А., Дохшукаева Ж. И.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Повышение качества медицинской помощи (МП) — одна из важнейших целей государственной политики в области охраны здоровья граждан РФ на сегодняшний день, и ключевая цель системы здравоохранения любой страны мира

Цель исследования: провести анализ соответствия МП имеющимся алгоритмам и клиническим рекомендациям (КР), достоверности и обоснованности уточненных диагнозов, адекватности проведенной фармакотерапии (ФТ). Проанализировать достоверность диагнозов, выставленных на догоспитальном и госпитальных этапах (ГЭ), маршрутизацию пациентов и качество оказанной МП.

Пациенты и методы. Произведены выкопировка и анализ данных медицинской документации станции скорой медицинской помощи (СМП) и 3-х детских клиник города РФ с 2013–2015 гг.

Результаты. В исследование включены данные СМП 1922 детей (мальчиков — 61%) с острыми аллергическими состояниями, средний возраст $43,12 \pm 41,09$ мес. Из них 75% оставлены на месте. В 42% диагнозы врачей СМП не соответствовали диагнозам клиник. В зависимости от указанных жалоб и диагнозов, вызовы разделены на 3 группы: «кожные проявления аллергии» в 40%, «ларинготрахеит» в 37% случаев, «бронхо-легочные симптомы» в 23%. Анализ ФТ, оказанной врачами СМП, показал использование в 60% антигистаминных препаратов I поколения (АГП I); в 64% глюкокортикостероидов; в 22% препараты литической смеси; 18% — папаверина; 2,4% аминофиллина (АМ), причем АМ в виде ингаляций получили в 2013 г. 13%, 2014 г. 50% и 70% детей в 2015 г. Путь введения лекарств в 100% парентеральный. Анализ ФТ ГЭ показал относительно лучшие результаты, однако выявлено необоснованное назначение антибактериальной терапии, АГП I, АМ.

Заключение. МП на догоспитальном и ГЭ не всегда соответствует имеющимся регулирующим документам. Активное внедрение КР, непрерывное обучение медицинских работников, регулярные аудиты позволят сократить необоснованную терапию, госпитализации и причинение боли.

227

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ
У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ****Науменко Е. И., Самошкина Е. С.***Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева, Саранск,
Российская Федерация*

Актуальность. Истоки репродуктивного здоровья женщин находятся в подростковом возрасте. Функциональные образования яичников достаточно часто диагностируются у девочек-подростков.

Цель исследования: провести анализ клиники функциональных образований яичников у девочек 12–16 лет.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни девочек 12–16 лет ($n = 80$) с диагнозом «функциональные образования яичников», находившихся на стационарном лечении в ГБУЗ РМ ДРКБ г. Саранска. Выделено 2 группы: 1 ($n = 46$) с диагнозом «геморрагическая киста, параовариальная киста» и 2 группа сравнения ($n = 34$) с диагнозом «фолликулярная киста».

Результаты. Нарушение менструальной функции по типу олигоменореи выявлено у девочек обеих групп (22% и 25%, $p > 0,05$). Отсутствие клиники наблюдалось у 56% пациенток, 10% девочек жаловались на острую боль в животе. У девочек обеих групп ведущим симптомом являлась боль, локализуемая в эпигастрии (3%), в правой (18%) и левой (13%) подвздошных областях. В 1 группе локализация болей в правой подвздошной области была отмечена у 26% девочек, реже (8,7%) в левой подвздошной области. Во 2 группе у 56% девочек были боли внизу живота, реже в левой подвздошной области (25%, $p > 0,05$) и в правой подвздошной области (19%). Боли в эпигастрии в данной группе не наблюдались. Не вызывает сомнений факт, что функциональные образования яичников выявляются при проведении УЗИ органов малого таза.

Заключение. При наличии жалоб на боли в животе и без жалоб на боли в животе девочкам-подросткам необходимо проводить УЗИ органов малого таза для выявления функциональных образований яичников.

228

ГЕНОТИПИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРФЕНИЛАЛАНИНЕМИЕЙ

Ненашева С. А., Кольцова Н. С., Фадеева Ю. А.

*Самарская областная клиническая больница имени В. Д. Середавина, Самара,
Российская Федерация*

Актуальность. Гиперфенилаланинемия у 2% пациентов наблюдается при недостаточности тетрагидробиоптерина (ВН4), кофактора фенилаланингидроксилазы (ФАГ), заместительная терапия сапротерином (фармакологический аналог ВН4), позволяет расширить диету при ФКУ.

Цель исследования: выявление среди больных ФКУ пациентов-неотвечиков и потенциальных ответчиков для лечения сапротерином на основе данных генотипирования.

Пациенты и методы. В Самарской медико-генетической консультации в 2017 г проведено генотипирование 25 частых мутаций в гене ФАГ у 40 пациентов с ФКУ: 31 пациент с тяжелой формой ФКУ (уровень фенилаланина > 20 мг/%), 6 пациентов с средней формой (10–20 мг/%), 3 с легкой формой (до 10 мг/%).

Результаты. У 31 пациента выявлены по 2 мутации в гомо- или компаунд гетерозиготном состоянии; у 8 пациентов 1 мутация, у 1 — ни одной из 25 мутаций (показание к секвенированию последовательности гена ФАГ). Частая мутация (51%) в гене ФАГ R408W (остаточная активность фермента (ОАФ) 2%) у 29 пациентов (у 12 гомозигота, у 17 гетерозигота). Мутация R261Q (ОАФ 44%) у 9 пациентов-гетерозигота. Аллельная частота мутации 11,3%. IVS-10-11G^A у 4 гетерозигота (ОАФ 5%), IVS-12+1G^A у 4 гетерозигота (ОАФ 0%). Другие единичные мутации: E280K (ОАФ 2%), Y414C (57%), R261X (0%), P281L (2%), S349P (1%), R243Q (14%), R243X (0%), c.664_665delGA (0%). Аллели с тяжелыми мутациями 72,5%, аллели с мягкими мутациями 15%, аллели с неопределенными мутациями 12,5%. 20 пациентов с двумя тяжелыми мутациями не подлежат лечению сапроптеринном, 20 пациентов с сочетанием разных по тяжести мутаций или неопределенной мутацией требуют проведения нагрузочных тестов с ВН4. Пациентов с двумя мягкими мутациями в гомозиготном или компаунд-гетерозиготном состоянии, подлежащих лечению сапроптеринном, не выявлено. У 6 пациентов имеет место несоответствие клиники классической ФКУ и генотипа с легкой мутацией R261Q.

Закключение. Основная масса больных с ФКУ по-прежнему будут использовать диетотерапию как основной метод патогенетического лечения.

229

**13 СЛУЧАЕВ АНОРЕКТАЛЬНОЙ АТРЕЗИИ В I ТРИМЕСТРЕ
БЕРЕМЕННОСТИ****Новикова И. В.***Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь*

Цель исследования: установить ультразвуковые (УЗ) проявления и спектр сопутствующих пороков развития (ПР) в случаях аноректальной атрезии (АРА), выявленных в I триместре беременности.

Пациенты и методы. Объектом исследования послужили 1 новорожденный и 12 плодов с АРА, абортированных в Минске после УЗ диагностики в 2006–2017 гг. Пренатальный диагноз верифицирован при патологоанатомическом исследовании.

Результаты. Классическая УЗ картина АРА в 11–13 недель беременности в виде «pelvic translucency» позади мочевого пузыря наблюдалась в 6 случаях. В 3 случаях при наличии сопутствующих пороков почек (агенезии, кистозной дисплазии) жидкостное образование находилось в проекции мочевого пузыря. В 3 наблюдениях при сочетании с илео-цекальным стенозом или атрезией пищевода у плода визуализировались 2 гипозохогенных образования. В 1 случае при сочетании с нарушениями поворота кишечника анэхогенные образования располагались в правой половине живота. Патологоанатомическое исследование показало, что в 80% случаев АРА была компонентом множественных ПР: хромосомных болезней (синдрома Дауна — 2 случая, мозаицизма по маркерной хромосоме — 1, триплоидии — 1), синдрома Фразера (2), ассоциации VATER (3), неклассифицированных комплексов ПР (2).

Заключение. Установлена вариабельность УЗ картины АРА в I триместре беременности, обусловленная сопутствующими аномалиями почек и желудочно-кишечного тракта. В связи с высокой частотой сопутствующей патологии при установлении диагноза АРА важно провести тщательный поиск аномалий других органов с обязательным кариотипированием.

230

РАСХОД ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В ДЕТСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ

Новоселова Н. О., Новоселова Т. В.

*Детская республиканская клиническая больница, Йошкар-Ола,
Российская Федерация*

Актуальность исследования обусловлена активным внедрением парентерального питания в повседневную практику врача.

Цель исследования: выявить расход парентерального питания за 5 месяцев 2017 года (в сравнении с 2016 г.) как по отдельным препаратам, так и по отделениям.

Пациенты и методы. Проанализированы требования — накладные от отделений на лекарственные препараты «СМОФкабивен центральный», «Аминовен», «Аминовен Инфант», «СМОФлипид», «Солувит Н», «Виталипид Н детский».

Результаты. «СМОФкабивена центрального» было использовано 48 мешков (в 2016 г. 40 мешков), их них в отделении анестезиологии и реанимации (АРО) 58,33% (n = 21), в гнойной хирургии (ГХ) 16,67% (n = 8), в гастроэнтерологии (ГЭ) 25% (n = 12). «Аминовена» 40 флаконов (в 2016 г. 20 флаконов), которые израсходовали в АРО 100% (n = 40). «Аминовена Инфанта» 320 флаконов (в 2016 г. 210 флаконов), из них отпущено в АРО 90,33% (n = 280), в ГХ — 9,67% (n = 30), в хирургическое отделение — 3,13% (n = 10). «СМОФлипид» 60 флаконов (в 2016 г. 80 флаконов), из них в АРО 83,34% (n = 50), в ГХ — 16,66% (n = 10). «Солувита Н» 110 флаконов (в 2016 г. 150 флаконов), из них в АРО 90,91% (n = 100), в ГХ — 9,09% (n = 10). «Виталипида Н» 210 флаконов (в 2016 г. 160 флаконов), в АРО — 95,24% (n = 200), в ГХ — 4,76% (n = 10).

За 2016 г. было использовано 660 единиц парентерального питания, а за 5 месяцев 2017 г. — уже 788 единиц, что при равнозначных показателях на 34,9% больше.

Вывод. Лекарственные препараты для парентерального питания широко используются АРО (87,69%), в меньшей степени в ГХ (8,63%), ГЭ (1,53%) и ХО (1,27%). Расход парентерального питания вырос в 2,5 раза по сравнению с 2016 годом, следовательно, финансовые затраты на закупку увеличились в 2 раза.

231

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ
У ДЕТЕЙ****Нургалиева Ж. Ж., Сатылганова З. С., Маллен А. К.***Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан*

Актуальность. Ревматическая лихорадка (РЛ) остается одной из частой причины необратимых морфологических изменений в сердце.

Цель исследования: изучить клинико-лабораторную характеристику РЛ у детей.

Пациенты и методы. Ретроспективно изучены 41 истории болезней детей в возрасте от 6 до 15 лет, госпитализированных в ДГКБ № 2 г. Алматы с ревматической лихорадкой. Средняя длительность заболевания составила $24,7 \pm 7,2$ мес. Диагноз РЛ устанавливался в соответствии с критериями Киселя-Джонсона в модификации АРР (2003 г.). Изучены клинико-анамнестические, лабораторные (ОАК, уровень АСЛ-О, С-РБ, КФК, ЛДГ), инструментальные методы (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография ОГК).

Результаты. Из анамнеза у 61,0% случаев имела связь с ангиной; в дебюте у 56,1% больных был артрит, у 24,4% кардиалгии, у 12,2% гипертермия. Объективно кардит был у 90,2%, при этом в 51,4% случаев имелся сформировавшийся порок; артралгия (63,4%), артрит (43,9%), интоксикация (56,1%), хорея (4,9%). В структуре ревмокардита у детей с РЛ — эндомиокардит (73,1%), реже миокардит (17,1%). По данным ЭхоКГ отмечались: краевое уплотнение и утолщение створок клапанов у 53,3% больных, регургитация у 50,0%, гипертрофия МЖП у 22,6%, гипертрофии ЗСЛЖ у 9,7%, дилатации левого желудочка у 32,3%. Снижение сократительной способности миокарда отмечено у 92,9% детей. На ЭКГ: нарушение процессов реполяризации в 35,0%, синусовая тахикардия в 45,0%, нарушение проводимости миокарда в 42,5%. Расширение тени сердца на Р ОГК выявлено у 62,9%, усиление легочного рисунка у 68,6%. Лабораторно определялись ускоренная СОЭ в 26,8%, лейкоцитоз (17,1%) с нейтрофилезом (63,4%), повышение уровней СРБ (41,2%), КФК (90,9%), ЛДГ (52,9%). Диагностические уровни АСЛ-О имели высокие значения — у 62,5%; у детей с наличием клапанного поражения сердца высокие показатели титра АСЛ-О определялись у 74,0% случаев.

Заключение. Высокая частота суставного синдрома в дебюте РЛ, сниженная настороженность врачей и гиподиагностика данного заболевания приводит к тяжелому течению ревмокардита с развитием пороков сердца.

232

ШКОЛА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Орел В. И., Ким А. В., Рослова З. А., Гурьева Н. А., Зверинцева Е. А.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Уровень репродуктивного здоровья населения влияет на демографическую обстановку. В основу демографической политики РФ положены принципы, направленные на улучшение здоровья, укрепление института семьи, повышение уровня рождаемости.

Сохранение репродуктивного здоровья молодежи — залог демографической стабильности в стране. Огромное значение на репродуктивную систему оказывает раннее начало сексуальной жизни, при низком уровне знаний о контрацепции, ИППП, о планировании семьи. Подростки наиболее уязвимы в этом. По статистике, к 17 годам каждый второй подросток имеет опыт сексуальных отношений, и как результат низкой информированности, достаточно высокий показатель аборт и родов у девушек. Более 50% подростков получают информацию из некомпетентных источников: романы, интернет, друзья.

Цель исследования: улучшения информированности населения по вопросам репродуктивного здоровья.

Пациенты и методы: подростковое население.

Результаты. Для улучшения информированности населения по вопросам репродуктивного здоровья, в 2015 г. на базе ГП № 37 Центрального района Санкт-Петербурга была создана «Школа репродуктивного здоровья подростков». Цель Школы — проведение мероприятий, направленных на сохранение здоровья, в том числе репродуктивного; пропаганду ЗОЖ; мотивирование подростков к личной ответственности за свое здоровье. Обучение проводится со студентами колледжей и техникумов. Лекции и занятия адаптированы злободневным вопросам по охране репродуктивного здоровья. За два года прошли обучение более 250 слушателей. Проводится работа по борьбе с факторами риска развития заболеваний репродуктивной сферы; профилактике ИППП и социально-значимых заболеваний, в том числе ВИЧ. Рассматриваются вопросы по профилактике нежелательной беременности, контрацепции, снижения количества абортов у подростков, взаимоотношения полов.

Заключение. Профессор Ю. А. Гуркин сказал: «От того, насколько внимательно общество будет относиться к проблемам сексуального и репродуктивного поведения подростков, в значительной мере зависит здоровье будущих поколений».

233

**ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОДОНТИТОМ И СОЧЕТАННОЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ****Орлова Е. С.***Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень,
Российская Федерация*

Актуальность. Хронические заболевания пародонта поражают более 80% населения и являются одной из актуальных проблем стоматологии. Одним из таких направлений современной медицины является одновременная эрадикация *Helicobacter pylori* (Нр) в желудочно-кишечном тракте и в ротовой полости пациента.

Цель исследования: разработать фармакологическую композицию на основе кремнийорганического глицерогидрогеля с висмута трикалия дицитратом для лечения хронического пародонтита пациентов с Нр-инфекцией.

Пациенты и методы. Клиническая характеристика пациентов изучена на совокупной выборке, состоящей из 125 пациентов с заболеваниями пародонта, обратившихся за стоматологической помощью с 2014–2017 гг. Впервые нами разработана новая фармакологическая композиция на основе кремнийорганического глицерогидрогеля с висмута трикалия дицитратом для местного лечения пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта.

Результаты. Обоснована безопасность и низкая токсичность новой фармакологической композиции (на основе кремнийорганического глицерогидрогеля с висмута трикалия дицитратом) путем проведения доклинических экспериментов на лабораторных животных. Применение новой фармакологической композиции в комплексном лечении хронического пародонтита у пациентов с системным хеликобактериозом позволило получить положительные клинические результаты, состоящие в значимой редукции традиционных стоматологических индексов, снижении контаминации Нр в полости рта и увеличении периодов ремиссии пародонтита, а также в снижении риска повторного реинфицирования гастродуоденальной области (Патент РФ № 2549445 от 30.03.2015, приоритет изобретения от 12.02.2014, «Средство лечения пародонтита и заболеваний слизистой оболочки рта, ассоциированных с геликобактерной инфекцией и способ его применения»).

Заключение. Показано, что новая фармакологическая композиция на основе кремнийорганического глицерогидрогеля с добавлением висмута трикалия дицитратом нетоксична и безопасна для клинического использования.

234

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ КОРРЕКЦИОННОЙ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТ

Орынбасарова К. К., Исмаилова Д. Б., Новрузова Н. Б.

*Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова,
Алматы, Казахстан*

Актуальность. Приоритетным направлением является сохранение здоровья детей с задержкой умственного развития для реабилитации и дальнейшего трудоустройства.

Цель исследования: изучение состояния здоровья школьников с задержкой психического развития

Пациенты и методы. Обследовано 134 ребенка, обучающихся в специализированной коррекционной школе-интернате для детей с задержкой психического развития (ЗПР) г. Алматы. Всем детям выставлен диагноз ЗПР и умственная отсталость. Детям младшего школьного возраста еще сохраняли диагноз ЗПР, детям старшего возраста выставлен диагноз «умственная отсталость» 45 (35%).

Результаты. В нозологической структуре преобладают дети с синдромом Дауна (29,1%), из них у 18% был диагностирован ВПС, у 13,5% детей выявлены сколиоз и плоскостопие. Патология эндокринной системы были выявлены у 17,1% детей в виде установленного гипотиреоза (2,2%), эндемического зоба 1 степени (10,4%). У 19,4% детей отмечается нарушение зрения (миопия, гиперметропия, косоглазие). Нормальное физическое развитие установлено у одной трети детей, ниже среднего у одной трети. Среди них преобладали дети с низкорослостью и ростом ниже среднего. Хронические заболевания были представлены тонзиллитами (8,2%), пиелонефритом и холециститом (по 2,2%). Традиционно преобладающей у школьников хроническая гастроэнтерологическая патология не установлена, что вероятно связано с соблюдением режима и рационального питания за счет бесплатного 4–5 разового школьного питания. Из-за особенностей психического развития детей и отсутствия жалоб углубленное обследование пищеварительной системы не проводилось.

Заключение. У детей школы-интерната частота ОРЗ и хронических соматических заболеваний не превышает допустимых значений, что связано с комплексным медицинским наблюдением (плановые медицинские осмотры прикрепленной поликлиники, благотворительные мероприятия медицинских ВУЗов). Специализированная школа-интернат для детей с ЗПР выполняет не только образовательную функцию, но и важную медико-профилактическую работу для укрепления здоровья детей.

235

**ПУТЬ К ДИАГНОЗУ У ДЕТЕЙ С МУКОПОЛИСАХАРИДОЗАМИ
(НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ, НАБЛЮДАВШИХСЯ
В НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ
ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ)****Осипова Л. А., Кузенкова Л. М., Подклетнова Т. В.,
Намазова-Баранова Л. С., Геворкян А. К., Вашакмадзе Н. Д.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Выявление особенностей уточнения диагноза и ошибок в диагностике редких болезней должно послужить улучшению оказания помощи пациентам на этапе диагностики.

Цель исследования: проанализировать особенности наблюдения детей с МПС до установления правильного диагноза.

Пациенты и методы. Проанализированы данные 122 пациентов с МПС, наблюдавшихся в НМИЦЗД с 2007 по 2016 гг.

Результаты. Количество врачей различных специальностей, наблюдавших пациентов с МПС по поводу симптомов основного заболевания до установления диагноза, варьировало от 1 до 9. 26% детей наблюдали 1–2 специалиста, 46% 3–4 специалиста, 21% 5–6 специалистов, 7% 7 и более специалистов. 66% детей наблюдали педиатры, 66% неврологи, 57% ортопеды, 49% хирурги, 42% ЛОР-врачи, 25% кардиологи, 16% офтальмологи, 9% гастроэнтерологи, 8% эндокринологи, 7% психиатры, 7% сурдологи, 4% ревматологи, 4% нейрохирурги, 3% гематологи, 2% иммунологи, 1% пульмонолог, 1% фтизиатр. Среди ошибочно установленных диагнозов были гипотиреоз, соматотропная недостаточность, врожденная гидроцефалия, аутизм, СДВГ, краниосиностоз, криптогенный гепатит, гепатолиенальный синдром на фоне цитомегаловирусной инфекции, лактазная недостаточность, мальабсорбция фруктозы, целиакия, бронхиальная астма, муковисцидоз, ревматоидный и реактивный артрит, болезнь Пертеса, артрогрипоз, врожденная косолапость, спондилоэпифизарная дисплазия, гипохондроплазия, хондродисплазия, рахит, рахитоподобное заболевание, туберкулёзный спондилит, синдром Сотоса, синдром Клиппеля-Фейля, синдром Стиклера, синдром Беквита-Видемана.

Заключение. Несмотря на прогресс в диагностике редких болезней в последние годы, большинству пациентов с МПС диагноз устанавливается лишь при развитии мультиорганного поражения. Спектр дифференциального диагноза МПС, осуществляемого в практической деятельности, чрезвычайно широк, что подчёркивает сложность установления диагноза. Врачи большинства специальностей могут встретить в своей практике пациента с МПС и должны быть знакомы с клинической картиной заболеваний.

236

САГИТАЛЬНЫЙ КРАНИОСИНОСТОЗ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

**Осипова А. М., Дехтяр С. К., Солдатова Е. Ю., Абрамян Е. Ю., Демчук Г. М.,
Марченко В. В.**

*Детский медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Краниосиностоз — заболевание, проявляющееся врожденным отсутствием или преждевременным закрытием швов черепа, приводящим к аномальному развитию, что проявляется его деформацией, с последующим развитием синдрома внутричерепной гипертензии. Частота встречаемости 1 на 1600 новорожденных. Основными задачами врачей педиатра и невролога при наблюдении новорожденных являются оценка психомоторного развития, выявление неврологической симптоматики, при выявлении признаков внутричерепной гипертензии — направление на дообследование. Диагноз краниосиностоз в большинстве случаев ставится на основании данных клинического исследования головы новорожденного, постановка верного диагноза составляет 98%.

Цель исследования: обратить внимание врачей-педиатров амбулаторного звена на высокую частоту встречаемости данной патологии, которая при поздней постановке диагноза может приводить к нарушениям психомоторного развития.

Пациенты и методы. В Детском медицинском центре наблюдается ребенок с диагнозом: Сагиттальный краниосиностоз. В 3 месяца отмечено изменение формы головы, был консультирован врачами хирургом, ортопедом, офтальмологом, неврологом. Данных за внутричерепную гипертензию не было. Ребенок направлен на консультацию генетика: генетической патологии не выявлено. Консультирован нейрохирургом, выполнена КТ черепа, диагноз сагиттального краниостеноза был подтвержден.

Результаты. Ребенку была проведена реконструктивно-пластическая операция костей свода черепа врачом детским нейрохирургом в НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко. В послеоперационном периоде достигнут клинически видимый эффект — отсутствие деформации костей черепа, патологическая неврологическая симптоматика отсутствует.

Закключение. Регулярные профилактические осмотры педиатра на первом году жизни и своевременная консультация врачей невролога и хирурга, при появлении первых симптомов деформации черепа, снизят риск развития внутричерепной гипертензии и задержки психомоторного развития.

237

ВОЗРАСТ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА У ДЕТЕЙ С МУКОПОЛИСАХАРИДОЗАМИ В РОССИИ (НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ, НАБЛЮДАВШИХСЯ В НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ)**Осипова Л. А., Кузенкова Л. М., Подклетнова Т. В.,
Намазова-Баранова Л. С., Геворкян А. К., Вашакмадзе Н. Д.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Раннее установление диагноза является ключевым для успешности патогенетической терапии и мультидисциплинарного симптоматического лечения у пациентов с МПС.

Цель исследования: определить возраст установления диагноза у детей с МПС, обследованных в НМИЦЗД, сравнить полученные показатели с мировыми данными.

Пациенты и методы. Проанализированы данные 122 детей с МПС (МПС I Гурлер — 16, МПС I Гурлер-Шейе — 6, МПС I Шейе — 1, МПС II — 58, МПС IIIA — 20, МПС IIIB — 6, МПС IVA — 6, МПС VI — 9), наблюдавшихся в НМИЦЗД с января 2007 года по ноябрь 2016 года.

Результаты. Возраст установления диагноза у детей с МПС I (Me 18 мес) был меньше возраста диагностирования других типов МПС ($p < 0,01$), и практически не отличался от такового по данным международного регистра МПС I (2012) (Me 16 мес). У пациентов, включённых в настоящее исследование, возраст установления диагноза МПС II (Me 46 мес) превышал возраст установления диагноза (Me 40 мес) по данным международного регистра Hunter Outcome Survey (2017); возраст установления диагноза МПС III (Me 46 мес) превышал таковой (Me 35 мес) по данным Buhman D и соавт. (2013), возраст установления диагноза МПС IVA (Me 68 мес) превышал таковой по данным международного регистра МПС IVA (Me 56 мес) (2007). Me возраста диагностики МПС VI (60 мес) в нашем исследовании практически совпала с Me возраста установления диагноза (61 мес) по данным исследования, проведённого в Нидерландах в 2016 г.

Заключение. Возраст диагностики МПС, сопровождающихся классическими соматическими проявлениями заболевания (МПС I и МПС VI) в России соответствует таковому в мировых данных. Однако те типы МПС, клинический фенотип которых отличается от Гурлер-подобного (МПС III и МПС IV), диагностируются позже, чем в других странах мира. Возраст диагностики МПС II, для которого характерно более медленное прогрессирование сходных с МПС I проявлений, также отстает от международных данных. Таким образом, имеет место недостаточная осведомлённость российских врачей о разнообразии клинических проявлений и вариантах течения МПС.

238

**ОСОБЕННОСТИ И ДИНАМИКА ДИАГНОСТИКИ
МУКОПОЛИСАХАРИДОЗОВ В РОССИИ (НА ПРИМЕРЕ
ПАЦИЕНТОВ, НАБЛЮДАВШИХСЯ В НАЦИОНАЛЬНОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ ЦЕНТРЕ
ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ)**

**Осипова Л. А., Кузенкова Л. М., Подклетнова Т. В.,
Намазова-Баранова Л. С., Геворкян А. К., Вашакмадзе Н. Д.**

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Доступность методов патогенетической терапии для пациентов с МПС возлагает большую ответственность по своевременному установлению диагноза на врачей.

Цель исследования: проанализировать сроки установления диагноза и их динамику у детей с МПС в России.

Пациенты и методы. Проанализированы данные 122 детей с МПС (МПС I Г — 16, МПС I Г/Ш — 6, МПС I Ш — 1, МПС II тяжелая форма — 42, МПС II лёгкая форма — 16, МПС IIIА — 20, МПС IIIВ — 6, МПС IVА — 6, МПС VI — 9), наблюдавшихся в НМИЦЗД с 2007 по 2016 гг.

Результаты. Возраст установления диагноза у пациентов с известным отягощенным семейным анамнезом ($N = 26$, Ме 36 мес, 95% ДИ 29–63 мес) был меньше, чем у пациентов, не имевших семейного анамнеза ($N = 96$, Ме 47 мес, 95% ДИ 46–58 мес) ($p = 0,095$). Возраст установления диагноза при ненейропатических МПС (Ме 55 мес, 95% ДИ 52–77 мес) превышал таковой у пациентов с нейропатическими типами МПС (Ме 39 мес, 95% ДИ 39–51) ($p = 0,005$). У детей 1991–2000 гг. рождения Ме возраста установления диагноза была равна 72 мес ($N = 20$, 95% ДИ 58–92 мес), у детей 2001–2005 гг. рождения — 55 мес ($N = 38$, 95% ДИ 52–73 мес), у детей 2006–2010 гг. рождения — 40 мес ($N = 42$, 95% ДИ 35–51), у детей 2011–2015 гг. рождения — 21 мес ($N = 22$, 95% ДИ 17–31 мес). Значимые различия в возрасте диагностики выявлены между пациентами 2001–2005 гг. рождения и пациентами 2006–2010 гг. рождения ($p = 0,005$) и между пациентами 2006–2010 гг. рождения и 2011–2015 гг. рождения ($p = 0,002$).

Заключение. Поздняя диагностика (Ме 36 мес) семейных случаев МПС связана с отсутствием подробного сбора семейного анамнеза. Отсроченная диагностика ненейропатических форм МПС связана с недостаточным вниманием врачей к более мягким и неспецифическим симптомам МПС, что является недостатком в свете наличия ферментозаместительной терапии (ФЗТ), разработанной для лечения экстраневральных проявлений МПС. Значительный прогресс в диагностике МПС в последние годы обусловлен регистрацией в России в данный период препаратов ФЗТ, а также большой образовательной работой врачей медицинских учреждений федерального подчинения.

239

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С У ДЕТЕЙ**Осипова Т. Ф., Ершова И. Б.***Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, Луганск*

Актуальность. Проблема хронического вирусного гепатита С у детей остаётся актуальной, несмотря на имеющиеся на сегодняшний день методы диагностики, лечения и профилактики. Диагностика хронического вирусного гепатита С у детей затруднена по причине минимальной клинической картины заболевания и наличием неспецифических симптомов, которые могут быть проявлением различных заболеваний.

Цель исследования: изучение клинических проявлений хронического вирусного гепатита С у детей на примере серии случаев.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 5 детей с хроническим вирусным гепатитом С (3 ребёнка с генотипом 3 а, по 1 ребёнку с генотипом 3 и 1 в) возрастом от 7 до 10 лет, мальчиков 4 и 1 девочка. Детям было проведено полное клиническое и лабораторное обследование с использованием инструментальных методов исследования.

Результаты. У обследованных детей заболевание проявлялось астено-вегетативными расстройствами (повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, головные боли). Также у части детей наблюдался диспептический синдром, проявляющийся метеоризмом, урчанием в животе, нарушение частоты и характера испражнений. Абдоминальный синдром проявлялся непостоянной и нелокализованной болью в животе. При лабораторном обследовании было выявлено незначительное повышение активности трансаминаз крови. Ультразвуковое исследование печени выявило у 1 ребёнка незначительное увеличение печени. Методом ПЦР качественно выявлен вирусный гепатит С, количественно у одного ребёнка выявлена высокая вирусная нагрузка (до 4 млн. МЕ/мл), у остальных детей — умеренная.

Заключение. Особенности течения хронического вирусного гепатита С у обследованных детей явились неспецифические клинические симптомы с преобладанием астено-вегетативного, абдоминального и диспептического синдромов при нормальных размерах или незначительном увеличении печени на фоне умеренной активности трансаминаз.

240

СОДЕРЖАНИЕ СПЕЦИАЛЬНОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МЛАДЕНЦЕВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗГА

Павлова Н. Н., Складнева В. М., Лазуренко С. Б.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Актуальность. На фоне улучшения демографической ситуации в РФ отмечается увеличение количества детей с сочетанной патологией головного мозга. Поиск эффективных форм и методов активизации психического развития младенцев с нарушением функционирования головного мозга является актуальной проблемой педиатрии.

Цель исследования: изучить ориентировочное поведение и безусловно-рефлекторные ответы младенцев с сочетанной патологией головного мозга.

Пациенты и методы: 79 детей 2–4 месяцев жизни были обследованы методиками: «Диагностика психической активности младенцев» (Лазуренко С. Б., Стребелева Е. А., Яцык Г. В.), «Диагностика нервно-психического развития детей первого года жизни» (Пантюхина Г. В., Печора К. Л., Фрухт Э. Л.).

Результаты. По качеству реакций дети были объединены в две группы: I группа с низкой психической активностью — 54 (68,3%) младенца, у которых при воздействии стимулов высокой интенсивности удалось зарегистрировать безусловно-рефлекторные ответы; II группа с очень низкой психической активностью — 25 (31,7%) младенцев с быстро истощаемыми безусловно-рефлекторными ответами тактильного анализатора при воздействии сенсорных стимулов высокой интенсивности и однократно зафиксированными ответами со слухового и зрительного анализатора, не вызывающиеся повторно.

Закключение.

1. Формирование более совершенных способов психологического взаимодействия с окружающим миром у младенцев с сочетанной патологией головного мозга можно осуществить путем регулярного целенаправленного сенсорного воздействия стимулами различной интенсивности во время бодрствования, а также за счет создания специальной развивающей сенсорной среды.
2. Содержание специальной индивидуальной программы (СИПР) детей с низкой психической активностью должно быть направлено на повышение качества безусловно-рефлекторных ответов и формирование условно-рефлекторных; для детей с очень низкой психической активностью содержание СИПР направлено на развитие безусловно-рефлекторных реакций.

241

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ**Павловская О. Г., Волобуева Т. В.***Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,
Российская Федерация*

Актуальность. Детская инвалидность в России является медико-социальной проблемой и требует изучения для разработки методов профилактики.

Цель исследования: проанализировать показатели первичной детской инвалидности в Оренбургской области в 2016 г.

Пациенты и методы. Официальные данные Главного бюро МСЭ по Оренбургской области за 2016 г. Использованы статистический и аналитический методы.

Результаты. В Оренбургской области в 2016 г. проживало 429 702 ребенка. Количество детей с впервые установленной инвалидностью составило 525 человека. Показатель первичной инвалидности достиг 24,4 на 10 000 детского населения. Основные ее причины: психические расстройства (уровень 8,3 на 10 000 детского населения); врожденные аномалии (3,8); болезни нервной системы (4,5), болезни эндокринной системы (3,1), туберкулез (0,1). По сравнению с 2012 г. отмечено увеличение эндокринной патологии на 47,3% и снижение туберкулеза в 10 раз. Область занимает первое ранговое место в ПФО и четвертое в РФ по уровню первичной детской инвалидности по психическим расстройствам и расстройствам поведения, второе в ПФО по болезням органов дыхания и последствиям травм. В возрастной структуре по региону преобладают дети-инвалиды в возрасте от 0 до 3 лет (46,5%). Однако с сельской местности больше группа от 8 до 14 лет (40,5%). При анализе гендерных особенностей установлено, что у мальчиков чаще встречаются психические расстройства (68,7%), болезни нервной системы (60%), органов пищеварения (66,7%), костно-мышечной системы (57,7%), мочеполовой (60%), последствия травм (71,4%). Однако хромосомные аномалии чаще встречаются у девочек (72,2%).

Заключение. Таким образом, установлено: изменение структуры причин первичной детской инвалидности в виде роста болезней эндокринной системы, снижения туберкулеза; позднее установление инвалидности у сельских детей; выявлены гендерные особенности.

Панахова Т. Т.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Актуальность. На сегодняшний день существует четкое определение понятия молекулярная аллергия — это диагностический подход, используемый для картирования аллергенной сенсibilизации пациента на молекулярном уровне с применением очищенных натуральных или рекомбинантных молекул вместо экстрактов. Использование молекулярной или высокоинформативной компонент-разделенной диагностики клиницистами позволяет повысить точность диагноза и прогноза течения аллергических заболеваний и играет ключевую роль в аллергодиагностике.

Цель исследования: оценка результатов внедрения *in vitro* диагностики сенсibilизации у детей г. Баку.

Пациенты и методы. Было обследовано 220 больных бронхиальной астмой, аллергическим ринитом, atopическим дерматитом в возрасте от 1 до 17 лет, среди них было 90 девочек и 130 мальчиков. При анализе распространенности сопутствующих аллергических заболеваний было установлено, что изолированный диагноз «бронхиальная астма» встречался только у 16 детей (4,6%), в то время как у всех остальных имелась сопутствующая аллергическая патология. Нами был использован прибор IMMUNOCAP 100 С (Phadia AB, Sweden).

Результаты. У всех 220 обследованных пациентов был обнаружен позитивный тест Phadiatop. Далее у пациентов с позитивным тестом проводили количественное измерение уровня специфического IgE в сыворотке пациента к соответствующему аллергену. Уровень IgE был повышен у всех пациентов и в среднем составил $32,6 \pm 2,3$ PAU/I. Эозинофилия в периферической крови была достоверно повышалась у 50,6% детей, также повышался уровень ECP у 75% больных. Наиболее часто встречалась сенсibilизация к аллергенам клещей рода *Dermatophagoides* (*D. Pteronyssinus* у 87,5% и *D. farinae* у 91,2% больных. В спектре сенсibilизации преобладали бытовая (80%) и пищевая (62,3%) сенсibilизация над пыльцевой (25%) и грибковой (17,8%). У большинства больных выявлялась поливалентная сенсibilизация (82,61%).

Закключение. Таким образом, в спектре сенсibilизации детей, проживающих в г. Баку, ведущее место принадлежит бытовым аэроаллергенам и пищевым аллергенам.

243

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПОЛЛИНОЗОВ
У ДЕТЕЙ****Пантюхина Н. А., Пономарева О. В., Ляпунова Е. В.***Кировский государственный медицинский университет, Киров,
Российская Федерация*

Актуальность. Первые проявления поллиноза чаще всего возникают в детском возрасте. При этом часть пациентов, с сезонной аллергией, не получает своевременно должную диагностику и терапию, так как не происходит разграничения между поллинозом и острым респираторным заболеванием.

Цель исследования: изучение особенностей клинической картины поллинозов в детском возрасте.

Пациенты и методы. В исследование было включено 84 пациента от 6–16 лет. Мальчиков было 54,8% (n = 46), девочек — 45,2% (n = 38). Путем опроса родителей, анализа амбулаторных карт был собран подробный аллергоанамнез, а также всем пациентам выполнялось кожное тестирование с традиционным набором аллергенов, определялся уровень общего и специфических IgE методом ИФА, проводилась спирометрия.

Результаты. По итогам аллергообследования у 43 больных (51,2%) отмечалась только пыльцевая сенсибилизация, при этом чаще выявлялась аллергия на пыльцу березы, ольхи, мятлика, овсянницы, тимopheевки, райграсса и полыни. У части пациентов были диагностированы различные сочетания аллергии: пыльцевая + бытовая + эпидермальная (11,9% (n = 10)), пыльцевая + эпидермальная (4,8% (n = 4)), пыльцевая + бытовая (32,1% (n = 27)), что видимо и обуславливало более тяжелое течение заболевания. Показатели IgE общего в период цветения причиннозначимых растений были выше нормы у всех обследованных пациентов. У 60,2% больных имело место среднетяжелое, а у 39,8% легкое течение поллиноза. При этом у детей преобладали респираторные формы заболевания (аллергический риноконъюнктивит (n = 60), бронхиальная астма (n = 8), их сочетание (n = 16)). У 35 пациентов (41,7%) в ходе сбора аллергоанамнеза была выявлена сопутствующая пищевая аллергия (морковь, орехи, яблоки, груши, киви, персики и др.).

Закключение. Таким образом, клинические проявления поллинозов у детей разнообразны, поэтому участковые педиатры должны иметь настороженность в отношении данной патологии, что в результате позволит избежать гиподиагностики сезонной аллергии у детей.

244

МУКОПОЛИСАХАРИДОЗ 1 ТИПА (СИНДРОМ ГУРЛЕР). КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Панченко Е. Г., Лютая З. А., Запорожченко О. В., Куткова Ю. К.

Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Российская Федерация

Актуальность проблемы такого орфанного заболевания как мукополисахаридоз (МПС) 1 типа прежде всего обусловлена возможностью эффективного лечения.

Цель исследования: описать клинический случай.

Пациенты и методы. К генетику обратилась мать с ребенком 11 месяцев, мужского пола, рожденным от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, с жалобами на ограничение подвижности в т/б суставах, срыгивания. Из анамнеза: задержка психомоторного развития; недостаточность МК 1 ст.; гипотиреоз; тимомегалия; дисплазия левого тазобедренного сустава 1 ст.; аденоиды 3 ст., дисфункция слуховых труб; пахово-мошоночная грыжа справа; помутнение роговицы; перенесенные конъюнктивит, фарингит, бронхит. Проходил лечение в неврологическом отделении с диагнозом «Перинатальная энцефалопатия гипоксически-ишемического генеза». В фенотипе: макроцефалия, уплощенный лицевой череп, плотный ушной хрящ, приросший завиток ушной раковины, укорочение шеи, воронкообразная грудная клетка, тугоподвижность суставов, неуверительное слуховое сосредоточение, шумное дыхание. МРТ позвоночника: аномалия развития L1, остеохондроплазия позвоночника; АСВП — замедление проведения по слуховым структурам ствола мозга; электронейромиография — страдание срединного нерва в области карпального канала с 2-х сторон.

Результаты. Генетиком предприняты следующие специфические исследования: уровень гликозаминогликанов (ГАГ) в моче: 173 ($N < 25$ мг/моль креатинина), активность лизосомального фермента обмена ГАГ- α -L-идурунидазы 0,63 ($N > 1,96$ мкмоль/л/час) и поиск мутаций методом прямого и автоматического секвенирования с. 967_969del и с. 1743C>G гена IDUA в гетерозиготном состоянии, подтверждающие диагноз МПС 1 типа (синдром Гурлера).

Закключение. В связи с ранней постановкой диагноза (до 2 лет) предпринята успешная операция по трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, как результат — состояние пациента стабилизировалось, уровень ГАГ и активность фермента остаются в пределах нормы, необходимости в применении ферментзаместительной терапии нет. Наблюдение за пациентом продолжается.

245

**СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ПРОТЕОЛИЗ-АНТИПРОТЕОЛИЗ
У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПАЗИЕЙ****Парамонова Н. С., Сеница Л. Н.***Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

Актуальность. Для недоношенных детей характерно развитие такой патологии как бронхолегочная дисплазия (БЛД), которая имеет хроническое течение и может стать причиной летальности. В последние годы особое внимание уделяется исследованию эластазы и ингибиторов протеолиза, как важных маркеров воспаления бронхолегочной системы. Дисбаланс активности эластазы и ее ингибиторов в сторону повышения активности протеолиза может приводить к деструкции легочной ткани и способствует развитию БЛД.

Цель исследования: определить протеолитическую активность по эластазе (Э), ингибиторную защиту по $\alpha 1$ -антитрипсину ($\alpha 1$ -АТ) и $\alpha 2$ -макроглобулину ($\alpha 2$ -МГ) у недоношенных детей с БЛД.

Пациенты и методы. Обследовано 150 недоношенных детей, находившихся на лечении в УЗ «ГОКПЦ» и УЗ «ГОДКБ». Определяли эластазу, $\alpha 1$ -АТ и $\alpha 2$ -МГ в венозной крови у детей на 6–7 сутки после рождения. Суммарную ингибиторную емкость крови рассчитывали путем сложения $\alpha 1$ -АТ и $\alpha 2$ -МГ. Основную группу составил 91 недоношенный ребенок с БЛД, группу сравнения — 59 недоношенных без БЛД.

Результаты. Легкая степень тяжести БЛД встречалась у 14 (15,4%) детей, средняя — у 61 (67%), тяжелая — у 16 (17,6%). При анализе гестационного возраста в 1-й группе в сроке 28 нед и менее родилось 60,6% детей, от 29–31 нед — 33,1%, более 32 нед — 6,3%. Группа сравнения была сопоставима по гестационному возрасту с основной группой ($p > 0,05$). Установлено повышение содержания эластазы у детей основной группы, зависящее от степени тяжести БЛД. При легкой степени бронхолегочной дисплазии уровень эластазы составил 0,396 мЕ/мл. У младенцев с тяжелой степенью — 0,468, что выше в сравнении с легкой степенью БЛД и детей со средней степенью тяжести ($p = 0,003$). Антипротеолитическая защита была достоверно ниже у детей с БЛД. Суммарная ингибиторная емкость крови в группе с БЛД составила 42,36 ИЕ/мл, а в группе сравнения — 25,74 ИЕ/мл ($p < 0,05$).

Заключение. Система протеолиз-антипротеолиз у младенцев с БЛД характеризуется повышением активности протеолиза на фоне снижения антипротеолитической защиты.

246

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ

Первишко О. В., Баум Т. Г.

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,
Российская Федерация*

Актуальность. Клинико-лабораторные изменения, подтверждающие диагноз гепатит, ставят перед врачом целый ряд задач для поиска этиологии данного состояния.

Цель исследования: изучение структуры гепатитов у детей в амбулаторных условиях.

Пациенты и методы. Под наблюдением в течение 6 месяцев находилось 47 детей в возрасте от 5 месяцев до 12 лет, обратившихся в клинко-диагностическое отделение ГБУЗ «СКДИБ» на амбулаторный прием. Все пациенты имели увеличение АЛТ и АСТ, при этом 12 (26%) детей в сочетании с нарушениями белкового обмена, у 1 ребенка отмечен увеличенный уровень холестерина. При проведении диагностического поиска проводились дополнительные биохимические обследования (ЛДГ, ГГТ, КФК-МВ, КФК, церулоплазмин, α 1-антитрипсин), качественный метод ПЦР на основные виды гепатитов вирусной этиологии (HAV, HBV, HCV, HGV, HTTV, CMV, EBV-инфекция, герпес 6 и 8 типов). Аутоиммунную природу гепатитов исключали при обследовании на антимитохондриальные и антинуклеарные антитела. Из инструментальных методов обследования использовали УЗИ органов брюшной полости, почек и мочевыводящих путей, КТ и МРТ-диагностику. 32 (68%) ребенка были консультированы неврологом, 14 (30%) инфекционистом и 4 (8,5%) пациента генетиком.

Результаты. Комплексное обследование определило, что дети с инфекционной патологией составили основную часть пациентов: герпетические инфекции у 26 (55%) наблюдаемых, у 6 (12,8%) пациентов HCV гепатит, у 2 (12,8%) пациентов HBV гепатит, 1 (2%) ребенок HAV гепатит. При наблюдении у невролога и генетика определили наличие у 2 детей врожденные структурные миопатии, у 1 ребенка гликогеновую болезнь.

Заключение. Этиологическая структура гепатита неуточненной этиологии разнообразна и включает инфекционный фактор, заболевания нервной системы, наследственные болезни обмена, при этом у 9 (19%) детей установить причину патологии так и не удалось.

247

ГЕПАТОБЛАСТОМА: ПРАВИЛЬНОЕ СТАДИРОВАНИЕ — ЗАЛОГ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ**Пименов Р. И., Казанцев А. П., Керимов П. А., Рубанская М. В., Капкова О. А., Рубанский М. А., Рыбакова Д. В.***Научно-исследовательский институт детской онкологии и гематологии
Национального медицинского исследовательского центра имени Н. Н. Блохина,
Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Комбинированный метод лечения является основной стратегией лечения детей с гепатобластомой (ГБ). Объем проводимой терапии зависит от стадии заболевания, что диктует необходимость точного определения групп риска и позволяет дифференцировано подходить к выбору тактики лечения.

Цель исследования: оценить классификацию по группам риска международного общества по изучению опухолей печени у детей (Children's Hepatic tumors International Collaboration — Hepatoblastoma Stratification (CHIC-HS)) 2016, на российской когорте пациентов, как модель для создания риск-адаптированной программы терапии детей с гепатобластомой.

Пациенты и методы. В исследование было включено 127 больных с ГБ, которые в период с 2006 по 2016 гг. в «НИИ ДОГ НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» получали комбинированное лечение. До начала лечения, всем пациентам выполнялись исследования: определение уровня альфа-фетопroteина в сыворотке крови; УЗИ; КТ и/или МРТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием и КТ грудной клетки. Распространённость опухоли оценивалась по системе PRETEXT.

Результаты. Средний возраст больных составил 2,7 года (2 мес. 15 мес.). В соответствии с критериями пациенты разделены на 4 группы риска: очень низкий риск 9 (7,1%), низкий риск 45 (33,3%), промежуточный риск 42 (33,1%) и высокий риск 31 (24,5%). Метастазы в легкие наблюдались у 29 пациентов (22,8%). Пациенты группы очень низкого риска получили только хирургическое лечение, остальные комбинированную терапию. Общая и бессобытийная пятилетняя выживаемость для групп составила: 100%, 97,8%, 78,6%, 38,7% и 100%, 93,3%, 75,3%, 32,3% соответственно.

Заключение. Внедрение системы распределения по группам риска CHIC-HS позволяет внедрить программу риск-адаптированной терапии ГБ у детей и провести сравнительное исследование эффективности лечения с международными кооперированными исследованиями.

248

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИЗБИРАТЕЛЬНОГО АППЕТИТА У ДЕТЕЙ

Пискун Т. А., Прилуцкая В. А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Актуальность. По статистике у каждого четвертого ребенка раннего возраста отмечаются трудности при употреблении пищи. Избирательность в еде у родителей повышает риск возникновения данной проблемы у ребенка.

Цель исследования: проанализировать факторы, способствующие формированию избирательного аппетита (ИА) у детей от 1 до 5 лет.

Пациенты и методы. Проведено анкетирование родителей 50 детей с ИА в возрасте от 1 года до 5 лет в УЗ «ГДИКБ», УЗ «Амбулатория № 1 г. Минска», в ДДУ № 411.

Результаты. Среди детей было 40% мальчиков, 60% девочек. Средний возраст $3 \pm 0,5$ года. Все дети были доношенными. При этом 96% на первом году жизни находились на грудном вскармливании. У 38 (76%) наследственность была отягощена — (1 группа), у 12 (24%) не было родственников с ИА (2 группа). Треть детей в обеих группах отказывались пробовать новые продукты. Детям с отягощенной наследственностью реже предлагали пробовать новые продукты (47% и 100% соответственно, $\chi^2 = 10.53$, $p < 0,01$). У 63% опрошенных длительность одного кормления превышала 30 минут. Большинство родителей в обеих группах (68%) конфликтовали с ребёнком по поводу приёма пищи. Детей с отягощенной наследственностью достоверно чаще насильственно кормили (65% и 8% соответственно, $\chi^2 = 12.06$, $p < 0,01$). 65% родителей в обеих группах чем-нибудь отвлекали своего ребёнка, если он отказывался от еды, а 74% использовали еду в качестве вознаграждения. Более 50% опрошенных женщин отмечали ИА во время беременности. Причем в группе с наследственной отягощенностью ИА у женщин встречался достоверно чаще (50% и 17% соответственно, $\chi^2 = 4.16$, $p < 0,05$).

Вывод. Таким образом, наследственная отягощенность, как и особенности питания мамы во время беременности повышают риск возникновения ИА у ребенка. Детям, имеющим наследственную отягощенность, достоверно реже дают пробовать новые продукты, однако достоверно чаще кормят насильственно, что свидетельствует о большом вкладе «стиля родительства» в формирование пищевого поведения.

249

**ПРИМЕНЕНИЕ АНАЛИЗАТОРА ТОКСИЧНОСТИ АТ-05
ДЛЯ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОСТИ ИЗДЕЛИЙ
ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ****Платонова А. Г., Пимушина М. В.***Институт общественного здоровья имени А. Н. Марзеева, Киев, Украина*

Актуальность. В нормативном обеспечении госсанэпидэкспертизы изделий для детей отсутствует экспресс-метод оценки химической и биологической опасности; миграция химических веществ оценивается по нормативам, установленным для веществ, поступающих в организм перорально, без учета возраста, предполагаемого поведения, времени контакта, воздействия на кожные покровы ребенка.

Цель исследования: научное обоснование усовершенствования оценки безопасности товаров для детей.

Пациенты и методы. Определение индекса токсичности (ИТ) проводили *in vitro* на биологических объектах (сперма быка) и анализаторе токсичности АТ-05. Исследовано: 56 образцов чулочно-носочных изделий (ЧНИ), 64 подгузников одноразовых и салфеток гигиенических (ПО), 41 образец посуды для кормления детей (ПК). Проведено экспериментальное моделирование условий носки, использования, контакта с телом ребенка. Рассчитаны коэффициенты линейной корреляции Пирсона (r), статистически различия (p) оценивали по критерию Стьюдента (t).

Результаты. Не установлено достоверных корреляций между ИТ, размером и видом ЧНИ ($r = 0,09$; $p \geq 0,05$); между ИТ и вложением синтетических волокон (полиамид, полиэстер, эластан) до 25%; между ИТ и вложением искусственных волокон (вискоза 100%). Не установлено достоверных различий между ИТ в ЧНИ из 100% хлопчатобумажной или 100% вискозной пряжи ($r = 0,16$; $p \geq 0,05$). ИТ в образцах ПО и ПК увеличивается пропорционально времени экспозиции с 3 часов ($99,56 \pm 6,04$)% до 24 часов ($116,22 \pm 9,40$)%. Установлена достоверная корреляция между ИТ и продолжительностью использования более 3-х часов для: посуды для кормления новорожденных ($r = 0,27$; $p \geq 0,05$), подгузников и салфеток ($r = 0,31$; $p \geq 0,05$).

Заключение. Эффективность анализатора токсичности АТ-05 позволяет рекомендовать его для оптимизации оценки безопасности товаров для детей. Утверждены дополнения в санитарные правила и нормы, разработаны методические рекомендации и патент на способ определения.

250

АНАЛИЗ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА ДЛЯ ИГРУШЕК С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Платонова А. Г., Сомова Т. Е.

Институт общественного здоровья имени А. Н. Марзеева, Киев, Украина

Актуальность. Адаптация законодательства Украины и Европейского Союза (ЕС) имеют цель постепенного сближения без обязательного требования полного соответствия в целом, но постепенного сближения, насколько это целесообразно для Украины с точки зрения социально-экономических последствий.

Цель исследования: оценка законодательства ЕС, Директив и Регламентов для игрушек с точки зрения требований безопасности для здоровья детей.

Пациенты и методы. Проведен анализ законодательства ЕС, Директив и Регламентов для игрушек.

Результаты. Анализ законодательства ЕС свидетельствует о несоответствии требований возрастным особенностям детского организма. Требования являются добровольными и касаются исключительно игрушек для детей до 6 лет, которые они могут взять в рот, «пищевых» игрушек, косметике для детей. В гармонизированном Техническом регламенте о безопасности игрушек отсутствуют требования к санитарно-гигиеническим показателям, содержанию тяжелых металлов; разрешено использование 11 аллергенных ароматических веществ в настольных играх для детей старше 3 лет, меры безопасности касаются исключительно предупреждения травматизма (падения, удушения, ожогов, случайного проглатывания, вдыхания или прикосновения к коже, слизистых оболочек, глаз, удара электрического тока и т. д.).

Заключение. Законодательство ЕС для игрушек являются необязательными для производителя; не содержат санитарно-гигиенических требований по защите здоровья детей.

251

**ХАРАКТЕРИСТИКА МУТАЦИЙ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГОШЕ
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН****Плеханова Т. А., Боранбаева Р. З., Абдилова Г. К.***Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова,
Алматы, Казахстан*

Актуальность. В настоящее время идентифицировано около 350 мутаций болезни Гоше. Результаты молекулярно-генетического анализа в мире демонстрируют возможную концентрацию отдельных мутаций в различных регионах: N370S — Израиль, Россия, США, Германия, Испания, Греция, L444P — Корея, Япония, Тайвань, Египет, Швеция, F213I — Корея, Япония, Китай. В Казахстане исследований по изучению мутаций болезни Гоше не проводилось.

Цель исследования: характеристика мутаций у детей с болезнью Гоше в Республике Казахстан (РК).

Пациенты и методы. В исследование включено 13 пациентов с болезнью Гоше в возрасте от 0 до 17 лет 11 месяцев. Пациенты находились на обследовании и лечении в Научном центре педиатрии и детской хирургии МЗ РК в период с 2000 по 2017 год. Генетический анализ проводился в референц-лабораториях Германии и Австрии методом прямого автоматического секвенирования, с помощью которого были исследованы все кодирующие экзоны гена GBA, а также прилегающие интронные области.

Результаты. У 13 детей с болезнью Гоше было выявлено 25 мутаций гена GBA. У одного пациента не удалось идентифицировать вторую мутацию, значение генотипа определилось как L444P/не обнаружено. В казахстанской популяции наиболее распространенными оказались мутации L444P 44% (11 мутаций), и F213I 16% (4 мутации). Только в одном случае мутация L444P определилась в гомозиготном состоянии. На третьем месте по частоте встречаемости в Казахстане находятся мутации RecNcil и N370S, каждая из которых составила 8% (по 2 мутации). Также были выявлены по одной мутации G46E, N188S, E272D, D315H, W184R, V398F.

Заключение. Наиболее часто встречающиеся мутации в казахстанской популяции: L444P и F213I. По литературным данным, данные мутации более характерны для азиатских стран и имеют неблагоприятный прогноз в развитии патологии со стороны нервной системы.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Плеханова М. А.

*Омский государственный медицинский университет, Омск,
Российская Федерация*

Актуальность. Риск развития туберкулеза (ТБ) в течение жизни для лица с латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ) составляет 5–10%, факторы способствующие реактивации инфекции полностью не изучены.

Цель исследования: изучение прогностической ценности факторов риска развития ТБ у детей с ЛТИ.

Пациенты и методы. Проведенное проспективное исследование среди 310 детей с разной степенью выраженности туберкулезной инфекции, позволило выделить и проанализировать факторы риска развития ТБ и ЛТИ, а молекулярно-генетическое исследование по определению полиморфного варианта гена IFNG, установить дополнительные риски. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ OpenEpi версия 3, Statistica 6,0.

Результаты. У детей, больных ТБ, среди социальных факторов риска дополнительно выделили отсутствие организации ребенка. Среди основных рисков для развития ЛТИ ведущими, в отличие от туберкулеза, выступали факторы, отражающие неблагополучный биологический анамнез. В ходе анализа распределения генотипов полиморфного гена IFNG (T-1488C) у детей больных ТБ установлена ассоциация гетерозиготного генотипа с заболеванием OR = 1,885 (95%CI 1,019–3,487). При кластеризации выделен вариант связанный с гетерозиготным генотипом, ТБ и такими факторами риска ТБ, как малообеспеченная семья (F 31,994), курение в семье (F 5,193), отягощенная наследственность по ТБ (F 11,076), отсутствие грудного вскармливания (F 6,965), что позволило рассчитать дополнительный риск развития ТБ, так при курении в семье или пассивном курении OR составил 1,927, при низком достатке в семье OR 69,97 и при искусственном вскармливании OR 3,847.

Заключение. Оценивая прогностическую ценность факторов риска для развития ТБ у детей с ЛТИ, основными являлись социальные, для ЛТИ — медико-биологические. Установленный гетерозиготный генотип полиморфного варианта T-1488C гена IFNG у детей с ЛТИ подтверждал высокий риск развития ТБ, реализующийся при наличии социальных факторов.

253

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВОСПИТАННИКОВ
КИРОВСКОГО ДОМА РЕБЕНКА****Подлевских Т. С., Старикова М. А., Аббасова А. К.***Кировский государственный медицинский университет, Киров,
Российская Федерация*

Актуальность: здоровье детей, оставшихся без попечения родителей, вызывает особое беспокойство в связи с наличием целого спектра патологий.

Цель исследования: оценить результаты диспансеризации детей Кировского Дома ребенка за 2010–2017 гг.

Пациенты и методы: изучены результаты диспансеризации 653 воспитанников Дома ребёнка.

Результаты. Установлено, что частота и спектр выявляемой патологии высокие. Из 653 детей, прошедших диспансеризацию, у всех обнаружены какие-либо патологические состояния, причем у подавляющего большинства (78%) сочетанные. Лидирует соматическая патология. У каждого ребенка выставлен как минимум 1 диагноз, у каждого 3-го (33,4%) различные сочетания 2-х и более диагнозов. Самые частые заболевания: гипотрофия, анемия, рахит, атопический дерматит. Врожденные пороки развития обнаружены у 36,4% детей, сочетанные — у 7,6%, что выше, чем в популяции (5%). Диагноз ФАС подтвержден у 98 детей (15%). Микросоматический тип физического развития имели 68% детей первого года; 65% второго года и 44% третьего года жизни. Неврологические отклонения выявлены у 650 детей (99,5%). Всем детям проводилось лечение в связи с задержкой физического и нервно-психического (IV–V группы, 3–4 степень отставания) развития. Отмечено улучшение темпов роста и развития детей по мере реабилитации. Часто выявляется ортопедическая патология (дисплазия тазобедренных суставов, рахитические деформации скелета, врожденные деформации грудной клетки, синдактилия и т.п.). Почти 25% детей (из них более половины родились до срока) взяты на учет офтальмологом (ангиопатия сетчатки, астигматизм, ретинопатия недоношенных, гиперметропия, косоглазие). Большинство детей отнесены к II–III группам здоровья. Для физиологического профиля учреждения высока доля детей-инвалидов (около 10%).

Заключение: диспансеризация позволяет проводить раннее лечение выявленной патологии.

254

ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ

Подпорина М. А., Рафикова Ю. С., Лошкова Е. В., Саприна Т. В.,
Михалев Е. В.

*Сибирский государственный медицинский университет, Томск,
Российская Федерация*

Актуальность. Сегодня в мире активно изучаются метаболические последствия недоношенности с целью улучшения состояния здоровья детей, рожденных раньше срока.

Цель исследования: изучение особенностей липидного и углеводного обмена у детей и подростков, родившихся недоношенными

Пациенты и методы. 76 детей (дети были обследованы в эндокринологическом отделении ОГАУЗ «Детская больница № 1» г. Томска). Основная группа (1) 42 ребенка (11,86 лет (9–15)), рожденных недоношенными, группа контроля (2) 34 доношенных здоровых сверстников (13,41 лет (11–16)). Средний срок гестации в 1-й группе 32,95 нед. (27–36), во 2-й 39,65 нед. (37–41). Всем определен липидный спектр крови, гликемия, инсулин, пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ).

Результаты. Мальчики 1-й группы имели показатели: общий холестерин (ОХ) 4,19 (2,4–5,9) ммоль/л (2: 3,81 (2,7–5,1)); ТАГ 0,94 (0,3–2) ммоль/л (2: 1 (0,2–4)); ЛПВП 1,8 (0,9–2,6) ммоль/л (2: 1,6 (0,9–2,5)); ЛПНП 1,9 (0,3–3,6) ммоль/л (2: 1,7 (1–2,9)). Среди девочек 1-й группы ОХ 4,7 (3,8–6,4) ммоль/л (2: 4,5 (3,3–5,6)); ТАГ 0,9 (0,4–1,5) ммоль/л (2: 0,9 (0,5–1,4)); ЛПВП 2 (1,2–2,5) ммоль/л (2: 2,1 (0,8–4,6)); ЛПНП 2,2 (1,2–4,1) ммоль/л (2: 1,9 (0,6–3)). Уровень гликемии натощак в 1 группе у мальчиков: 4,8 (3,9–6,0) ммоль/л (2: 4,7 (4,1–5,3)), на 30 мин. 7,1 (5–9,9) ммоль/л (2: 7,2 (5,9–9,7)), на 60 мин. 5,7 (3,6–7,9) ммоль/л (2: 5,8 (4,2–7,7)), на 120 мин. 4,6 (3,5–7,7) ммоль/л (2: 5 (4–6,3)). У девочек 1 группы гликемия натощак 4,9 (3,8–5,4) ммоль/л (2: 4,7 (4–5,4)), на 30 мин. 6,6 (5,8–8,2) ммоль/л (2: 6,8 (5–8,2)); на 60 мин. 6,4 (4,4–8,4) ммоль/л (2: 6,4 (4,9–8,3)); на 120 мин. 5,5 (3,8–7) ммоль/л (2: 5,2 (3,8–7,1)). Среди мальчиков 1 группы содержание инсулина 79,6 (25,3–190,9) Ед/л (2: 74,6 (34,7–161)), у девочек 1 группы инсулин 65,4 (26,6–144,3) Ед/л (2: 118,4 (47,5–196,2)).

Заключение. Дети, рожденные недоношенными, имеют достоверные различия уровня ОХ ((в 1 группе $t = -2$, $p = 0,05$), во 2 группе: $t = -2,8$, $p = 0,01$)) и гликемии на 120 мин. ПГТТ ($t = -1,99$, $p = 0,05$).

255

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ В УСЛОВИЯХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**Подпорина Л. А., Шашель В. А., Рубцова И. Т.***Детская городская поликлиника № 3, Краснодар, Российская Федерация*

Актуальность. Синдром вегетативной дистонии (СВД) является одним из самых распространенных синдромов среди детей подросткового возраста, реабилитация которого крайне актуальна.

Цель исследования: оптимизировать программу реабилитации школьников с СВД в условиях медико-психолого-педагогического центра общеобразовательного учреждения.

Пациенты и методы. Проведена оценка функционального состояния вегетативного статуса у 252 учащихся старших классов с СВД. У школьников с СВД определяли показатели АД, оценивали уровень их физического развития, проводили стандартные функциональные пробы: индекс Кетле, Робинсона, Скибинского, Шаповаловой, Руфье.

Результаты. Частота встречаемости гипотензивного типа составила 62,0%, гипертензивного — 19,0%, аритмического — 11,0%, кардиального — 8,0%. Для пациентов со всеми типами СВД была предложена оптимизированная программа реабилитации, по которой работали в течение учебного года медицинские работники, психолог и педагоги. Она включала в себя индивидуальные занятия психолога с детьми, посещение комнаты психологической разгрузки, соблюдение режима дня, прогулки на свежем воздухе перед сном, фитотерапия, кислородные коктейли, прием курсами поливитаминов, ЛФК с учетом типов нервной деятельности. По окончании учебного года, после проведенной повторно оценки результатов функциональных проб и медицинского осмотра специалистами, получены показатели с положительной динамикой. Эффективность реабилитации составила 92,0%.

Закключение. Предложенная оптимизированная программа реабилитации школьников с СВД в условиях медико-психолого-педагогического центра общеобразовательного учреждения является эффективной и способствует возможности прохождения полного курса реабилитации, не нарушая учебного процесса.

256

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Пожарищенская В. К., Давыдова И. В., Савостьянов К. В., Пушков А. А.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время изучению наследственных факторов формирования бронхолегочной дисплазии (БЛД) уделяется пристальное внимание в нашей стране и за рубежом. Однако, до сих пор значимых результатов в изучении ассоциации генов-кандидатов с развитием БЛД в российской популяции детей не выявлено.

Цель исследования: выявить генетические факторы предрасположенности к формированию БЛД в российской популяции недоношенных детей и сопоставить их с клинико-анамнестическими факторами риска развития данного заболевания.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации и проспективное клиническое наблюдение за 200 недоношенными детьми, сформировавшими ($n = 100$) и не сформировавшими бронхолегочную дисплазию ($n = 100$), сопоставимыми по акушерско-гинекологическому анамнезу матери, срокам гестации, массе тела, росту и оценке по шкале APGAR при рождении, параметрам респираторной поддержки. Проведено выделение ДНК методом фенол-хлороформной экстракции из пятен крови, высушенных на фильтровальной бумаге ($n = 200$). Анализ генотипов полиморфных маркеров генов-кандидатов в обеих группах проводился с помощью полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Результаты. Выявлена ассоциация полиморфного маркера rs652438 гена MMP12, кодирующего матриксную металлопротеиназу 12, с развитием респираторного дистресс-синдрома недоношенных детей (РДСН) с последующим формированием БЛД. Показано, что аллель Т данного полиморфного маркера достоверно чаще встречался в группе недоношенных детей, сформировавших БЛД ($OR = 1,76$, $p = 0,05$, 95% CI (1,00–3,08)).

Закключение. Можно сделать вывод о том, что аллель Т и генотип ТТ полиморфного маркера rs652438 гена MMP12 ассоциирован с развитием БЛД у недоношенных детей в российской популяции.

257 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Полухова А. А., Рагимова Н. Д.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Актуальность. Грудное кормление оказывает положительное биологическое и эмоциональное влияние на здоровье матери и ребенка. По этой причине Всемирная организация здравоохранения придает большое значение грудному вскармливанию в 21 веке.

Цель исследования: изучить и оценить состояние здоровья детей при грудном вскармливании в первой и во второй половине первого года жизни.

Пациенты и методы. Проведена как катamnестическая оценка, так и оценивание состояния при грудном кормлении среди 300 новорожденных в первой половине и во второй половине первого года жизни методом случайного выбора.

Результаты. Было выявлено, что 65,67% детей находилось на грудном вскармливании в первые месяцы жизни (3–6). 35% детей получало грудное вскармливание и во второй половине первого года жизни. Продолжительность грудного вскармливания зависела от многочисленных факторов. Следует отметить, что возраст матери при кормлении грудью особого значения не имел ($p < 0,05$). Проведение тренингов по кормлению матерей в родильных домах является приоритетной задачей на сегодняшний день. 56,3% матерей, прошедших курсы продолжили кормить детей грудью больше 6 месяцев. Была определена корреляционная связь между ранним прикладыванием к груди новорожденного и грудным кормлением. Из 42% детей, приложенных к груди, 78% находились на грудном вскармливании больше 6 месяцев ($p < 0,001$).

Заключение. При исследовании связи продолжительности грудного кормления и медико-социальных факторов мы констатировали, что продолжительное грудное вскармливание связано с позитивным подходом.

258

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Пономарева О. В., Чагаева Н. В.

*Кировский государственный медицинский университет, Киров,
Российская Федерация*

Актуальность. Несмотря на достигнутые успехи в понимании особенностей патогенеза, диагностики и лечения бронхиальной астмы (БА) у детей, гиподиагностика данного заболевания у детей раннего возраста остается актуальной проблемой.

Цель исследования: изучение клинических особенностей БА у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. В исследование было включено 85 детей в возрасте 1–5 лет с диагнозом БА. Путем опроса родителей, анализа амбулаторных карт был собран подробный аллергоанамнез семьи, проведены клиничко-инструментальное и аллергологическое обследования.

Результаты. Анализ факторов риска выявил у 76% детей отягощенный семейный аллергоанамнез (в 43% случаев по материнской линии), гиперреактивность дыхательных путей имела у 73% детей, курение в семьях было отмечено в 45,3% случаев. Начало развития БА на 1 году жизни имело место у 51,8% детей, при этом первый эпизод бронхиальной обструкции возникал на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ) у 78,4%, а у 23,6% детей он был связан со стенозирующим ларинготрахеитом. Проведенный анализ показал, что ОРИ на 1–2 годах жизни являются одним из наиболее частых триггеров обострения БА (в 74,3% случаев), на втором месте находятся пищевые аллергены. Более чем у 50% пациентов имело место сочетанное воздействие триггеров. У 83% больных началу БА предшествовало развитие атопического дерматита. Аллергообследование выявило повышение уровня IgE общего, а также раннюю сенсibilизацию к пылевым аллергенам уже на 1 году жизни, наряду с пищевой сенсibilизацией к пшенице, белкам коровьего молока и куриного яйца. При проведении бронхофонографии регистрировались значимые амплитуды спектральной мощности в диапазоне свыше 5 кГц, средние значения акустической работы дыхания в этом диапазоне составили $6,63 \pm 2,7$ мкДж.

Закключение. Таким образом, при развитии повторных эпизодов бронхиальной обструкции у ребенка раннего возраста с отягощенной по аллергическим заболеваниям наследственностью и с сопутствующей аллергопатологией необходимо говорить о формировании БА.

259

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**Порецкова Г. Ю., Печкуров Д. В., Тяжева А. А.***Самарский государственный медицинский университет, Самара,
Российская Федерация*

Актуальность. Основой профилактики заболеваний детей школьного возраста являются комплексность, доступность, учёт индивидуальных особенностей, приоритет использования простых и доступных технологий, научно-методическая поддержка. Для эффективности профилактики следует внедрять целевые профилактические программы в образовательных организациях.

Цель исследования: разработка программы профилактики артериальной гипертензии (АГ) у школьников.

Пациенты и методы. Проведено обследование более 5000 учащихся г. Самары.

Результаты. Анализ выявил, что имеется рост числа детей с АГ с 5–6% среди младших школьников до 21,8% в 14 лет. Среди факторов риска АГ для младших школьников особое значение имели отягощённая наследственность (ОШ 1,87); пассивное курение (ОШ 1,64); высокая внешкольная нагрузка (ОШ 1,64); высокая тревожность (ОШ 1,57); нарушение школьной адаптации (ОШ 7,3); частое употребление «фаст-фуда» (1,55). Для подростков дополнительно имели значение избыточное употребление поваренной соли (ОШ 2,19); длительный просмотр телепередач (ОШ 2,14). Весомым фактором риска формирования АГ является ожирение (ОШ 4,78). Контроль уровня артериального давления позволил выявить детей с АГ среди младших школьников — в 4,6% случаев, в средней школе — в 7,8%, среди выпускников — в 9,3%. Была предложена целевая трехэтапная программа профилактики АГ у школьников: выявление факторов риска АГ и их устранение, скрининг уровня АД, разработка индивидуальных программ коррекции. В методическое обеспечение вошли лекции для педагогов, родителей, детей, пособие для врачей, инструменты скрининга: номограммы оценки уровня АД у детей. Профилактические мероприятия проводились в отношении 256 школьников, из них у 25 человек было высокое нормальное давление (9,8%), у 37 — АГ (14,5%). Мероприятия профилактической программы позволили сократить число детей с АГ с 37 до 22 человек (40%).

Заключение. Предложенная программа профилактики АГ является эффективной, не затратной и может быть реализована за счёт ресурсов школы и «Центров здоровья».

260

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ 2012–2016 гг.

Пошивалова О. Н., Колобов Д. В., Ионова А. М.

Норильский межрайонный родильный дом, Норильск, Российская Федерация

Актуальность. Изучение причин формирования, патогенеза развития и клинического течения внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) у новорожденных является актуальной проблемой неонатологии, поскольку они составляют одну из ведущих причин тяжелых инвалидизирующих неврологических нарушений и занимают лидирующую позицию среди причин летальности

Цель исследования: выявить перинатальные и неонатальные факторы риска недоношенных новорожденных с ВЖК и оценить отдаленные последствия у недоношенных с ВЖК и без ВЖК.

Пациенты и методы. Индивидуальные карты беременных, истории родов, истории развития новорожденных — 50 шт., выписки из историй болезни деткой и амбулаторные карты детской больницы — 46 шт. за период 2012–2016 гг.

Результаты. В группе новорожденных имеющих ВЖК преобладали острые факторы гипоксии. Отслойка плаценты в группе ВЖК 3–4 степени составила 35,3%, ВЖК 1–2 степени 28%, а в группе новорожденных без ВЖК 15%. В данном случае состояние гиповолемии, гипоксии на фоне отслойки плаценты, привели к компенсаторному повышению мозгового кровотока, нарушению проницаемости сосудов, что могло обусловить внутричерепное кровоизлияние. В группе новорожденных с ВЖК 3–4 степени очевидны такие факторы риска, как гиперкарбия более 60 мм рт. ст и колебания рСО₂, которые стали причиной гиперперфузии мозгового кровотока и реализации кровоизлияния. Каждый новорожденный имел более одного фактора риска ВЖК. В группе новорожденных с ВЖК 1–2 степени имеются дети с ДЦП — 42%, ЗППР — 28%, ПВЛ при ВЖК 1–2 степени — 14%.

Заключение. Учитывая высокий риск летального исхода и возможность инвалидизации у новорожденных, перенесших тяжёлые формы ВЖК, особое внимание должно уделяться профилактическим мероприятиям, направленным на устранение факторов риска, способствующих возникновению как тяжёлых, так и лёгких форм ВЖК.

261

**АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ТЯЖЕЛОЙ АСФИКСИИ
У НОВОРОЖДЕННЫХ 2014–2016 гг.****Пошивалова О. Н., Колобов Д. В., Горбель И. Ф., Космынин В. А.,
Зайчик И. Л.***Норильский межрайонный родильный дом, Норильск, Российская Федерация*

Актуальность. Асфиксия тяжелой степени встречается в 3–6 случаев на 1000 рожденных живыми. Тяжелая гипоксически-ишемическая энцефалопатия не чаще 1–2 на 1000 рожденных живыми. Как следствие — 50% больных имеют тяжелые органические поражения ЦНС. Ежегодно в мире 1000000 доношенных младенцев, рожденных в асфиксии, умирает. Еще миллион рожденных страдают в последующем различной степенью тяжести неврологических нарушениями: до 80% детей, выживших после тяжелой ГИЭП, имеют серьезные нарушения здоровья. 10–20% среднетяжелые нарушения здоровья и только до 10% остаются здоровыми.

Цель исследования: оценить воздействие асфиксии тяжелой степени на новорожденных детей.

Пациенты и методы. За 3 года в г. Норильска в состояние тяжелой асфиксии родилось 25 новорожденных (3,3 на 1000 рожденных новорожденных). Все новорожденные были разделены на две группы. К первой группе были отнесены дети, рожденные в тяжелой асфиксии, которые потребовали ИВЛ на весь период нахождения в ОРИТН родильного дома. Вторую группу составили новорожденные, которые родились так же в состояние тяжелой асфиксии, но были экстубированы и переведены на самостоятельное дыхание в ОРИТН.

Результаты. Новорожденные 1 группы в родах имели патологические изменения на КТГ в 100%. Новорожденные 2 группы в родах имели патологические изменения на КТГ в 73%.

Заключение. В целях своевременной диагностики гипоксии плода у рожениц группы высокого риска должен проводиться расширенный интранатальный мониторинг и комплексная оценка состояния плода. Расширенный интранатальный мониторинг включает: аускультация, наблюдение за окраской околоплодных вод, постоянная токография; определение лактата из кожи головки плода в случае неудовлетворительных показателей КТГ.

262

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРУПНОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕСТАЦИОННОЙ ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА МАТЕРЕЙ

Прилуцкая В. А., Шишко Ю. А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Актуальность. Материнские и младенческие факторы могут влиять на обмен билирубина и показатели красной крови новорожденных.

Цель исследования: выявить особенности гематологических показателей крупновесных новорожденных в зависимости от материнского веса до беременности и гестационных прибавок.

Пациенты и методы. Обследовано 58 доношенных крупновесных новорожденных (М42/Ж16). С учетом прегравидарного ИМТ матерей и соответствия адекватным прибавкам массы за беременность (ИОМ, 2009) дети разделены на 3 группы. Проанализированы антропометрические и гематологические параметры (гемоглобин, гематокрит, общий билирубин, глюкоза) при рождении, на 2–5 и 6–12 сут. Статистическая обработка данных выполнена с использованием STATISTICA 10.

Результаты. Первую группу составили дети от матерей, которые имели должествующую исходному ИМТ гестационную прибавку — масса тела 62,0 (54,0–68,0) кг, прегравидарный ИМТ 22,5 (19,5–23,7) кг/м², прибавка массы 14,0 (13,0–15,0) кг, в группу 2 вошли новорожденные от матерей, набравших больше должествующей гестационной прибавки — 74,5 (68,0–86,0) кг; 26,1 (23,7–30,4) кг/м², 17,1 (15,0–20,0) кг, соответственно, в третью группу — меньше адекватной прибавки: 64,0 (62,0–73,0) кг; 23,5 (23,3–24,6) кг/м², 10,0 (9,5–11,0) кг, соответственно. У младенцев групп наблюдения не выявлено достоверных различий уровней гематологических показателей (метод Краскела-Уолиса). Установлена отрицательная корреляция между массой тела при рождении и уровнем гликемии ($r_s = -0,48$, $p < 0,05$) и между показателями общего билирубина пуповинной крови и гемоглобина 2–5 суток жизни ($r_s = -0,65$, $p < 0,05$). Между гестационной прибавкой и уровнем гематокрита на 1 сут выявлена положительная взаимосвязь ($r_s = 0,58$, $p < 0,05$).

Заключение. Прегравидарная масса тела и гестационные прибавки матерей не влияли на проанализированные гематологические показатели крупновесных к сроку гестации новорожденных. Крупновесные младенцы, рожденные женщинами с неадекватными гестационными прибавками массы тела, имели риск развития гипогликемии и полицитемии в первые сутки жизни.

263

ГЕСТАЦИОННЫЕ ПРИБАВКИ МАТЕРЕЙ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИХ МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Прилуцкая В. А., Пискун Т. А., Шишко Ю. А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Актуальность. Данные исследований последних лет выявили, что адекватно увеличивают массу тела около половины беременных.

Цель исследования: оценить роль прегравидарного веса и гестационных прибавок массы матерей на антропометрические и гематологические показатели маловесных новорожденных детей.

Пациенты и методы. Обследовано 77 доношенных маленьких и маловесных детей (М31/Ж46). С учетом прегравидарного ИМТ матерей и соответствия адекватным прибавкам массы за беременность (ИОМ, 2009) дети разделены на 3 группы. Группу 1 составило 35 детей от матерей, имевших должную исходному ИМТ гестационную прибавку (масса тела 60,0 (53,0–68,0) кг, прегравидарный ИМТ 22,0 (19,5–24,3) кг/м², прибавка 13,0 (12,0–15,0) кг), в группу 2 вошло 9 новорожденных от матерей, набравших больше должной прибавки — 62,0 (57,0–86,0) кг; 24,2 (21,9–29,1) кг/м², 20,0 (15,0–20,0) кг, в группу 3 — 33 ребенка, имевших меньше адекватной прибавки: 56,0 (47,0–65,0) кг; 20,6 (18,1–23,1) кг/м², 10,0 (8,0–11,0) кг. Проведен анализ антропометрических (прямых и производных) и гематологических параметров детей (гемоглобин, гематокрит, общий билирубин, глюкоза) при рождении, на 2–5 сутки. Статистический анализ выполнен Statistica 10.0.

Результаты. Установлено влияние прегравидарного веса и гестационных прибавок массы женщин на антропометрические и гематологические показатели их детей. В группе 2 гематокрит при рождении составил 64,2 (61,9–68,4), в группе 3 — 59,1 (56,4–61,7) ($U = 7,5$; $p = 0,04$). У детей группы 1 выявлена положительная достоверная ($p < 0,05$) корреляция между билирубином пуповинной крови и показателями гемоглобина и гематокрита на 2–5 сут ($r_s = 0,49$ и $r_s = 0,53$). В группе 3 установлена отрицательная взаимосвязь между ИМТ детей, коэффициентом гармоничности и общим билирубином сыворотки при рождении ($r_s = -0,41$ и $r_s = -0,39$, $p < 0,05$).

Заключение. Для профилактики рождения доношенных детей с низкой массой тела, формирования гематологических отклонений имеют значение информирование женщин о величине рекомендуемых индивидуальных гестационных прибавок веса и регулярное наблюдение беременных с контролем антропометрических параметров.

264

УЧЕТ ПРОФИЛЯ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ПРОГРАММ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ

Пришвин В. И., Аблицов А. И., Шумова А. Л., Прокопьева Г. С.

Рязанский медицинский колледж, Рязань, Российская Федерация

Актуальность. В подростковом возрасте человек учится контролировать свои поступки и принимать решения, учитывая их последствия для себя и для окружающих. Поэтому программу санитарного просвещения следует разрабатывать с учетом убеждений, ценностей, поведенческих норм, существующих в молодежном коллективе. Учет особенностей профиля ответственности подростков позволит эффективно планировать просветительские программы с опорой на диагностированные особенности.

Цель исследования: выявить особенности профиля ответственности подростков для выбора эффективных форм и методов санитарного просвещения, которые будут способствовать формированию личной ответственности за выбор модели поведения.

Пациенты и методы. В работе был использован Опросник многомерно-функционального анализа ответственности» (В.П. Прядин), на основе которого был проведен анализ профиля ответственности 49, девушек подростков в возрасте от 16 до 18 лет.

Результаты. Исследование позволило выделить наиболее высокие значения по таким шкалам, как «эмоциональная стеничность» $26,5 \pm 0,5$, что свидетельствует о выборе положительных эмоций при выполнении ответственных дел, «когнитивная осмысленность» $25,3 \pm 0,5$, говорит о принятии на себя ответственности в ситуациях, когда полностью осознаются причинно-следственные связи и имеется целостное представление о проблеме. Наиболее низкие показатели были по таким шкалам, как «мотивация эгоцентрическая» $18,8 \pm 0,7$ и «когнитивная осведомленность» $17,4 \pm 0,7$. Данные результаты свидетельствуют об избегании ответственности и рисков в ситуациях неопределенности.

Закключение. Локус личной ответственности подростка определяет, насколько предоставляемая информация будет актуальна для него в настоящее время и востребована в дальнейшем. Для исследуемой группы девушек эффективность просвещения будет оптимальной при обеспечении эмоционально положительной мотивации, позитивной поддержки личного вклада и обеспечении целостного представления о влиянии факторов риска.

265

**СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ
У УСЛОВНО-ЗДОРОВЫХ МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ
ПРЕДПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ДОНЕЦКОГО РЕГИОНА****Прохоров Е. В., Пшеничная Е. В.***Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, Донецк*

Актуальность. У современных подростков 15–17 лет отмечается серьезный рост заболеваемости практически по всем классам болезней; при этом, по темпам роста на втором месте оказались болезни системы кровообращения (+80%).

Цель исследования: определение частоты и характера субклинических форм сердечно-сосудистой патологии у мальчиков-подростков Донецкого региона.

Пациенты и методы. В исследовании приняло участие 547 мальчиков-подростков в возрасте 15–16 лет, обратившиеся в клинику для решения вопроса о возможности занятий в спортивных секциях, обучения в учебном заведении с высоким уровнем физической нагрузки (военный лицей). Комплексное обследование детей включало сбор и анализ жалоб, анамнестических данных, клинический осмотр, проведение общеклинических, лабораторных (определение липидного, гликемического профиля) и инструментальных исследований (стандартная ЭКГ, доплер-ЭхоКГ, 24-часовое холтеровское мониторирование ЭКГ, стресс-тесты (тредмил-тест). По показаниям — ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга, цветное дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий на экстракраниальном уровне).

Результаты. По полученным итогам все мальчики-подростки были разделены на 4 группы: I группа (53 чел.) с высоким нормальным артериальным давлением, II группа (45 чел.) с метаболическим синдромом, III группа (51 чел.) с нарушениями ритма сердца, IV группа (43 чел.) с патологическими формами геометрии миокарда, ХСН 1.

Закключение. Результаты проведенного исследования определяют целесообразность своевременного использования направленной дифференцированной коррекции выявленных нарушений, что положительно скажется на состоянии здоровья мальчиков-подростков.

266

РОЛЬ УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ НЕЙРОМЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Прусакова Т. Н., Вилкова М. Ф.

*Детская республиканская клиническая больница, Йошкар-Ола,
Российская Федерация*

Актуальность. Наследственные заболевания, связанные с поражением мышечной ткани, составляют 14% от всей выявленной врожденной и наследственной патологии среди детей по Республике Марий Эл. Отсутствие возможности широкого использования ДНК-диагностики затрудняет раннюю верификацию диагноза.

Цель исследования: изучить возможности УЗИ диагностики при исследовании мышц задней поверхности голени и внутренней поверхности бедра при прогрессирующих нервно-мышечных заболеваниях (ПНМЗ) и соединительно-тканых дисплазиях (СТД) у детей.

Пациенты и методы. Было обследовано 57 детей (45 мальчиков и 12 девочек), в возрасте от 1 до 16 лет. Все пациенты имели различные клинические проявления миопатического синдрома. Различные формы ПНМЗ выявлены у 49 человек, из них: спинальные мышечные атрофии (СМА) — у 6 человек, прогрессирующие мышечные дистрофии (ПМД) — у 13, врожденные миопатии и митохондриальные миопатии — у 2 детей, мотосенсорные нейропатии (МСН) — у 15, наследственные спастические параличи (болезнь Штрюмпеля) — у 13 детей и СТД — у 8. Группу сравнения составило 10 человек с натально обусловленным миотоническим синдромом.

Результаты. Миодистрофические изменения в виде отсутствия или нечеткой дифференцировки мышечных волокон определялись у всех больных с ПНМЗ — в 78%; из них при ПМД — в 100%. При врожденных и митохондриальных миопатиях — 100%, при СМА — 100%, при МСН — у 70% больных, при спастических параличах — у 30%.

При врожденных СТД выявленные изменения составили 25%, что коррелирует с генезом данной патологии, характерной для этой группы заболеваний митохондриальной недостаточности и наличием гистологического феномена в мышцах в виде «рваных красных волокон» (RRF). В контрольной группе при УЗИ исследовании мышц нижних конечностей патологии не выявлено.

Заключение. Данный метод можно использовать как экспресс диагностику у больных с мышечной гипотонией — синдромом «вялого ребенка».

УЗИ мышц является неинвазивным методом оценки структуры и степени выраженности дистрофических изменений мышц.

СОСТОЯНИЕ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ШКОЛЬНИКОВ**Пузанкова Н. В., Кузнецова Т. А.***Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева, Орел,
Российская Федерация*

Актуальность. Образовательную деятельность в Российской Федерации осуществляют как государственные, так и негосударственные общеобразовательные учреждения, в которых школьники, помимо общего, получают дополнительное образование (вокал, изобразительное искусство и др.). Влияет ли статус школы на состояния здоровья школьников? Объективно судить о состоянии здоровья позволяют массо-ростовые показатели.

Цель исследования: оценить ИМТ школьников в возрасте от 7 до 17 лет, обучающихся в государственных и негосударственных школах, как показателя, отражающего интегральное воздействие факторов обучения.

Пациенты и методы. В рамках выездной сессии Центра здоровья для детей при Научно-клиническом многопрофильном центре им. З. И. Круглой проведена антропометрия 247 детей (104 — мальчика, 143 — девочки) государственной и 163 детей (76 — мальчиков, 87 — девочек) негосударственной школы. По программе WHO AnthroPlus, 2009 г. рассчитывался показатель Z-score — индекс массы тела к возрасту. Числовой диапазон $-1 \leq z \leq +1$ оценивался как норма; $+1 \leq z \leq$ более, соответствовал высоким значениям ИМТ; $-1 \leq z \leq$ и менее соответствовал низким значениям ИМТ.

Результаты. В государственной школе удельный вес детей с нормальным ИМТ составил 64% (158 детей), р1; с высокими значениями ИМТ 29,5% (73 ребенка), р2; с низкими значениями ИМТ 6,5% (16 детей), р3. В негосударственной школе удельный вес детей с нормальным ИМТ составил 46% (75 детей), р4; с высокими значениями ИМТ 46% (75 детей), р5; с низкими значениями ИМТ 8% (13 детей), р6. То есть, в государственной школе достоверно больше детей с нормальными значениями ИМТ ($p_{1,4} = 0.037$), а в негосударственной — достоверно больше детей с высокими значениями ИМТ ($p_{2,5} = 0.041$). Разница между группами детей с низкими значениями ИМТ статистически незначима ($p_{3,6} = 0,678$).

Закключение. Таким образом, в негосударственной школе дополнительные учебные и вне учебные нагрузки, приводящие к гиподинамии, могут расцениваться как факторы, приводящие к повышению ИМТ.

268

СИНДРОМ ТРЯСКИ МЛАДЕНЦА КАК СЛЕДСТВИЕ ДЕПРЕССИИ У МОЛОДЫХ ОТЦОВ

Пушкарев К. А., Каусова Г. К.

Healthcity clinic

Актуальность. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, в течение первого года жизни после рождения ребёнка, жертвами послеродовой депрессии становятся 20% матерей и 14% отцов. В проведенной научной работе достоверно установлена связь между послеродовой депрессией мамы, и появлением депрессии у папы, а так же дальнейшие последствия для новорожденного.

Цель исследования: выяснить влияние послеродовой депрессии обоих супругов и развития у ребенка синдрома встряски младенца вследствие агрессивных действий в отношении него родителей.

Пациенты и методы. Был проведен психологический опрос во время приема у врача невропатолога и психолога семейных пар, у младенцев которых был выявлен синдром тряски младенца, который проявлялся: кровоизлиянием в головной мозг, кровоизлиянием в сетчатку, цианозом носогубного треугольника, ушибами в разных областях тела ребенка.

Результаты. Было проанализировано 104 случая. Отцов испытывающих депрессивное состояние было 69,2% (72), что в 2,2 раза больше чем матерей 30,7% (32). По продолжительности у 70,8% отцов (51) на момент развития синдрома встряски ребенка депрессия продолжалась в течение 3–4 месяцев, а у 29,2% (21) в течение 4–6 месяцев. В 76,4% (55) случаев мужчины отмечали развитие депрессии вследствие неготовности к переменам в жизни после рождения ребенка, разницу между ожиданием и реальностью отметили 56% (40), повышенные требования супруги в 51,4% (37), усталость в 47,2% (34), недостаток женского внимания у 44,4% (32). Тревножно-депрессивный тип расстройства встречался у 41,7% отцов (30), истерико-депрессивный у 22,2% (16), астено-депрессивный 19,4% (14), меланхолический у 16,7% (12).

Заключение. Таким образом, депрессия у молодых отцов в Республики Казахстан, на примере г. Алматы, в настоящее время не является редкостью и требует тщательного дальнейшего изучения и понимания данной проблемы. Безусловно, всем родителям проводилась рациональная психотерапия и психологическая коррекция с психологом.

269

СИМПТОМАТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ**Пырцу Л. Я., Палий И. И., Ешану В. Г., Гаврилюк Н. В., Марталог П. Н.,
Родоман Ю. С.***Государственный медицинский и фармацевтический университет
имени Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова
Департамент педиатрии, Кишинев, Молдова
Центр матери и ребенка, Кишинев, Молдова*

Актуальность. У детей повышение параметров АД проявляется задолго до первых клинических симптомов, характерных артериальной гипертензии; пациенты долгое время остаются бессимптомными, особенно с лёгкой или средней степенями тяжести АГ.

Цель исследования: изучение симптоматики артериальной гипертензии у детей.

Пациенты и методы. Изучение симптоматики артериальной гипертензии у детей было основано на исследовании 80 пациентов с данной патологией.

Результаты. Из всех пациентов с АГ 60 (75%) детей представляли ряд жалоб, в остальных случаях пациенты были асимптоматичны 20 (25%), имея в анамнезе только повышенные значения АД. Было установлено, что 56 (70%) детей жаловались на головные боли; на фосфены и акуфены 28 (35%) пациентов; эпистаксис при повышенном АД отметили 13 (16,3%) исследуемых; на приливы жара пожаловались 21 (26,3%) детей; головокружение было отмечено у 26 (32,5%) пациентов; тошнота у 17 (21,3%) исследуемых; одышка у 3 (3,8%) пациентов; усиленное сердцебиение проявилось у 18 (22,5%) детей; прекардиальные боли отметили 40 (50%) пациентов. Повышенная возбудимость была отмечена у 39 (48,7%) детей из всей исследуемой группы. Нарушения сна были обнаружены у 34 (42,5%) пациентов; 46 (57,5%) пожаловались на снижение интеллектуальных функций (ухудшение памяти, концентрации). Усталость была отмечена 56 (70%) пациентами из исследуемой группы. Таким образом, большинство пациентов ($n = 60$; 75%) представляли разнообразные жалобы, из которых симптоматичными для гипертензии были только у 45 (56,2%) детей. Из всех исследованных пациентов 30 (37,5%) детей отметили, что повышение АД было связано с психоэмоциональным стрессом, 6 (7,5%) с физическим нагрузками, а 44 (55%) не смогли отметить возможную причину повышения АД.

Заключение. Исследование симптоматики артериальной гипертензии у детей выявило, что в 25% случаях заболевание проходит бессимптомно, а в остальных случаях пациенты представляют жалобы общего характера: головные боли, акуфены и фосфены, головокружения, тошноту, кардиалгии, эпистаксис, приливы тепла.

270

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ НЕФРОБЛАСТОМЕ У ДЕТЕЙ

**Раздолькина Т. И., Верещагина В. С., Зауралов Е. О., Сидорова И. А.,
Жданов О. В.**

*Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева, Саранск,
Российская Федерация*

Актуальность. Развитию хронической почечной недостаточности при опухоли Вильмса могут способствовать удаление функционирующей почечной паренхимы, а также химиотерапия и послеоперационное облучение.

Цель исследования: оценить функциональное состояние почек у детей с нефробластомой.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей ($n = 21$), находившихся на стационарном лечении в Детской республиканской клинической больнице по поводу нефробластомы в возрасте от 10 месяцев до 9 лет. Мальчиков было 12, девочек — 9. В 47,6% случаев была диагностирована II, 28,6% — III, 19% — IV и 4,8% — V стадия патологического процесса.

Результаты. Уменьшение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Шварца и относительной плотности мочи в пробе Зимницкого менее 1020 при диурезе не более 1 л у детей старше 3 лет и меньше возрастных показателей у детей до 3 лет отмечалось более чем у половины (64,7%) пациентов. Причем несколько преобладали больные с сочетанным снижением СКФ и осмотического концентрирования (63,6%). При локальных вариантах опухоли нарушение функций почек отмечалось несколько реже (60%) по сравнению с распространенными формами нефробластомы (71,4%). При плановом обследовании детей ($n = 12$) через год после комплексного лечения снижение показателей СКФ выявлено в 25% случаев до 53,9–75,3 мл/мин. Причем во всех 3 случаях величина СКФ была ниже нормальных показателей при диагностировании опухоли. Относительная плотность мочи была снижена также у четверти (25%) больных. При этом в 2 случаях из 3 уменьшение удельного веса мочи было выявлено в дебюте патологического процесса.

Закключение. Таким образом, снижение СКФ и осмотического концентрирования при диагностировании опухоли Вильмса отмечалось более чем в половине случаев, с незначительным преобладанием больных с сочетанным уменьшением СКФ и осмотического концентрирования по сравнению с пациентами, имеющими только низкие показатели относительной плотности мочи или скорости клубочковой фильтрации.

271

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ДОМОВ РЕБЕНКА ПО МЕРЕ АДАПТАЦИИ К НОВЫМ УСЛОВИЯМ ЖИЗНИ**Райский Д. В., Джумагазиев А. А., Безрукова Д. А., Богданьянц М. В., Джальмухамедова Э. И.***Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Российская Федерация*

Актуальность. При оценке здоровья детей в домах ребенка (ДР) в адаптационном периоде отмечается снижение резистентности, характеризующееся частыми заболеваниями.

Цель исследования: оценить уровень некоторых показателей иммунитета в адаптационном периоде у детей ДР.

Пациенты и методы. Проведено проспективное иммунологическое обследование 130 детей из ДР. Из них 122 человека в возрасте от 1 года до 2 лет и 102 ребенка — от 2 до 4 лет. Контрольная группа — 50 условно здоровых детей от 0 до 4 лет, проживающих в семьях. Изучали популяционный состав лимфоцитов, активность фагоцитоза (фагоцитарный индекс, фагоцитарное число, количество активных фагоцитов), уровни IgG, IgA, IgM, ЦИК.

Результаты. Выявлена гиперактивация относительного и абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов в первые 2 года пребывания в ДР с постепенным восстановлением к 2–4 годам. Функциональная дефицитность фагоцитоза, (сниженное количество активных фагоцитов и доли нейтрофилов, участвующих в фагоцитозе), отчасти компенсируемая увеличением фагоцитарного числа в первые 2 года, нормализуется к 2–4 годам, приближаясь по своим значениям к контрольным показателям. При этом лишь по завершении 3 летней адаптации фагоцитарная емкость крови оказывается максимально приближенной к референсным значениям в контроле. Динамика ЦИК в течение 4 лет существенно не изменяется.

Заключение. На первом году пребывания в коллективе детям в домах ребенка свойственна гиперактивация адаптивных звеньев системного иммунитета с последующим восстановлением после 2 лет. Нормализация кривых распределения Т-, В-лимфоцитов и показателей макрофагальной защиты по истечении двух лет проживания в ДР является свидетельством стабилизации адаптивного иммунитета у детей.

272

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ В ПРОЦЕССЕ 11-ЛЕТНЕГО ЛОНГИТУДИНАЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Рапопорт И. К.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Изучение морфофункционального состояния организма современных школьников в динамике школьного онтогенеза необходимо для совершенствования оказания медицинской помощи, разработки нормативов физической подготовленности и размеров товаров детского ассортимента.

Цель исследования: изучение распространенности дефицита и избытка массы тела, ожирения среди московских школьников в процессе лонгитудинального наблюдения с 1 по 11 классы.

Пациенты и методы. Под медицинским наблюдением находились 426 московских школьников с 2005 по 2015 гг. Физическое развитие (ФР) оценивалось по нормативам, разработанным методом регрессионного анализа, учитывающим изменения массы тела в соответствии с изменением длины.

Результаты. Изменения частоты встречаемости у школьников отклонений ФР от нормы (дефицит массы тела (ДМТ), избыток массы тела (ИМТ) и ожирение) в динамике обучения в школе не носит линейный характер. Наблюдаются 3 периода: 1-й в 1–2 классах — распространенность невысокая (166‰ и 172‰); 2-й период 3–10 классы — высокая распространенность с колебаниями в пределах 234‰–325‰. Различия между средними показателями 1-го и 2-го периодов достоверны ($p < 0,01$). В 11 классе частота отклонений снижается до 216‰. Аналогичные тенденции наблюдаются при рассмотрении показателей в зависимости от пола. К окончанию школы остается группа лиц с дисгармоничным физическим развитием: 6,6% юношей и 17,1% девушек с ДМТ; 11,5% юношей с ИМТ; 4,2% юношей и 3,7% девушек с ожирением. При ДМТ в большинстве случаев ($p < 0,05$) течение патологических процессов носит благоприятный характер — масса тела постепенно увеличивается, при ИМТ и ожирении — неблагоприятный характер, т. к. масса тела возрастает, развиваются явления метаболического синдрома.

Заключение. Все дети с избыточной массой нуждаются в ежегодной консультации эндокринолога.

273

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, РОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫМИ**Рафикова Ю. С., Лошкова Е. В., Подпорина М. А., Саприна Т. В., Михалев Е. В.***Сибирский государственный медицинский университет, Томск,
Российская Федерация*

Актуальность. Сегодня в мире активно изучаются краткосрочные и отдаленные последствия недоношенности с целью разработки профилактических мероприятий, лечения и реабилитации детей, рожденных раньше срока.

Цель исследования: изучение особенностей физического развития (ФР) и пищевого поведения (ПП) детей и подростков, родившихся недоношенными и их взаимосвязи.

Пациенты и методы. 76 человек (дети были обследованы в эндокринологическом отделении ОГАУЗ «Детская больница № 1» г. Томска). Основная группа 42 ребенка (11,86 лет (9–15)), рожденных недоношенными, группа контроля 34 доношенных здоровых сверстников (13,41 лет (11–16)). Средний срок гестации в первой группе составил 32,95 недели (27–36), в контрольной 39,65 недель (37–41). Оценка физического развития проводилась с помощью программы WHO AnthroPlus (версия 3.2.2, январь 2011 г.). Типы ПП исследовались с использованием модифицированного валидизированного опросника DEBQ.

Результаты. Z-score роста основной группы 0,18 (-1,32-2,18), в контроле 1 (-0,92-2,8), ($p = 0,007$). Z-score ИМТ мальчиков: 0,17 (-2,54-2,98) основной группы и 0,58 (-2,4-1,69) в контроле, ($p = 0,036$). Мальчики с абдоминальным типом жировоголожения встречались только в основной группе (6 (25%) из 24) ($p = 0,019$). Z-score веса девочек: -0,004 (-2,03-1,95) в основной группе и 0,02 (-1,49-1,21) в группе контроля, ($p = 0,005$). ОТ/ОБ в первой группе была 0,8 (0,7–0,9), во второй 0,74 (0,7–0,86), ($p = 0,001$). Пять (27%) девочек основной группы имели абдоминальный тип жировоголожения по сравнению с одной (6,7%) в группе контроля. Ограничительный (1,8 балла (1–3) против 1,3 баллов (1–2,3) контроля, ($p = 0,002$)) и эмоциогенный (2,3 балла (1–5) против 1,5 баллов (1–2,4) в контроле, ($p = 0,008$)) типы ПП характерны для мальчиков основной группы. Z-score веса, роста, ИМТ недоношенных девочек имеют корреляцию с эмоциогенным типом ПП, ($r = 0,768$, $p = 0,004$), ($r = 0,746$, $p = 0,005$), ($r = 0,610$, $p = 0,035$), соответственно.

Заключение. Дети, рожденные недоношенными, имеют низкий рост и высокий ИМТ и патологические типы ПП (эмоциогенный, ограничительный).

274

ПРОФИЛАКТИКА ВИТАМИНОМ D — РЕЗЕРВ СНИЖЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Решетник Л. А., Гармаева С. Б.

*Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск,
Российская Федерация*

Актуальность. Рахит является значимым фактором риска младенческой смертности (МС). Иркутская область находится в зоне ультрафиолетовой недостаточности и дефицита витамина D (ВД) больше половины года.

Цель исследования: установить связь между статусом ВД у детей, уровнем потребления препаратов ВД и показателями МС за 2012–2016 гг.

Пациенты и методы. Статус ВД, уровень потребления населением препаратов ВД оценивались из базы данных кафедры детских болезней ИГМУ и включали 728 анализов ВД, определенных методом радиокурентного связывания и годовые количества продаваемых препаратов ВД в единицах. Показатели МС по Иркутской области взяты из открытых публикаций.

Результаты. Статус ВД у детского населения области низкий, 68% детей имеют недостаточность и дефицит. Линейная корреляция между показателями МС и статусом ВД составила $r = -0,63$, но достоверности не получено $p = 0,24$. Потребление ВД населением области за последние 5 лет увеличилось на 70%. Линейная корреляция МС и уровня потребления препаратов ВД по годам составила $r = -0,94$ ($p = 0,01$). Наиболее высокие корреляции получены при расчете постнеонатальной смертности и уровня потребления препаратов ВД- $r = -0,97$, $p = 0,004$.

Заключение. МС, а особенно постнеонатальная ее составляющая, являются управляемыми факторами и зависят, в том числе от профилактики рахита и недостаточности ВД у детей первого года жизни.

275

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОМ ПУТЕМ ОПТИМИЗАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**Рещиков В. А., Бондаренко Г. Г.***Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки, Луганск*

Актуальность. Педиатрами, детскими неврологами, детскими психиатрами и другими специалистами замечено более частое развитие вегетативных изменений у детей на фоне посттравматических стрессов.

Цель исследования: научно обосновать эффективность и внедрить комплекс реабилитационных мероприятий, оптимизирующих двигательную нагрузку и способствующих нивелированию дисфункциональных и пограничных состояний на фоне посттравматического стресса.

Пациенты и методы. Обследовано 105 детей дошкольного возраста, проживающих в зоне проведения боевых действий.

Результаты. Проведено усовершенствование двигательной нагрузки дошкольников в детских садах, испытавших военный посттравматический стресс. В содержание ежедневной утренней гимнастики, помимо общеразвивающих упражнений, были включены дыхательные и беговые упражнения. Перед дневным сном проводились упражнения для расслабления мышц лица и рук, дыхательная гимнастика и глазодвигательные упражнения. В комплекс реабилитационных мероприятий входило закаливание стоп и кистей рук, а также точечный массаж, проводимые после дневного сна.

Разработанный комплекс способствовал повышению резистентности организма детей к внешним воздействиям. В течение года происходил рост показателей физического развития, увеличение мышечной массы и уменьшение чрезмерных жировых отложений. У 28 детей (26,7%) с избытком массы тела показатели физического развития приблизились к возрастной норме за счет уменьшения массы тела и объема грудной клетки. Достоверно увеличился удельный вес детей с I группой здоровья. Наблюдалась тенденция к уменьшению вегетативных нарушений уже через месяц занятий.

Закключение. Внедрение разработанного комплекса физических упражнений способствовало повышению стрессоустойчивости, оптимизации показателей гомеостаза.

276

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ИНГИБИТОРОВ АЛЬДОСТЕРОНА В МИОДИСТРОФИИ ДЮШЕНА

Родоман Ю. С., Палий И. И., Сакарэ В. К.

*Государственный медицинский и фармацевтический университет
имени Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова
Департамент педиатрии, Кишинев, Молдова
Центр матери и ребенка, Кишинев, Молдова*

Актуальность. Несмотря на прорыв последних 20 лет в сфере поддержки пациентов с МД и увеличения средней продолжительности жизни, сердечные осложнения остаются серьезной проблемой, влияющей на выживаемость и, следовательно, требующими оптимального терапевтического подхода.

Цель исследования: оценить возможность использования ингибиторов альдостерона в кардиотерапии миодистрофии Дюшена.

Пациенты и методы. Обзор профессиональной актуальной литературы.

Результаты. Предварительные результаты исследования спиронолактона при МДД, представленные на сессии АКК 2017 года, свидетельствуют о том, что препарат эффективен в этой группе пациентов и может улучшить функцию левого желудочка. В литературе упоминается, что самым ранним проявлением сердечной патологии при МДД является фиброз, который в конечном итоге приводит к значительному снижению систолической функции, а также взаимосвязь с уровнем альдостерона. В исследовании опубликованном в *Lancet Neurology* в 2015 г. было показано, что использование антагониста альдостерона, эплеренона, ослабляет прогрессирующее снижение систолической функции левого желудочка в течение 12 месяцев. В исследовании влияния спиронолактона участвовало 99 мальчиков (средний возраст 14 лет) с имеющимися признаками фиброза на МРТ сердца. Промежуточные результаты говорят о повышении фракции выброса в среднем на 2%. Таким образом, предварительные результаты свидетельствуют о том, что спиронолактон может предотвратить ремоделирование левого желудочка. Однако больше информации ожидается в 2018 г. после получения сравнительных данных МРТ сердца относительно прогрессии фиброза. Исследователи планируют увеличить количество пациентов и длительность исследования. Врачи отметили, что в идеальных условиях было бы лучше провести плацебо-контролируемое исследование, но это не всегда возможно в таких заболеваниях, таких как МДД.

Заключение. Предварительные данные свидетельствуют о том, что спиронолактон эффективен в данной группе пациентов и способен предотвратить ремоделирование левого желудочка.

277

СИЛДЕНАФИЛ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**Рудаева Е. М., Ткачев И. В., Ахмедова С. У., Шелатонova Е. А., Попова И. В., Джералгапова А. Ш.***Областная детская клиническая больница имени Н. Н. Силищевой, Астрахань, Российская Федерация*

Актуальность. Силденафил — селективный ингибитор цГМФ-специфической фосфодиэстеразы, вазодилатирующее средство. У пациентов с легочной гипертензией снижает давление в легочной артерии. Повышение давления в малом круге кровообращения у детей представляет собой частое явление и наблюдается при многих заболеваниях сердечно-сосудистой системы и легких. Известны две формы данного состояния: первичная, диагностируемая у новорожденных с отсутствием выраженных проявлений и рентгенологической картины болезней легких; и вторичная, развивающаяся как результат тяжелых заболеваний паренхимы легких. Из последних можно выделить респираторный дистресс-синдром, инфекционное заболевание легких, синдром аспирации меконием.

Цель исследования: оценить влияние силденафила на систолическое давление в легочной артерии.

Пациенты и методы. Обследовано 9 детей в возрасте до 3 мес жизни. Критерием назначения силденафила было увеличение среднего давления в стволе легочной артерии выше 50–70% от системного давления. Назначался силденафил в дозе 1 мг/кг/сут 4 раза в сутки. Показатели среднего давления в легочной артерии определяли исходно и каждые 7–14 дней. Во время лечения контролировались показатели ЭКГ, ЭХО-КГ, рентгенографии легких, анализы крови, КЩС.

Результаты. Во всех случаях отмечалось значительное клиническое улучшение. У детей уменьшалась дыхательная недостаточность, улучшался аппетит, дети прибавляли в весе. По данным ЭКГ, снижалась перегрузка правого предсердия, правого желудочка, купировались ишемические изменения миокарда. При проведении ЭХО-КГ у детей было выявлено повышение давления в стволе легочной артерии (рЛА 39,67±2,9 мм рт. ст.), а через 2 недели у 72% детей, получавших силденафил, отмечалось достоверное снижение давления в легочной артерии (рЛА 28,6±1,9 мм рт. ст.).

Заключение. Назначение силденафила имело значительный положительный эффект при легочной гипертензии у новорожденных.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ

Рупп Р. А., Сантимов А. В., Алексеев И. Г., Кручина М. К., Игнатьева Н. А., Павлова Н., Калашникова О. В., Корнишина Т. Л., Дубко М. Ф., Костик М. М.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Болезнь Kawasaki (БК) — это остро протекающий системный васкулит неизвестной этиологии, поражающий чаще всего детей в возрасте до 5 лет, и поражающий коронарные артерии. В России заболевание до настоящего времени недостаточно известно широкому кругу врачей.

Цель исследования: проанализировать опыт диагностики и лечения болезни Kawasaki для улучшения ранней диагностики и оптимизации терапии.

Пациенты и методы. В исследование были включены дети, находившиеся на стационарном лечении с диагнозом болезнь Kawasaki, всего 50 пациентов (29 мальчиков, 21 девочка), средний возраст которых составил 2 года (3 месяца; 6 лет).

Результаты. В ранние сроки (до 10 дня болезни), терапию внутривенным иммуноглобулином получили 24 человек (48%), из них 1 получил внутривенный иммуноглобулин (ВВИГ) ранее 5 дня болезни (на 3 день) и не ответил на лечение, было проведено второе введение внутривенного иммуноглобулина на 15 день болезни. Позже 10 дня (сразу после постановки диагноза) внутривенный иммуноглобулин получили 19 детей (38%). Не ответили на первое введение ВВИГ 7 пациентов (14%), из них повторно получили ВВИГ 2 ребенка (4%), а 3 детям (6%) было проведено лечение кортикостероидами; еще 2 мальчика (4%) дважды получили ВВИГ, получили пульс-терапию кортикостероидами без ответа, в итоге было решено провести терапию инфликсимабом. Терапию внутривенным иммуноглобулином не получали 7 детей (14%). Что было связано с отсутствием клинических проявлений и воспалительной активности на момент постановки диагноза или с недоступностью иммуноглобулина. Всего поражение коронарных артерий по данным УЗИ было выявлено у 21 ребенка (42%).

Заключение. Болезнь Kawasaki должна включаться в круг дифференциальной диагностики у детей первых лет жизни с длительной лихорадкой. Цель ранней диагностики и лечения — профилактика коронарных осложнений. Необходимо повышение осведомленности клиницистов и врачей ультразвуковой диагностики о болезни Kawasaki. Необходима дальнейшая оптимизация терапии пациентов, резистентных к классической терапии внутривенным иммуноглобулином.

279

**ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ
ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ И ИХ
АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ У ДЕТЕЙ****Русс А. Н., Муганцева И. Л., Елькина Н. Н.***Норильская межрайонная детская больница, Норильск, Российская Федерация*

Актуальность. Инфекции мочевой системы (далее ИМС) у детей остаются актуальной темой для врачей, в связи с высокой распространенностью и частым рецидивированием. Среди всех заболеваний мочевой системы доминируют именно микробно-воспалительные поражения. Условием успешного лечения ИМС является рационально выбранный антимикробный препарат (далее АМП). Необходимо учитывать возможность изменения резистентности уропатогенов в процессе терапии, что потребует замены АМП для эффективного лечения.

Цель исследования: изучить этиологическую структуру и резистентность возбудителей инфекций мочевой системы у детей к используемым для лечения ИМС антимикробным препаратам.

Пациенты и методы. Ретроспективный анализ этиологической структуры и антибиотикорезистентности возбудителей ИМС в микробиологическом отделе ОКЛД «Норильской МДБ» за 2015–2017 гг.

Клиническим материалом для исследования являлась средняя порция свободно выпущенной мочи, полученная после туалета половых органов. Исследование проводилось количественным методом.

Результаты. Основными возбудителями внебольничных ИМС у детей являются представители семейства *Enterobacteriaceae*, главным образом *E. coli*. Исходя из полученных данных наиболее *in vitro* резистентными явились цефалоспорины I–II поколения, налидиксовая кислота, фурагин и амоксиклав. Наибольшей *in vitro* активностью в отношении возбудителей ИМС обладали цефепим, цефтазидим, цефотаксим, амикацин и меропенем. Для эффективной терапии необходимо учитывать фармакодинамические характеристики препаратов, а именно их концентрацию в очаге инфекции и тканевую концентрацию, тяжесть основного и сопутствующих

Заключение. Мониторинг на локальном уровне за антибиотикорезистентностью основных возбудителей внебольничных ИМС у детей позволит повысить эффективность антибактериальной терапии, сократить применение неактивных антибиотиков и снизить риск распространенности антибиотикорезистентности.

280

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА, ЗАЧАТЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Рустянова Д. Р., Жирнов В. А.

*Самарский государственный медицинский университет, Самара,
Российская Федерация*

Актуальность. В России стремительно растет удельный вес детей, рожденных после применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), вместе с тем увеличивается количество дискуссий относительно здоровья детей «из пробирки».

Цель исследования: исследование состояния здоровья детей младшего возраста, рождённых благодаря ВРТ.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ на базах Межрайонного перинатального центра г. Тольятти и Тольяттинской городской поликлиники № 2. Под наблюдением находилось 106 детей в возрасте от 1 до 3 лет, из них 46 детей рожденных после применения ВРТ, что составило основную группу, и 60 детей, после естественно наступившей беременности — группа контроля. Критерием исключения явился срок гестации менее 31 недели.

Результаты. 38 детей основной группы появились на свет преждевременно, в контрольной группе родилось в срок 48 детей. Синдром задержки внутриутробного развития был отмечен в 54% и 23% соответственно. В структуре неонатальной заболеваемости наиболее распространенной была патология нервной системы: перинатальное поражение центральной нервной системы обнаружено в 90% случаев в обеих группах, что привело к диагнозу «детский церебральный паралич» в младшем возрасте у 7% основной и 3% контрольной групп. Гидроцефалия отмечается у 8 детей основной и 1 ребенка контрольной групп. Задержка речевого развития в основной группе встречается в 5 раз чаще, чем в контрольной (87% и 18%). Также у искусственно зачатых детей достоверно чаще имеются сходящееся косоглазие в 9% (группа контроля — 3%) и плоско-вальгусные стопы в 26% (группа контроля — 18%). Врожденные пороки сердца встречаются в исследуемых группах в отношении 2 к 1. 32 ребенка основной группы в возрасте до одного года перенесли более 4 эпизодов ОРИ, в контрольной — 20 детей.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о том, что дети, рожденные в результате искусственного оплодотворения, имеют более высокий риск развития заболеваний. Целесообразно создание единой схемы мониторингирования здоровья детей, рождённых после ВРТ.

281

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ: РОЛЬ ВРАЧА-УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**Рыков М. Ю.***Российский онкологический научный центр имени Н. Н. Блохина, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Эффективность лечения детей с онкологическими заболеваниями зависит от своевременности диагностики. В связи с этим особая роль принадлежит врачам первичного звена — врачам-участковым педиатрам. При этом атипичность течения онкологических заболеваний, а также их редкость, не позволяют врачам первичного звена накопить достаточно опыта для диагностики заболеваний данной группы на ранних стадиях.

Цель исследования: сокращение числа детей, выявляемых на распространенных стадиях онкологических заболеваний.

Пациенты и методы. Проанализировано 1534 истории болезней 378 детей с онкологическими заболеваниями в возрасте от 3 мес до 17 лет (средний возраст 5,4 года), получавших лечение в 2011–2015 гг. в медицинских организациях 7 субъектов Российской Федерации, входящих в состав Центрального, Северо-Западного, Приволжского, Северо-Кавказского и Южного федеральных округов.

Результаты. Пациентов с I ст. заболевания выявлено 23 (6,1%), со II — 112 (29,9%), с III — 89 (23,8%), с IV — 146 (39%), с неустановленной — 4 (1%). Наиболее часто заболевания у детей манифестировали болевым синдромом (42,4%), также отмечались субфебрилитет (34,3%) и потеря массы тела (12,1%). На основании проведенного анализа разработаны и внедрены в клиническую практику алгоритм определения целесообразности направления пациента на консультацию к врачу-детскому онкологу, а также практические рекомендации для врачей-участковых педиатров, описывающие клиническую картину злокачественных новообразований у детей.

Заключение. Предложенные практические рекомендации и алгоритм обследования пациентов позволят сократить время, затрачиваемое на установление диагноза, долю пациентов, выявляемых на распространенных стадиях и своевременно начать специализированное лечение в условиях профильных отделений. При этом врачи-участковые педиатры являются т.н. «нулевым» уровнем в системе организации медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями, направляя пациентов на первый уровень — кабинет врача-детского онколога в детской поликлинике.

282

СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Рыков М. Ю.

*Российский онкологический научный центр имени Н. Н. Блохина, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Невзирая на значительные достижения здравоохранения в последние годы, смертность детей от злокачественных опухолей снижается крайне медленно.

Цель исследования: анализ показателей и причин смертности с целью выявления наиболее сложных для лечения категорий пациентов.

Пациенты и методы. В экологическом исследовании проанализированы данные Федеральной службы государственной статистики, содержащие сведения по смертности детей от злокачественных новообразований (ЗНО) в 2011–2016 гг.

Результаты. Показатель смертности в 2011–2013 гг. составил 4 (на 100 тыс. 0–19 лет), в 2014–2016 гг. — 3,6 (на 100 тыс. 0–17 лет). Одногодичная летальность сократилась на 2%, с 10,8% в 2011 г. до 8,8% в 2016 г. Первое место среди причин смерти занимали лейкозы, второе — опухоли головного и спинного мозга, третье — саркомы мягких тканей.

Заключение. Отмечается снижение числа умерших детей в 2014–2016 гг. на 15,7%. Показатель детской смертности снизился с 8,3 на 10 тыс. детского населения от 0–17 лет в 2014 г. до 7 — в 2016 г. ЗНО как причина смерти поднялись с седьмого места (2014 г. — 0,34 на 10 тыс. детского населения 0–17 лет) до пятого места (2016 г. — 0,36 на 10 тыс. населения от 0–17 лет), уступая лишь отдельным состояниям, возникающим в перинатальном периоде, внешним причинам, врожденным аномалиям и болезням нервной системы. Также отмечается снижение смертности или стабилизация данного показателя от всех причин, за исключением ЗНО и болезней нервной системы. Динамика снижения одногодичной летальности, безусловно, является положительной и свидетельствует о совершенствовании методов диагностики и лечения.

283

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ
ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ****Сабилова А. В., Волосников Д. К.***Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск,
Российская Федерация*

Актуальность. Региональным «нормам» качества жизни детского населения в последнее время уделяется большое внимание.

Цель исследования: изучить показатели качества жизни здоровых детей Челябинской области.

Пациенты и методы. В период с сентября 2014 г. по декабрь 2016 года проведено анкетирование 660 детей 8–18 лет, проживающих в селах ($n = 250$) и городах ($n = 410$) Челябинской области. Критерии включения: дети 8–12 и 13–18 лет с I, II группой здоровья; письменное информированное согласие на участие в исследовании, заполненное ребенком и одним из его родителей.

Качество жизни оценивали с помощью русской версии общего опросника PedsQL 4.0 Generic Core Scales для детей 8–12 лет и 13–18 лет. Оценка социально-экономических условий проживания детей проводилась по данным социально-демографических карт, заполненных родителями.

Результаты. Достоверно больше детей в возрасте 8–12 лет, проживающих в селах, из неполных семей (30%) и «некомфортных» жилищных условий (31%). Суммарный показатель качества жизни здоровых детей 8–18 лет, проживающих в городах Челябинской области $80,53 \pm 10,91$ баллов, что соответствует среднему показателю по России, в селах Челябинской области достоверно ниже $78,65 \pm 11,04$ баллов ($p < 0,05$). Были выявлены гендерные особенности: качество жизни по шкалам Физическое, Эмоциональное, Психосоциальное функционирование и по Суммарному баллу оказались достоверно выше у мальчиков 13–18 лет, чем у девочек 13–18 лет, проживающих в городах.

Заключение. Полученные «нормы» показателей качества жизни здоровых детей 8–18 лет, проживающих в Челябинской области, могут быть использованы для сравнительного анализа с другими регионами, а так же с показателями качества жизни больных детей.

284

РЕГИСТР ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Сабиров А. В., Карпенко М. А., Волянский А. М., Гутова М. Г., Якимова А. В.

*Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск,
Российская Федерация*

Актуальность. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) является исходом многих заболеваний почек, трагичным патологическим состоянием, формирующимся уже в детском возрасте.

Цель исследования: провести анализ регистра детей с хронической почечной недостаточностью, проживающих в Челябинской области.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней детей, находившихся на госпитализации в нефрологическом отделении Областной детской клинической больницы г. Челябинск в 2017 г. Изучены данные регистра детей с ХПН по Челябинской области.

Результаты. В 2017 г. в регистр внесено новых пациентов 8 человек, выбыли в связи с переводом во взрослую службу — 11 человек. В настоящее время в регистре 46 человек: 30 (65%) мальчиков, 16 (35%) девочек. Из них на додиализной стадии — 37 (80%), на перитонеальном диализе — 3 (7%), 6 человек живут с функционирующим почечным трансплантатом.

Наибольшее количество детей с ХПН проживает в г. Челябинске — 7 (15%), г. Магнитогорске — 5 (11%), г. Миасс — 5 (11%) человек. Возраст детей с ХПН: до 5 лет — 7 (15%), 6–10 лет — 16 (35%), 11–15 лет — 11 (24%), 16 лет и старше — 12 (26%).

Причины, приведшие к развитию ХПН: обструктивные уropатии — 12 (26%) человек; гипоплазии и дисплазии почечной ткани — 9 (20%); вторичный хронический пиелонефрит на фоне врожденных аномалий развития мочевыводящих путей — 8 (17%); поликистозная болезнь — 5 (11%); хронический гломерулонефрит — 3 (7%). Гемолитико-уремический синдром у 4 (9%); наследственный нефрит (с-м Альпорта) у 2 (4%). 1 (2%) ребенок с наследственным окулоцеребро-ренальным синдромом (синдром Лоу). Другие причины, неуточненные, приведшие к нефросклерозу и развитию ХПН — 2 (4%) человека.

Закключение. Ежегодное обновление информации в регистре дает возможность проводить более глубокий анализ — по качеству наблюдения детей с тяжелой патологией, по индивидуальному течению ХПН у детей, по эффективности различных методов заместительной почечной терапии.

285

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ТЯЖЁЛЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ**Савченко О. А., Павлинова Е. Б., Власенко Н. Ю., Полянская Н. А.,
Киришина И. А., Мингаирова А. Г., Демченко В. И.***Омский государственный медицинский университет, Омск,
Российская Федерация*

Актуальность. Заболевания неонатального периода можно отнести к когорте «кислородно-радикальных болезней». Группу высокого риска составляют глубоко недоношенные дети, в связи с несостоятельностью антиоксидантной системы. В настоящее время начаты исследования влияния генетического полиморфизма генов антиоксидантной защиты на тяжесть течения заболеваний у недоношенных детей. Полученные данные противоречивы и вызывают повышенный интерес среди членов врачебного сообщества.

Цель исследования: установить роль полиморфизма гена манганин-супероксиддисмутазы (MnSOD) в развитии тяжелого внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК) и перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) в когорте глубоко недоношенных новорождённых.

Пациенты и методы. Проведено когортное контролируемое исследование с целью определения частот аллелей и генотипов полиморфизма MnSOD в популяции новорождённых с гестационным возрастом менее 28 недель ($n = 72$), в соответствии с наличием ($n = 36$) или отсутствием ($n = 36$) у детей ВЖК тяжелой степени и ПВЛ. Обследуемым пациентам определяли полиморфизм гена MnSOD, в котором тимидин в позиции 58 замещен на цитозин (MnSodT58C), в позиции 60 замещен на тимин (MnSodC60T), и аланин в позиции 16 замещен на валин (MnSodAla16Val).

Результаты. При сравнении частот аллелей и генотипов полиморфизма C60T гена SOD2 между новорождёнными с ВЖК и ПВЛ и без данной патологии обнаружены статистические различия. У большинства детей присутствовал генотип C/C полиморфизма C60T гена SOD2 (94,2%). Однако оставшиеся 7 случаев полиморфизма C/T оказались распределены неравномерно: 4 ребенка из 7 имели поражение ЦНС. Так генотип C/T у новорождённых с ВЖК и ПВЛ статистически значимо встречается чаще (22,2% случаев), чем в группе новорождённых без данной патологии (6,3% случаев) ($\chi^2 = 4,21$; $p = 0,02$).

Заключение. Установлено, что генотип C/T полиморфизма C60T гена SOD2 является прогностическим фактором риска развития ВЖК тяжелой степени и ПВЛ у глубоко недоношенных детей.

286

ОКУЛОМОТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Садовская Ю. Е., Клитвина Г. А., Клочева И. Л., Простакова В. Н.

*Детский медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Особой формой динамического повреждения глазодвигательного аппарата является дискоординация зрительного прослеживания по горизонтали и/или вертикали (ДЗП) в рамках сенсорно-связанных моторных нарушений, на которую специалисты редко обращают внимание при частоте встречаемости 1,5–2,5%.

Цель исследования: оценка неврологического и офтальмологического статуса у детей 6–7 летнего возраста с феноменом ДЗП по горизонтали и/или вертикали.

Пациенты и методы. В рамках профилактического обследования в течение 2016–2017 гг. обследовано 708 детей, не имевших клинически значимых жалоб. У 32 из них (4,5%) выявлен феномен ДЗП. Всем пациентам проведено стандартное офтальмологическое и неврологическое обследование и скрининг-тесты на диспраксию развития, дисфункцию сенсорной интеграции (Садовская Ю. Е. и соавт.), сенсорный профиль (Dunn W.). Клиническое исследование завершалось систематизацией выявленных феноменов, их квалификацией для целостного анализа, соотнесения с принятыми критериями синдромологической и нозологической диагностики.

Результаты. У 32 детей с феноменом ДЗП в офтальмологическом статусе оптических нарушений и органических изменений глазного дна не выявлено. В неврологическом статусе у 87,5% пациентов выявлены положительные тесты на диспраксию, нарушения мышечного тонуса, трудности удержания позы, трудности пространственно-временной ориентации, бимануальной координации, нарушения сенсорной модуляции, стертая дизартрия, повышенный уровень тревоги, фобии. Впервые неврологом диагностирован синдром дефицита внимания с/без гиперактивности у 31% пациентов, у 25% — диспраксия развития.

Заключение. Исследование показало высокую диагностическую значимость выявления феномена ДЗП в дошкольном возрасте, что позволяет улучшить диагностику пограничных нервно-психических нарушений, своевременно их корректировать и обеспечить профилактику явлений школьной дезадаптации у первоклассников.

287

**МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ГОРОДСКОГО
КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА****Салова М. Н., Князева И. В., Жданова Л. А., Кочетова А. В., Сеницына М. В.***Городская клиническая больница № 4, Иваново, Российская Федерация*

Актуальность. Организация оказания ранней помощи детям сегодня является актуальной проблемой педиатрии.

Цель исследования: обосновать и разработать модель оказания ранней помощи детям в условиях детского городского консультативно-диагностического центра (ДГ КДЦ).

Пациенты и методы. Проведено комплексное обследование 856 детей раннего возраста.

Результаты. На 1 диагностическом этапе проводился скрининг для выявления отклонений в развитии всех пациентов ДГ КДЦ по разработанной анкете, включающей оценку 5 линий развития. Отклонения развития моторного (общая моторика, движения руки и артикуляционного аппарата) были выявлены у 67% детей, эмоционально-социального (эмоциональные реакции, коммуникативные возможности, навыки) — у 34%, познавательного (восприятие окружающего мира, предметная и игровая деятельность) — у 32%, речевого (понимаемая и активная речь) — у 57%, сенсорно-творческого (сенсорное восприятие и элементарное детское творчество) — у 46%. На 2 развивающе-коррекционном этапе семье ребенка (без отклонений в развитии) предлагались рекомендации по стимулирующему воспитанию с акцентом на следующий эпикризный срок. Дети, имеющие отклонения в развитии, отправлялись на консилиум при участии невролога, психолога и логопеда для составления индивидуальной коррекционной программы развития ребенка. На 3 контролирующем этапе через 1 месяц назначалась повторная консультация специалистов бригады ранней помощи для оценки психомоторного развития ребенка и составления программы его дальнейшего воспитания. Для индивидуализации оказания ранней помощи в ДГ КДЦ используется модульный подход, позволяющий составлять программы воспитания ребенка из простых и доступных памяток (подробных инструкций) по развитию каждой линии в домашних условиях. Для облегчения взаимодействия с семьей ребенка медицинская сестра-координатор ДГ КДЦ необходимые рекомендации отправляет родителям в электронном виде.

Заключение. Предложенная модель позволяет оказывать персонализированную раннюю помощь всем пациентам ДГ КДЦ.

288

**МИКОБАКТЕРИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЭТИОЛОГИИ
СИНДРОМА КРУПА****Салова А. Л., Челнокова О. Г., Мозжухина Л. И., Когут Т. А.***Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль,
Российская Федерация*

Актуальность. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) относятся к группе самых распространенных у детей. Одним из серьезных осложнений является стенозирующий ларинготрахеит (СЛТ). Синдром крупа — патология многофакторная. Однако роль микобактерии туберкулеза (МБТ) в развитии СЛТ у детей в литературе не отражена.

Цель исследования: изучить влияние микобактерии туберкулеза на развитие синдрома крупа у детей.

Пациенты и методы. Анализ 83 амбулаторных карт детей противотуберкулезной поликлиники г. Ярославля. Сравнение 4 групп пациентов: 10 детей с ОРВИ без стеноза, 24 ребенка с острым СЛТ (ОСЛТ), 25 — с рецидивирующим СЛТ (РСЛТ), 24 — с РСЛТ и наличием бронхообструкции (РСЛТ+БОС). Оценивались пробы Манту в динамике, наличие локальных форм туберкулеза, проведение противотуберкулезного лечения. Обработка данных выполнена программой NanoStat 1.6. Критический уровень статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты. Анализ данных показал, что дети с ОРВИ без стеноза были инфицированы МБТ в возрасте старше 5 лет в 90,9% случаев, дети в группах ОСЛТ, РСЛТ и РСЛТ+БОС были инфицированы МБТ до 4 лет в 94,3%, 96,4% и 98,2%, соответственно ($p < 0,01$, $p = 0,000$). Инфицирование в группах ОСЛТ, РСЛТ и РСЛТ БОС в 94,3%, 96,4% и в 98% соответственно, происходило в год появления первого эпизода СЛТ ($p = 0,000$). Локальные формы туберкулеза встречались лишь в группах детей с РСЛТ и РСЛТ+БОС в 25% и 22,2% случаев ($p < 0,01$, $p = 0,172$ и $p = 0,225$). После проведенного противотуберкулезного лечения эпизоды крупа больше не отмечались в группах РСЛТ и РСЛТ+БОС в 32,14% и 14,8% ($p = 0,08$, $p = 0,443$), в то время как в этих же группах у детей без лечения отмечались повторные эпизоды стеноза.

Закключение. Детей с синдромом крупа следует отнести к группе повышенного риска по возможности присоединения туберкулезной инфекции. Возникновение ОРВИ на фоне туберкулезной инфекции резко увеличивает вероятность повторных эпизодов крупа. Это диктует необходимость особого внимания педиатров на предмет ранней диагностики инфицирования МБТ у детей с синдромом крупа.

289

**НЕЙРО- И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К РАБОТЕ
ДЕТСКОГО ГОРОДСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА****Салова М. Н., Князева И. В., Жданова Л. А., Балашова Л. В., Лайкова Т. Л.***Городская клиническая больница № 4, Иваново, Российская Федерация*

Актуальность. Сегодня чрезвычайно актуальна проблема комплексного подхода к лечению и оздоровлению детей.

Цель исследования: обосновать нейро- и психосоматический подход к работе детского городского консультативно-диагностического центра (ДГ КДЦ).

Пациенты и методы. Проведен анализ медицинской документации 1200 пациентов ДГ КДЦ в возрасте 7–17 лет.

Результаты. В консультации детского невролога нуждались 78% детей педиатрического профиля. Астеноневротический синдром, чаще по гипер-, реже — по гиподинамическому типу диагностировался у 67% пациентов. У 38% детей с головными болями выявлены признаки доброкачественной внутричерепной гипертензии и венозной дисгемии, у 34% — нарушения вегетативной регуляции. Головные боли напряжения выявлены у 32% детей. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью наблюдался у 20% детей, неврозоподобные нарушения (тики, заикания, энурез) — у 18%. Большинство пациентов ДГКДЦ получали консультацию детского психолога. У 80% детей с заболеваниями пищеварительного тракта имелись нарушения типов семейного воспитания в основном по типу доминирующей гиперпротекции и повышенной моральной ответственности. 90% этих детей находились в состоянии длительного и выраженного эмоционального перенапряжения. У 62% детей обнаружен высокий уровень межличностной тревожности, у 58% нарушенная самооценка, у 43% неудовлетворенность своим социальным статусом в коллективе сверстников, у 37% нарушения взаимоотношений с педагогами.

Заключение. Учитывая наличие у большинства детей отклонений со стороны нервной и психоэмоциональной сфер, в программу их лечения и реабилитации включались приемы мышечной релаксации, физкультминутки для улучшения мозгового кровообращения, мероприятия для снятия эмоционального напряжения, снижения тревоги, тренинги, направленные на гармонизацию социального статуса, релаксационные упражнения. Проводилось семейное консультирование с целью нормализации семейного микроклимата, привлечение родителей к активному участию в реабилитационных мероприятиях детей.

290

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ, МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ У ПАЦИЕНТОВ С ЛИХОРАДКОЙ И ДРУГИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ПРАКТИКЕ РЕВМАТОЛОГА**Салугина С. О., Федоров Е. С., Каледа М. И., Каменец Е. А., Захарова Е. Ю.***Научно-исследовательский институт ревматологии имени В. А. Насоновой,
Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Пациенты с лихорадкой неясного генеза (ЛНГ) вызывают большие трудности на этапе диагностики, что влияет на своевременное назначение терапии. Спектр патологий, скрывающихся под маской ЛНГ, может быть достаточно широк и включает аутовоспалительные заболевания (АВЗ), в т.ч. криопирин-ассоциированные периодические синдромы (CAPS), TNF-рецептор-ассоциированный синдром (TRAPS), синдром гипериммуноглобулинемии D (HIDS), а также ювенильный артрит с системным началом (СЮА) и др. В диагностике решающим становится молекулярно-генетический анализ, позволяющий диагностировать редкую генетическую патологию.

Цель исследования: определить спектр заболеваний, диагностируемых у пациентов с лихорадкой и другими проявлениями системного воспалительного ответа в практике педиатра ревматолога

Пациенты и методы. Включены 184 больных с ЛНГ и другими проявлениями системной воспалительной реакции, острофазовыми маркерами при исключении инфекционных, онкогематологических и аутоиммунных причин. Возраст (М) — 9,0 лет [5; 15]), давность болезни (М) — 3,0 г. [1,0; 8,5]). У 117 пациентов предполагалось наличие АВЗ, у 67 СЮА. Молекулярно-генетическое тестирование на мутации в генах NLRP3, MVK и TNFRSF1A, ответственных за развитие CAPS, TRAPS, HIDS, проводилось на ДНК, экстрагированной из цельной крови методом прямого автоматического секвенирования.

Результаты. У 43 (23,4%) выявлены патогенные мутации, установлены диагнозы: CAPS — у 19 (10,3%) пациентов, TRAPS у 9 (4,9%), HIDS у 4 (2,2%). У 1 пациента с CAPS не было выявлено каких-либо мутаций в генах. Среди больных СЮА у 12 (17,9%) выявлены мутации и установлены диагнозы: CAPS у 2 (2,9%), TRAPS у 3 (4,5%), HIDS у 1 (1,5%). Из 141 пациента без мутаций у 26 диагностировано недифференцированное АВЗ (нАВЗ), у 55 СЮА, болезнь Бехчета (у 2), синдром PFAPA у 8, семейная средиземноморская лихорадка + ювенильный хронический артрит (у 1), а также редкие АВЗ: синдромы Блау (у 2), SAVI (у 1). У 45 диагноз остался неясным.

Заключение. У пациентов с ЛНГ могут диагностироваться редкие моногенные АВЗ, СЮА и др.

291

**БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА****Самороднова Е. А., Сулейманова З. Я.***Казанский государственный медицинский университет, Казань,
Российская Федерация*

Актуальность. Частота недостаточности питания у детей первых трех лет жизни составляет до 11–20%, кроме того заболевания, осложнившиеся хроническими расстройствами питания, имеют тяжелое и длительное течение.

Цель исследования: изучить особенности развития и течения белково-энергетической недостаточности (БЭН) у детей раннего возраста

Пациенты и методы. Проанализированы 60 историй болезни детей (30 девочек и 30 мальчиков) в возрасте $2,5 \pm 0,8$ лет, проживающих в сельских районах Республики Татарстан, находившихся на стационарном лечении, имевших признаки БЭН, а также проводилось анкетирование родителей пациентов.

Результаты. Основной экзогенной причиной развития БЭН у детей являлось несбалансированное однообразное питание и несоблюдение его режима в 68%, а ведущим эндогенным этиологическим фактором — хроническая патология верхних отделов пищеварительного тракта у 29% пациентов; наследственная патология (муковисцидоз, лактазная недостаточность) — 3,25%. По степени тяжести у половины пациентов (51%) выявлялась БЭН 2 степени, 1 степень была у 35,25% и 3 степень у 11,75% детей. В анамнезе детей с БЭН наиболее часто регистрировалось патологическое течение беременности у 60%, задержка внутриутробного развития у 28%, а также наследственная отягощенность по аллергическим и гастроэнтерологическим заболеваниям у 12%. В диагностике заболевания наиболее значимыми были данные объективного осмотра: кроме дефицита массы тела, в 100% случаев дистрофические изменения кожи, слизистых, зубов, языка, а 25% детей задержка психомоторного развития. Изменения стула отмечалось у 40%, из них запоры в 75% случаев.

Закключение. У детей раннего возраста наиболее часто регистрируется легкая и средняя степень БЭН, основной причиной развития которой является неадекватность питания, что требует дополнительного внимания педиатра и проведения с родителями образовательных мероприятий по организации питания.

292

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

Самошкина Е. С., Науменко Е. И., Казанкина В. С.

*Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева, Саранск,
Российская Федерация*

Актуальность. Под влиянием различных патологических факторов перинатального периода, в том числе и гипоксически-ишемических, может происходить нарушение постнатальной адаптации сердечно-сосудистой системы у новорожденных и самым доступным методом выявления изменений является электрокардиограмма (ЭКГ).

Цель исследования: провести анализ ЭКГ при церебральной ишемии (ЦИ) у новорожденных.

Пациенты и методы. Данные ЭКГ в раннем неонатальном периоде 150 новорожденных: 1-я группа ($n = 100$) с ЦИ и 2 группа (контрольная) — 50 новорожденных без ЦИ.

Результаты. Значимо чаще у новорожденных 1 группы регистрировалась синусовая брадикардия, чем у новорожденных из 2 группы (20% и 6%, $p < 0,05$), только в 1 группе зарегистрирован у 2-х детей предсердный источник водителя ритма, единичные наджелудочковые экстрасистолы (2%). Чаще у новорожденных, перенесших ЦИ, чем у новорожденных группы контроля встречались нарушения процессов реполяризации в миокарде (55% и 20%, $p < 0,01$). Не только метаболические нарушения в миокарде, но и ишемические изменения регистрировались только в группе новорожденных с ЦИ (11%, $p < 0,001$) и проявлялись депрессией сегмента ST в грудных отведениях V2-6. Средние значения интервала скорректированного интервала QTc в I группе составили — $420,16 \pm 6,1$, в группе контроля $412,24 \pm 5,48$, ($p < 0,001$). Максимальная длительность скорректированного интервала (QT = 557 мс) регистрировалась только в группе новорожденных с ЦИ.

Заключение. Всем новорожденным с ЦИ необходимо проводить ЭКГ для выявления метаболических и ишемических нарушений и своевременной их коррекции.

293

САМООЦЕНКА ЖИЗНЕННОЙ УСПЕШНОСТИ КАК КРИТЕРИЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ**Сахаров В. Г., Надеждин Д. С.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Меняющиеся условия жизнедеятельности современных школьников актуализируют необходимость исследования субъективной удовлетворенности (СУ) жизнью, как значимого критерия их психосоциального здоровья.

Цель исследования. Исследование субъективной удовлетворенности жизнью школьников в зависимости от особенностей развития их личности, ее свойств и характеристик.

Пациенты и методы. Обследовались учащиеся средних и старших классов пяти общеобразовательных школ г. Москвы в количестве 230 человек на основе бланково-компьютерной технологии по ряду стандартизированных психодиагностических методик исследования личности.

Результаты. Выявлено достоверное возрастание СУ современных школьников с 5-го по 9-й классы ($P < 0,01$) и его снижения в старшем школьном возрасте, особенно у девочек относительно мальчиков ($P < 0,05$).

Показано, что повышенный уровень СУ подростков достоверно связан с повышенным социальным статусом, повышенной эргичностью, со средними показателями самооценки и уверенности в себе, средним уровнем мотивации достижения, средними показателями успеваемости, мышления, альтруистичности, при экстраверсии и пониженном нейротизме, при хороших семейных отношениях, средне-достаточных материальных условиях семьи и при демократическом стиле семейного воспитания. Показано, что пониженные и повышенные уровни самооценки школьников провоцируют повышенную агрессивность ($P < 0,01$), а повышенный уровень успеваемости достоверно связан с повышенной тревожностью ($P < 0,05$) и пониженным альтруизмом ($P < 0,05$).

Заключение. Важным компонентом психогигиены и профилактики психосоциального здоровья современных школьников является развитие личности, ее свойств и характеристик, в частности, ориентация на формирование средних уровней самооценки, уверенности в себе, мотивации достижения и успеваемости, а также независимости и повышенной социальной активности.

294

ВИДЕОАНАЛИЗ ДВИЖЕНИЙ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

**Сахарова Е. В., Лупандина-Болотова Г. С., Ашрафова У. Ш.,
Мамедьяров А. М., Каркашадзе Г. А.**

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Видеоанализ движений — метод, позволяющий оценить объективно изменения двигательного стереотипа пациента. Анализ локомоций, проводимый в сагиттальной плоскости, не позволяет определить осевую стабилизацию и положение таза, что возможно осуществить при выполнении анализа движений во фронтальной плоскости.

Цель исследования: объективно оценить статокINETическую устойчивость пациента со спастическим правосторонним гемипарезом во время движения.

Пациенты и методы. Видеоанализ движений (ходьбы на беговой дорожке) во фронтальной плоскости проводился с помощью аппаратно-программного комплекса «Видеоанализ движений» и пакета программ StarTrace 2D. Выстроена кинематическая модель, включающая в себя вертикальную ось позвоночника и оси нижних конечностей. Анализировались угловые и линейные кинематические характеристики до и после реабилитационного курса у пациента Т. С пациентом проводились занятия лечебной физкультурой, направленные на стимуляцию аутохтонной мускулатуры с коррекцией двигательного стереотипа и занятия с биологической обратной связью для увеличения объема движений в правой верхней конечности. Комплекс реабилитации включал в себя также массаж спины, верхних и нижних конечностей, теплолечение и ботулинотерапию. Для сравнения с нормой предварительно были оценены данные 10 здоровых детей (видеоанализ проводился дважды с перерывом в 10 дней).

Результаты. Оценка линейной кинематики двух крайних точек оси позвоночника позволила определить, что к окончанию лечения на 48% уменьшилась вариабельность перемещений, в 2 раза снизилась скорость перемещений, что свидетельствует в пользу повышения устойчивости вертикальной оси данного пациента. Это подтверждают изменения фазовых траекторий тазовых точек к концу курса. Приблизилась к норме гониограмма левого тазового угла, уменьшилась на 38% угловая скорость правого тазового угла.

Закключение. Метод видеоанализа движений может проводиться в разных плоскостях в зависимости от цели исследования и дает возможность объективно оценить результаты лечения пациента.

295

**ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ДЕТЕЙ
С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ****Свиридова Т. В., Лазуренко С. Б., Ртищева М. С.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Увеличение числа подростков с дезадаптивным поведением требует своевременного выявления риска его возникновения у детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) для определения причин, направлений и содержания медико-социальной помощи.

Цель исследования: изучить социальную адаптацию подростков с ОВЗ.

Пациенты и методы. Обследовано 300 подростков с хроническими соматическими болезнями (ХСБ) различной этиологии (ВЗК — 100 чел., ЮРА — 100 чел., псориаз — 100 чел.), проходивших реабилитацию в ФГАУ «НМИЦЗД» МЗ РФ. В стандартную схему психологического обследования были дополнительно включены опросники: «Склонность к отклоняющемуся поведению» (А. Н. Орел), «Шкала социально-психологической адаптированности» (адаптация Т. В. Снегиревой) и «Диагностика риска возникновения девиантного поведения у подростков» (ФГАУ «НМИЦЗД»). Статистическая значимость различий подтверждена критерием Пирсона для $p \leq 0.05$.

Результаты. Согласно степени риска возникновения дезадаптивного поведения дети были объединены в 3 группы: I группа (36%) 108 чел., в т. ч. с ВЗК — 38, с ЮРА — 38, с псориазом — 32) с низкой вероятностью риска социальной дезадаптации, что обусловлено достаточной социально-психологической зрелостью; II группа (49%) 147 чел. в т. ч. с ВЗК — 49, с ЮРА — 47, с псориазом — 51) с риском социальной дезадаптации в силу недостаточной социально-психологической зрелости; III группа (15%) 45 чел., в т. ч. с ВЗК — 13, с ЮРА — 15, с псориазом — 17) с социальной дезадаптацией, вызванной психофизиологической незрелостью и неблагоприятными социальными условиями воспитания.

Заключение. Риск возникновения дезадаптивного поведения у детей с ХСБ определяется их физиологической и психологической зрелостью, социальной ситуацией развития детской личности. Связи между этиологией соматической болезни и степенью риска социальной дезадаптации не выявлено. Различная степень социальной адаптации детей с ХСБ обуславливает необходимость дифференцированного подхода в организации психологической помощи как неотъемлемой составляющей комплексной реабилитации.

296

ВАРИАНТЫ ПРЕНЕБРЕЖИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ К ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Свиридова Т. В., Лазуренко С. Б., Павлова Н. Н.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Образ жизни семьи и качество ухода за ребенком, являются теми медико-социальными факторами, которые нередко приводят к ухудшению психофизического состояния детей.

Цель: изучение фактов пренебрежительного отношения родителей к лечению ребенка с ОВЗ для определения необходимых видов помощи семье, способствующих повышению комплаентности к лечению.

Пациенты и методы. Проанализировано 93 случая пренебрежительного отношения родителей к лечению детей в ФГАУ «НМИЦЗД» МЗ РФ. Структура хронических нарушений здоровья у детей: 71 чел. (76,4%) — соматические болезни (в т.ч. 47,3% — болезни органов дыхания), болезни нервной системы у 22 чел. (23,6%). Проведен анализ медицинской документации и нормативных документов в отношении защиты прав ребенка от злоупотребления со стороны родителей, стандартные методы психологического обследования. Математический анализ данных осуществлен с помощью методов описательной статистики, критерия Х² (для $p \leq 0.05$).

Результаты. Было выявлено два варианта пренебрежительного отношения родителей к лечению ребенка: I вариант — изолированное пренебрежительное отношение к лечению ребенка (33,4%/31); II вариант — пренебрежительное отношение к лечению в сочетании с жестоким обращением с ребенком (66,6%/62). Установлено, что пренебрежительное отношение родителей к лечению ребенка обусловлено сочетанием факторов: недостаточный уровень культуры и медицинских знаний, а также личностная и социальная незрелость, истощение эмоциональных ресурсов родителей. Ситуация усугубляется социальными и материальными трудностями семьи, возникшими в силу тяжести и длительности болезни ребенка.

Закключение.

1. Пренебрежительное отношение родителей к ребенку часто сочетается с жестоким обращением, что крайне важно учитывать в процессе оказания комплексной помощи семье.
2. Для устранения и профилактики пренебрежительного отношения к лечению, жестокого обращения с ребенком в семье необходима длительная комплексная поддержка родителей и ребенка с момента постановки диагноза.

297

ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ КОМЕ У ДЕТЕЙ ДЛЯ ПРОГНОЗА РАННЕГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СОЗНАНИЯ**Семенова Н. Ю., Чернышева Т. А.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Изучение прогноза восстановления сознания после коматозных состояний является актуальным.

Цель исследования: определение значимости ЭЭГ для оценки возможности прогноза выхода из длительного коматозного состояния в сознание детей, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму (ЧМТ).

Пациенты и методы. Проанализированы данные ЭЭГ 67 детей с тяжелой ЧМТ, включающей ушиб головного мозга тяжелой степени, внутричерепные кровоизлияния, диффузное аксональное повреждение, субарахноидальное кровоизлияние, в сочетании с переломами костей черепа и лицевого скелета. Все обследованные дети находились в коматозном состоянии, на момент поступления оценка по шкале комы Глазго составляла менее 7 баллов. Обследование проводилось на 1–6 сутки после травмы.

Результаты. У детей в глубокой посттравматической коме были выявлены следующие ЭЭГ-паттерны, учитывающие преобладание частоты фоновой активности: альфа-кома — 4.5%, бета-кома — 18%, паттерн комы с веретенами — 4.5%, тета-кома — 16%, дельта-кома высокоамплитудная — 28%, низкоамплитудная — 20%, паттерн вспышка-подавление — 9%. Была рассчитана вероятность восстановления сознания при выходе из длительного коматозного состояния в зависимости от имеющегося паттерна ЭЭГ, зарегистрированного в первую неделю после травмы. При низкоамплитудном паттерне была высокой вероятность летального исхода (77%). Все дети с летальным исходом имели низкоамплитудную ЭЭГ, однако не все с ЭЭГ дельта-комы низкой амплитуды умерли. Все пациенты, имеющие паттерн альфа-комы или «вспышка-подавление» вышли из комы в вегетативное состояние (ВС). Восстановление сознания сразу после выхода из комы отмечалось среди всех других паттернов ЭЭГ, вероятность не превышала 50%. У 4% детей в первую неделю комы регистрировались периодические феномены, эти дети после комы находились в ВС.

Заключение. Паттерн ЭЭГ, зарегистрированный в первую неделю посттравматической комы, имеет ограниченную прогностическую значимость: мы можем определить неблагоприятные признаки, но не можем назвать абсолютно благоприятные паттерны ЭЭГ для раннего восстановления сознания.

298

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНИТА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Сенченко Н. Г., Медведева Л. В.

Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки,
Луганск

Актуальность. В структуре патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей лидирующее место принадлежит хроническому гастродуодениту и язвенной болезни.

Цель исследования: изучить особенности течения гастродуоденита и язвенной болезни у детей.

Пациенты и методы: 44 ребёнка от 10–17 лет (34 мальчика и 10 девочек); 26 детей с диагнозом «Гастродуоденит» (у 18 эрозивный), 18 с диагнозом «Язвенная болезнь» (все мальчики). Методы: общеклиническое обследование, ФЭГДС, биопсия слизистой с определением *Helicobacter pylori*, УЗИ органов брюшной полости, консультация невропатолога, нефролога.

Результаты. Болевой синдром у 77%, диспептический синдром у 77%, желудочно-кишечное кровотечение у 27%, отягощенный наследственный анамнез по язвенной болезни у 46%, вредная привычка (курение) у 14%, железодефицитная анемия у 14%, ФРБТ у 77%, ГЭРБ у 32%, СВД у 23%, СРК у 9%, панкреатопатия у 8%, ДМН у 8%, дистальный рефлюкс-эзофагит у 68%, позитивный тест на наличие *Helicobacter pylori* у 5%.

Заключение. Язвенные дефекты чаще формируются у мальчиков. 1/4 больных была госпитализирована в связи с развитием кровотечения. 1/5 кровотечений возникло без формирования язвы. У 1/7 пациентов развилась железодефицитная анемия, у 1/3 из них — без видимой кровопотери. Наиболее частой сопутствующей патологией были ФРБТ и ГЭРБ, которые, как и другие сопутствующие заболевания, чаще развивались при деструктивных формах (ЯБ, эрозии). Из причинных факторов чаще других выявлялся отягощённый наследственный анамнез. Инфицированность *Helicobacter pylori* на формирование патологии заметного влияния не оказала. В жалобах превалировал болевой синдром, который у большинства больных сочетался с диспептическим. Наиболее частой диспептической жалобой была изжога. Рефлюкс-эзофагит в 1/2 случаев сочетался с эрозивным гастродуоденитом.

299

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ КРИТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ
В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ
ОРГАННЫХ ДИСФУНКЦИЙ****Серебрякова Е. Н., Намазова-Баранова Л. С., Беляева И. А.,
Волосников Д. К.***Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск,
Российская Федерация
Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Изучение состояния здоровья детей, перенесших критические состояния в неонатальном периоде, является актуальной проблемой.

Цель исследования: изучить взаимосвязь тяжести органических дисфункций у детей, перенесших критические состояния в неонатальном периоде, с распространенностью хронических заболеваний (ХЗ) в дошкольном возрасте.

Пациенты и методы. В исследование было включено 198 детей. Из них 100 — основная группа с тяжелыми проявлениями синдрома полиорганной недостаточности (СПОН), 98 — группа сравнения с умеренными проявлениями СПОН в неонатальном периоде. В исследование не включали детей с выявленными врожденными пороками развития и хромосомными аномалиями. Распространенность ХЗ изучена в дошкольном возрасте на основании данных, представленных в амбулаторных картах (форма № 112/у), картах профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (форма № 030-ПО/у-12).

Результаты. Группы детей сопоставимы по полу, сроку гестации, возрасту на момент изучения распространенности ХЗ. Как этиологический фактор СПОН респираторный дистресс синдром имел место в 37% и 76%, ($p = 0,001$), сепсис в 40% и 6% случаев ($p = 0,001$), соответственно. Частота внутрижелудочковых кровоизлияний III степени составила 11% и 0%, ($p = 0,001$), перивентрикулярной лейкомаляции — 24% и 4% ($p = 0,001$), тяжелых форм ретинопатии недоношенных — 10,2% ($n = 69$) и 0% ($n = 68$) ($p = 0,013$). ХЗ в дошкольном возрасте имели место в 54% и 26% случаев соответственно ($p < 0,001$). В структуре ХЗ наиболее частыми были психические расстройства и расстройства поведения: 40% и 16% ($p < 0,001$), в том числе грубая ЗПМР 18% и 1% ($p < 0,001$); заболевания нервной системы: 30 и 14% ($p = 0,010$), в том числе ДЦП 25% и 8% ($p = 0,002$); заболевания глаз и придаточного аппарата: 28% и 24% ($p = 0,517$), в том числе амблиопия 8% и 3% случаев ($p = 0,113$), соответственно.

Заключение. Тяжелые проявления СПОН в сравнении с умеренными в неонатальном периоде ассоциируются с более высокой частотой грубой ЗПМР и ДЦП в дошкольном возрасте, однако не связаны с увеличением частоты патологии органа зрения.

300

ПРОБЛЕМА ИНФОРМИРОВАННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАХИТОМ В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Середина Н. В., Стефанюк М. И.

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,
Российская Федерация*

Актуальность. До настоящего времени вопрос дефицита витамина D и рахита не утратил своей актуальности, широко обсуждается в медицинской сфере и постоянно претерпевает изменения в имеющихся протоколах.

Цель исследования: оценить осведомленность родителей о рахите и тактику врача-педиатра в отношении проведения профилактики и лечения рахита в Смоленской области.

Пациенты и методы: 90 детей от 3 месяцев до 7 лет г. Смоленска и Смоленской области. 1 группа — дети с рахитом 1–3 степени ($n = 60$), 2 группа — здоровые дети ($n = 30$). Опрос родителей разработанными нами анкетами и история развития ребенка (ф.112/у).

Результаты. Посредством анкетирования родителей, установлено, что 66,7% из них считают причиной заболевания — недостаток витамина D в организме. 75% отметили необходимость проведения профилактики. 90% родителей считают рахит редким заболеванием и 20% заявили о необходимости проведения профилактики в течение первых трех лет жизни детей. Не владеют информацией о препаратах витамина D около 80% анкетированных. Из анамнеза установлено, что достоверно чаще в 1 группе встречались: воспалительные гинекологические заболевания матерей (38,4% и 13%, соответственно); нарушения менструального цикла (16,7% и 3,3%); гестоз 2 половины беременности (46,7% и 4%); угроза прерывания (43,3% и 14%), роды путем ОКС (45% и 20%). Установлено, что 18,3% новорожденных из 1 группы и лишь 3,4% детей 2 группы имели патологическую потерю массы тела. Гипотрофия отмечалась у 25% детей, тогда как во 2 группе в 8,7%. Паратрофия достоверно чаще отмечалась у детей 2 группы (39,1% и 16,7%, соответственно). Выявлено, что в 60% случаев для лечения рахита педиатры использовали неадекватную дозу витамина D, в 28,3% не соблюдали рекомендуемую продолжительность назначения препарата, в 95% не назначали препараты Ca и Mg.

Закключение. Выявлена недостаточная осведомленность родителей о рахите, что снижает комплаентность лечения, и установлены факты проведения неадекватного лечения детей с рахитом.

301

**ЧАСТОТА МУКОВИСЦИДОЗА У ДЕТЕЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА****Сероклинов В. Н., Никонов А. М., Цыпченко О. В., Таскина Н. И.,
Даулетова Я. А., Курдеко И. В., Лазарева Е. В., Боронина С. Н.***Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул,
Российская Федерация*

Актуальность. Муковисцидоз частое моногенное заболевание, обусловленное мутацией гена трансмембранного регулятора муковисцидоза, характеризующееся поражением экзокринных желез систем органов дыхания и пищеварения, наследуемое по аутосомно-рецессивному типу. Изучение частоты муковисцидоза дает возможность планировать объем медицинской помощи больным муковисцидозом.

Цель исследования: изучить частоту муковисцидоза в Алтайском крае по результатам неонатального скрининга.

Пациенты и методы. Определение иммунореактивного трипсина в сухих пятнах крови новорожденных. Определение проводимости пота на аппарате «Нанодакт» у новорожденных с неонатальной гипертрипсиногенемией.

Результаты. С января 2007 г. по ноябрь 2017 г. в Алтайском крае обследовано 309253 новорожденных по скринингу на муковисцидоз. Процент охвата обследованных новорожденных по скринингу на муковисцидоз среди всех родившихся за этот период составил 98,5%. Неонатальная гипертрипсиногенемия (положительный тест на 4–5 день жизни и положительный ретест на 21–28 день жизни на иммунореактивный трипсин в сухом пятне крови) выявлена у 297 новорожденных. Неонатальная гипертрипсиногенемия обнаружена у 0,1% обследованных по скринингу на муковисцидоз новорожденных. Выявлен 41 больной муковисцидозом среди 297 новорожденных с неонатальной гипертрипсиногенемией, что составило 13,8% от числа новорожденных с неонатальной гипертрипсиногенемией. Частота муковисцидоза по данным неонатального скрининга за период 2007–2017 гг. составила 1 больной муковисцидозом на 7527 новорожденных (13,2 на 100 тыс. новорожденных).

Закключение. Частота муковисцидоза по данным неонатального скрининга за период 2007–2017 гг. составила 1 больной муковисцидозом на 7542 новорожденных (13,2 на 100 тыс. новорожденных).

302

РЕЗУЛЬТАТЫ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕНА МВТР У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ

Сероклинов В. Н., Никонов А. М., Даулетова Я. А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул,
Российская Федерация

Актуальность: Муковисцидоз (МВ) частое моногенное заболевание, обусловленное мутацией гена транс-мембранного регулятора муковисцидоза (МВТР), наследуемое по аутосомно-рецессивному типу. Изучение генотипов больных МВ дает возможность прогнозировать течение заболевания у пациентов с МВ.

Цель исследования: изучить генотипы больных МВ и частоту мажорных мутаций гена МВТР у детей с МВ в Алтайском крае.

Пациенты и методы: ДНК-анализ на 16 мутаций гена МВТР у детей с МВ.

Результаты. На декабрь 2016 г. в Алтайском центре муковисцидоза на учете состояло 44 ребенка в возрасте от 1 мес до 14 лет. ДНК-анализ гена МВТР проведен у 41 из 44 пациентов. Не выявлено мутаций гена МВТР у 3 больных. Гомозиготное состояние по мутации F508del обнаружено у 15 пациентов, компаунд-гетерозиготное состояние по мутации F508del — у 20 больных. Компаунд-гетерозиготное состояние по мутации CFTRdele2,3 выявлено у 5 больных. Мутации гена МВТР выявлены на 67 из 82 муковисцидозных хромосомах (81,7%). У 29 из 41 пациентов (70,7%) найдены мутации гена МВТР в обеих хромосомах. У 9 из 41 пациентов (22%) выявлены мутации гена МВТР только в одной хромосоме.

Наиболее частая мутация гена МВТР F508del обнаружена на 50 (у 15 гомозигот на 30 хромосомах, у 20 гетерозигот по мутации delF508 на 20 хромосомах) из 82 муковисцидозных хромосомах. Частота мутации гена МВТР F508del у детей с МВ в Алтайском крае составила 61%. Мутация гена МВТР CFTRdele2,3 («славянская») найдена на 5 из 82 муковисцидозных хромосомах. Частота мутации CFTRdele2,3 («славянская») у детей с МВ в Алтайском крае составила 6%.

Заключение.

- 1) 29 из 41 (70,7%) детей с МВ в Алтайском крае являются гомозиготами или компаунд-гетерозиготами по мутациям гена МВТР. У 9 из 41 (22%) детей с МВ в Алтайском крае выявлено гетерозиготное состояние по мутациям гена МВТР.
- 2) У детей с МВ в Алтайском крае частота мутации гена МВТР F508del составила 61%, частота мутации гена МВТР CFTRdele2,3—6%.

303

**ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА КАДЕТОВ,
КАК РЕЗУЛЬТАТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ****Сетко А. Г., Терехова Е. А.***Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,
Российская Федерация*

Актуальность. Процесс обучения в кадетском училище характеризуется воздействием на детский организм комплекса факторов внутри школьной среды и организации учебно-воспитательного процесса, которые могут оказывать негативное влияние на психическое здоровье кадетов.

Цель исследования: провести оценку нервно-психического статуса кадетов в динамике обучения в кадетском училище.

Пациенты и методы: Объект исследования: обучающиеся Президентского кадетского училища с 5 по 10 класс в возрасте 12–15 лет. Оценка нервно-психического статуса включала исследование качеств личности путем определения уровня тревожности и негативных эмоциональных переживаний в обычной жизни и на уроке и с использованием опросника Ч.Д. Спилберга в модификации Андреевой (1988) и уровня агрессии с помощью опросника А. Басса и А. Дарки (2002), а также качеств характера с помощью опросника А.Е. Личко (1995) с определением типов акцентуации характера.

Результаты. В процесс обучения установлено увеличение числа обучающихся, имеющих высокий уровень тревожности на уроке, с 16,0% в 5 классе до 19,0% в 10-м классе и снижение числа кадетов с данным уровнем тревожности в обычной жизни с 23,0% в 5 классе до 9,0% в 10 классе. Высокий уровень негативных эмоциональных переживаний в повседневной жизни имели наибольшее число кадетов (43,0%) в 8 классе, на уроке — в 6 классе (18,0%). Адекватные проявления агрессии имели 50,0% обучающихся, 40% имели, но подавляли ее, и лишь для 2,0% кадетов было характерно проявление агрессии. В процессе обучения число кадетов с адекватными проявлениями агрессии увеличилось до 58,0%. Среди типов акцентуации характера у обучающихся преобладали гипертимный (от 2,0% в 7 классе до 12,0% в 9 классе), демонстративный (от 6,4% в 6 классе до 25,0% в 7 классе) и тревожно-педантичный (от 1,9% в 8 классе до 12,0% в 7 классе) типы акцентуации характера.

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о негативном влиянии условий обучения и воспитания в кадетском училище на нервно-психический статус обучающихся.

304

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Сиротченко Т. А., Миргородская А. В.

*Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки,
Луганск*

Актуальность. Детское ожирение остается актуальной медико-социальной проблемой. В настоящее время около 44 млн детей в мире (в возрасте до 5 лет) страдают избыточной массой тела/ожирением. Настораживает тот факт, что в период с 1975 г. по 2016 г. распространенность избыточной массы тела/ожирения в детской популяции выросла с 4% до 18%.

Цель исследования: оценка физического развития детей, родившихся с исходным крупным весом (≥ 4000 г).

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 758 детей (373 девочки и 385 мальчиков) в возрасте от 5–6 лет, посещавших детские дошкольные учреждения. Детям проводилась стандартная антропометрия (масса тела, рост, окружность бедра, окружность талии). Оценку полученных показателей проводили согласно с рекомендациями ВОЗ (2010).

Результаты. Анализ антропометрических показателей выявил у 8,3% детей ожирение (> 95 перцентиль), у 6,6% детей отмечался избыток массы тела (85–95 перцентили). Избыток массы в 1,8 раза чаще встречался у мальчиков. У 45,6% детей с ожирением/избыточной массой отмечалось дисгармоничное развитие (отставание показателей роста). Важно, что тимомегалия в анамнезе была выявлена только у 11 детей с ожирением/избыточной массой.

Заключение. Таким образом, каждый шестой дошкольник имеет проблемы с избыточным весом, что не является самоликвидирующейся проблемой. Практически у половины из них наблюдается дисгармония физического развития за счет отставания ростовых показателей. Педиатрам следует более тщательно обследовать детей, чей индекс массы тела достигает или превышает 85-ю перцентиль, проводить качественную оценку показателей физического развития.

305

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ДЕТЕЙ**Смирнова Ю. В.***Алтайская краевая клиническая детская больница, Барнаул,
Российская Федерация*

Актуальность. В литературе нет единого мнения о том, стоит ли оперировать патологическую деформацию внутренних сонных артерий (ПДВСА) у детей. Заключение об эффективности коррекции основывались не на методах доказательной медицины, а сводились к описанию положительной динамики до и после вмешательства.

Цель исследования: оценить эффективность хирургического лечения цереброваскулярной недостаточности, обусловленной ПДВСА у детей.

Пациенты и методы. Группа контроля дети после консервативного лечения ($n = 50$). Группа вмешательства — после хирургической коррекции ($n = 50$). Распределение детей на группы основывалось на согласии или несогласии родителей на оперативное вмешательство. Это клиническое проспективное исследование, построенное по принципу «случай-контроль». Проведена резекция извитого участка. Дети из группы контроля получали вазоактивную, ноотропную, метаболическую терапию. Оценка эффективности лечения с применением методов доказательной медицины — расчет относительного риска, отношения шансов, снижение абсолютного риска, снижение относительного риска.

Результаты. По большинству клинических критериев оперативное лечение не имеет преимуществ перед консервативным воздействием. Оба метода адекватно эффективны в плане преходящих нарушений мозгового кровообращения. Оба вида лечения оказывали эффективное действие на мозговую циркуляцию в виде увеличения линейной скорости кровотока в средних мозговых артериях. В отдаленном периоде после коррекции отмечалось 6 рецидивов аномалии.

Заключение. Метод оперативной коррекции в детском возрасте не имеет преимуществ по сравнению с консервативной терапией. Приоритетным направлением в ангионеврологии является терапевтическое патогенетическое лечение цереброваскулярной недостаточности.

306

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Смирнова Ю. В., Смирнов К. В.

*Алтайская краевая клиническая детская больница, Барнаул,
Российская Федерация*

Актуальность. Сахарный диабет (СД) у детей актуальная проблема современной медицины, в связи с неуклонным увеличением заболеваемости подрастающего поколения и значительным ухудшением качества жизни из-за развивающихся осложнений, особенно неврологических, объединяемых термином «диабетическая нейропатия».

Цель исследования: изучить проявления диабетической нейропатии на различных уровнях центральной и периферической нервной системы у детей с СД I типа посредством комплекса нейрофизиологических методик.

Пациенты и методы. Было обследовано 325 детей с сахарным диабетом I типа. Средний возраст $10,2 \pm 2,6$ (М $\pm$ SD). В зависимости от длительности заболевания дети были разделены на 3 группы. Для объективной оценки функций созревающего мозга и периферических нервных проводников при СД был применен комплекс методик: электроэнцефалография, когнитивные и соматосенсорные вызванные потенциалы, электронейромиография.

Результаты. Отмечается нарушение биоэлектрической активности мозга в виде усиления влияний на кору со стороны неспецифических подкорково-стволовых структур, общего замедления, задержки формирования корковой ритмики. При сахарном диабете I типа характерно вовлечение как периферических, так и центральных афферентных путей с увеличением времени проведения на участках плечевое и пояснично-крестцовое сплетения — сенсорная зона коры. У детей с СД I типа имеется страдание когнитивных функций в виде нарушения скорости информационных процессов и снижения уровня направленного внимания. Наиболее частым осложнением является сенсомоторная полинейропатия.

Заключение. Применение комплексного подхода в диагностике диабетической нейропатии является оправданным и позволяет использовать нейрофизиологические методики для оценки локализации процесса, степени выраженности и обнаружению субклинических проявлений. Подавляющее большинство пациентов с СД имеют те, или иные отклонения со стороны центральной и периферической нервной систем, что позволяет диагностировать диабетическую нейропатию.

307

**ТРЕНИРОВКИ С ГИПЕРКАПНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИЕЙ —
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
ПОЛИНЕЙРОПАТИИ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА****Смирнова Ю. В., Смирнов К. В., Назаркина О. М.***Алтайская краевая клиническая детская больница, Барнаул,
Российская Федерация*

Актуальность. Известно, что при сахарном диабете (СД) 1 типа развивается грозное осложнение — диабетическая периферическая полинейропатия (ДПН), что показывает важность разработки новых эффективных методов терапии, направленных на патогенез развития ДПН. Перспективными в этом отношении могут быть дыхательные тренировки с комбинированным воздействием гипоксии и гиперкапнии (гиперкапническая гипоксия).

Цель исследования: исследовать эффективность дыхательных тренировок с гиперкапнической гипоксией (ГГ) в комплексном лечении полинейропатии у детей, обусловленной СД 1 типа.

Пациенты и методы. Было обследовано 50 детей, поделенных на 2 равных группы, сопоставимых по возрасту, полу, длительности течения заболевания и уровню компенсации обменных процессов. Критерии включения: наличие полинейропатии, верифицированной на основании клинических данных и изменений электронейромиографии. Пациенты основной группы наряду со стандартной терапией получали курс дыхательных тренировок с ГГ.

Результаты. В процессе применения ГГ тренировок побочных явлений не наблюдалось. Тренировки с ГГ обеспечивали снижение в крови уровень концентрации глюкозы натощак с 13,1 до 9,2 ммоль/л ($p < 0,01$). По шкале NIS-LL после лечения были установлены значимые различия между группами ($p < 0,05$). Симптомы неврологических нарушений в основной группе до лечения составляли $5,2 \pm 1,1$, по окончании — $3,1 \pm 0,4$ ($p < 0,05$). В контрольной группе $6,1 \pm 1,6$ до лечения против $4,5 \pm 0,5$ после ($p < 0,05$). Курс ежедневных 20-минутных респираторных тренировок с ГГ на протяжении 14 дней позволяет увеличить скорость проведения возбуждения по всем исследованным двигательным нервам конечностей, уменьшить резидуальную латентность ($p < 0,01$), увеличить амплитуду М-ответа ($p < 0,05$), что свидетельствует о значимом патогенетическом воздействии ГГ на нервное волокно.

Заключение. Тренировки с ГГ вносят существенный вклад в патогенетическую терапию СД и ДПН, оказывают значимый клинический и электрофизиологический эффект.

308

РОЛЬ ОЦЕНКИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К СОРНЫМ И ЗЛАКОВЫМ ТРАВАМ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕРЕЗУ И ОРАЛЬНЫМ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Сновская М. А., Намазова-Баранова Л. С., Кожевникова О. В., Ерешко О. А., Макарова С. Г., Митюшин И. Л.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Сенсибилизация к березе часто сочетается с сенсибилизацией к пищевым продуктам.

Цель исследования: изучить иммунный ответ на пищевые аллергены у детей с аллергией, обусловленной пылью березы, и ОАС.

Пациенты и методы. У детей с ранее установленной сенсибилизацией к березе и ОАС при употреблении фруктов ($n = 60$) исследован IgE-ответ на экстракты аллергенов злаковых и сорных трав, пищевых продуктов (банан, томаты, морковь, картофель), алергокомпоненты березы (ImmunoCAP, Thermo Fisher Scientific), выполнены кожные скарификационные тесты (КСТ) для исключения скрытой сенсибилизации.

Результаты. IgE к аллергенам трав выявлены у 75% детей, а сочетанная сенсибилизация (к злаковым и сорным травам) у 53,3%. Значимость сенсибилизации подтверждена в КСТ. Частота изолированной сенсибилизации к сорным травам значимо выше, чем к злаковым травам (5% и 16,7% соответственно). Антитела к одному или нескольким аллергенам овощей/банана имели 71,7% детей, при этом IgE к банану и моркови выявлены у более 61%, к картофелю и томатам у более 41% детей. У трети детей обнаружены антитела ко всем рассматриваемым пищевым аллергенам (23 ребенка), у 22 из них также наблюдалась IgE к аллергенам деревьев, злаковых, сорных трав. Корреляционный анализ показал, что позитивные ответы на аллергены овощей и банана ассоциированы с сенсибилизацией пациентов к аллергенам трав ($r = 0,77 \div 0,89$ для сорных трав, $r = 0,64 \div 0,69$ для злаковых трав). Антитела к Bet v6 обнаружены у 55% детей с ОАС, у 1,7% — к Bet v4, у 13,3% к Bet v2. Вместе с тем не установлена взаимосвязь между позитивными ответами пациентов на алергокомпоненты березы и аллергены овощей ($r < 0,35$).

Закключение. При обследовании детей с аллергией на березу и ОАС и выборе тактики лечения важно оценивать иммунный ответ на аллергены сорных и злаковых трав, т.к. у данных пациентов выявляется высокая частота развития сенсибилизации к пищевым аллергенам овощей, не связанная с аллергенами березы, но ассоциированная с сенсибилизацией к пыльцевым аллергенам трав, среди которых наибольшее значение имеют сорные травы.

309

**ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ****Соболевская Т. А., Рябова И. В., Нежкина Н. Н.***Московский городской педагогический университет, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. В связи с повышением уровня травматизма в школах, необходимо менять систему оказания первой помощи (ПП). Статистические данные свидетельствуют о том, что своевременное оказание ПП пострадавшим предупреждает ухудшение состояния организма и способно оказать положительное влияние на дальнейшее лечение, уменьшая его продолжительность и снижая детскую смертность. Наиболее эффективным в данном вопросе является оказание ПП пострадавшим еще до прибытия скорой помощи. Такой результат возможен при условии должной подготовки педагогических кадров в школе.

Цель исследования: разработка рекомендаций для учителей по оказанию ПП с целью совершенствования их компетентности по обеспечению охраны жизни и здоровья обучающихся.

Пациенты и методы. Проведено анкетирование 628 педагогов из 36 школ г. Москвы с целью выявления отношения педагога к вопросу оказания ПП учителем, а также уровня и содержания осведомленности в вопросах оказания ПП обучающимся и тестирование знаний в вопросах оказания ПП до и после апробации методических рекомендаций по оказанию ПП.

Результаты. Проведенное нами исследование выявило явные пробелы в подготовке и готовности педагогов оказать ПП пострадавшему. Учителя не понимают, чем отличается оказание ПП от первой медицинской помощи или неотложной. Только 60,2% респондентов знают, что при возникновении ЧС ПП ребенку в школе может оказывать каждый человек и такое же кол-во педагогов знают номер вызова скорой помощи. Половина опрошенных готовы дать ребенку в определенных случаях лекарственные средства, хотя делать это нельзя. Лишь 15% педагогов знают, как провести комплекс реанимационных мероприятий. Исходя из вышеизложенного, целесообразным представляется регулярное обучение педагогов алгоритмам и практическим навыкам оказания ПП обучающимся с целью формирования готовности к охране их жизни и здоровья.

Заключение. На основе исследований разработаны рекомендации для учителей по оказанию ПП, с учетом требований законодательства.

310

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Соловьева Н. А., Кулакова Г. А., Курмаева Е. А.

*Казанский государственный медицинский университет, Казань,
Российская Федерация*

Актуальность: поиск путей улучшения здоровья детей. Основными факторами в формировании здоровья являются течение беременности и родов, качество оказания медицинской помощи.

Цель исследования: изучение состояния здоровья и оценка риска формирования патологии у детей.

Пациенты и методы: анализ 400 учетных форм № 112 новорожденных. Проведена оценка эффективности прогнозирования состояния здоровья детей и степени реализации рисков формирования отклонений.

Результаты. Беременность без патологии протекала в 37% случаев. У 32% женщин наблюдался гестоз первого триместра, у 25% — анемия. В 96% случаев роды срочные, при этом нормальное течение наблюдалось у 53% женщин. В 23% проведено оперативное родоразрешение. Анализ ante- и интранатального периодов позволил прогнозировать риск формирования отклонений в состоянии здоровья детей. Риск патологии центральной нервной системы прогнозирован в 68% случаев, в 61% риск метаболических нарушений, у 46% риск развития врожденных пороков. В антенатальном периоде составлялся индивидуальный план профилактических мероприятий для снижения риска развития прогнозируемой патологии. При поступлении на педиатрический участок 71% новорожденных были здоровы. Перинатальная патология центральной нервной системы у 12%, задержка внутриутробного развития у 8%, избыток массы тела (крупный плод) у 9%. Среди детей, рожденных оперативным путем, 32% имели перинатальную патологию центральной нервной системы, 25% — задержку внутриутробного развития, избыток массы у 18%.

Заключение. Таким образом, неблагоприятные факторы ante- и интранатального периодов оказывают выраженное влияние на формирование здоровья новорожденного. Необходим индивидуальный подход в проведении профилактических мероприятий для снижения реализации риска.

311

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ****Сороковикова Т. В., Чичановская Л. В., Кочегурова Е. М.***Тверской государственный медицинский университет, Тверь,
Российская Федерация*

Актуальность. Изучение перинатальных поражений центральной нервной системы гипоксически-ишемического генеза (ГИП ЦНС) у детей раннего возраста остается актуальным в связи с высоким уровнем их распространенности.

Цель исследования: выявление особенностей клинической картины у детей с ГИП ЦНС в зависимости от степени тяжести поражения и пола.

Пациенты и методы: Обследовано 120 доношенных новорожденных с ГИП ЦНС (девочек 57, мальчиков 63) клиническими и инструментальными методами.

Результаты. У 104 детей (86,7%) отмечалась 2 степени тяжести церебральной ишемии, у 16 (13,3%) 3 степень. В клинике преобладали возбуждение ЦНС — 43 ребенка (33,3%) и гипертензионный синдром у 39 детей (32,5%). Синдром угнетения отмечен в 23,3%, вегето-висцеральных нарушений (ВВН) в 16,7%, судорожный у 10 детей (8,3%). При 3 степени церебральной ишемии чаще, чем при 2 выявляются синдромы угнетения (75,0%; 15,4%) и судорожный (43,8%; 2,9%), $p < 0,01$. Гипертензионный синдром и синдром ВВН встречался чаще у пациентов с 3 степенью, возбуждение ЦНС отмечен только у больных со 2 степенью. Наиболее часто дети имели 1 клинический синдром (95 детей 79,2%), в 3 раза реже — 2 синдрома у 22 (18,3%). Наименьшее количество детей имело 3 синдрома у 3 (2,5%). У детей с 3 степенью среднее число синдромом достоверно выше, чем у детей со 2 степенью ($p < 0,01$). Отмечено, что церебральная ишемия 3 степени встречается чаще у мальчиков, чем у девочек (17,5% и 8,8%, $p < 0,05$). У мальчиков в 1,7 раза чаще встречался синдром ПНРВ (44,4% и 26,3%, $p < 0,05$), в 1,9 раза чаще синдром ВВН (27,0% и 14,0%, $p < 0,05$), в 2 раза чаще судорожный синдром (11,1% и 5,3%, $p > 0,05$). У девочек чаще отмечался гипертензионный синдром (45,6% и 25,4%, $p < 0,01$) и синдром угнетения (26,3% и 20,6%, $p > 0,05$). Мальчики, достоверно чаще, чем девочки, имели по 2 клинических синдрома (25,4% и 10,5%, $p < 0,05$).

Заключение. При поражении ЦНС 3 степени отмечается несколько клинических синдромов, что важно учитывать при определении тактики ведения. У мальчиков отмечено более тяжелое поражение ЦНС по сравнению с девочками.

312

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Спивак И. М., Модестов А. А., Орешина М. Л.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Наполнение медицинским персоналом интернет-пространства подготовленными видеоматериалами является современной формой информирования и образования населения. Однако содержание видеоматериалов профилактической направленности, актуальное для родителей детей, остается не раскрытым.

Цель исследования: определить содержание профилактической работы педиатрических медицинских сестер с населением.

Пациенты и методы. Анализировались тематика и количество просмотров видеороликов «Советы родителям», подготовленные медицинскими сестрами ФГАУ НМИЦ здоровья детей Минздрава России для канала Союза педиатров России.

Результаты. За период 2014–2017 гг. медицинские сестры записали 28 видеороликов. По тематике было выделено три основные группы. В группу тем «Обеспечение безопасности жизнедеятельности» вошли 9 (32%) видеороликов с суммарным просмотром 59944. Максимальный запрос родителей направлен на дезинфекцию ртути в помещении (36333 просмотра) и действия при травмах (6717 просмотров). К группе «Здоровый образ жизни» отнесено 12 (43%) видеороликов с общим просмотром 237961. Высокий интерес населения вызвали ингаляции (131823 просмотра) и гигиена девочек (64705 просмотров). В группу «Подготовка к медицинским исследованиям» вошли 7 (25%) видеороликов, которые посмотрели 8231 чел. Наибольшее количество просмотров набрали подготовка к функциональной и МРТ-диагностике (соответственно 1764 и 2661 просмотров).

Заключение. Актуальными темами профилактической работы педиатрических медицинских сестер являются здоровый образ жизни и обеспечение безопасности жизнедеятельности ребенка.

313

КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Спивак И. М., Модестов А. А., Бирюкова Е. Г.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Выдвижение медицинских сестер «на первый край» работы с пациентами предъявляет высокие требования к их коммуникативной компетентности (КК). Современное понимание КК, как комплексной личностной характеристики, оставляет открытым вопрос ее измерения, без решения которого определение эффективности обучения профессиональному общению остается субъективным.

Цель исследования: определение структуры и уровня КК сестринского персонала.

Пациенты и методы. Структура КК разрабатывалась в ходе анализа релевантной литературы. Уровень КК измерялся методами включенное наблюдение и экспертная оценка во время тренинга «Консультирование в работе медицинских сестер». Эксперты: менеджер сестринского дела — 1, педагог-психолог — 1, менеджер-организатор — 2. Приняты уровни КК: низкий 1–3; средний 4–7; высокий 8–10 баллов. Группа испытуемых 13 чел., участники Проекта развития сестринского звена в педиатрии, реализуемого ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. Образование — среднее специальное. Средний возраст — 36 ± 10 лет.

Результаты. Структура КК включает критерии «стеничность», «конгруэнтность», «содержательность», «результативность». Стеничность содержит параметры: громкость и темп речи; конгруэнтность: тональность речи и эмоциональная включенность; содержательность: адаптированность и актуальность информации; результативность: удовлетворенность пациента и вероятность нового/повторного обращения. КК обследуемых медицинских сестер находится на уровне средних значений по всем параметрам (4–7 баллов) и не зависит от вида общения: диалогическое или монологическое. Отмечены достоверные различия ($p \leq 0,05$) по критерию «стеничность» в двух коммуникативных ситуациях: установление эмоционального контакта с пациентом (диалог) и его информирование/убеждение (монолог). Последнее вызывает трудности и говорит о недостаточности лидерских качеств у испытуемых.

Заключение. Проведенное исследование демонстрирует возможность структурирования, измерения и развития КК сестринского персонала, особенно навыков убеждения.

314

ПРЕНАТАЛЬНАЯ И ПОСТНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКОЙ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ — СИНДРОМА КОЛЬЦЕВОЙ 18-й ХРОМОСОМЫ

Ставцева С. Н., Кирсанова Т. А., Стребкова В. В., Сапронова М. В., Кирсанова В. А.

Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям и детям имени З. И. Круглой, Орел, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время все большее внимание мирового медицинского сообщества привлекают редкие (орфанные) заболевания. 80% нозологических форм наследственно обусловлены и служат причиной смерти 33–37% детей в возрасте до 1 года, способствуют развитию инвалидности у 40% детей (по данным ВОЗ) и представляют собой острую медико-социальную проблему.

Цель исследования: продемонстрировать клинический случай синдрома кольцевой 18 хромосомы с позиций междисциплинарного подхода.

Пациенты и методы: пациентка с синдромом кольцевой 18 хромосомы. Пренатально: ультразвуковая диагностика, биохимический скрининг I триместра беременности по программе Astraia. Постнатально: осмотр генетиком, НСГ, Эхо-КГ, Rg-графия обзорная органов грудной клетки и брюшной полости, аудиоскрининг, КГ позвоночника, хромосомный анализ стандартным культивированием лимфоцитов периферической крови с дополнительным применением метода Fish-диагностики.

Результаты. При медико-генетическом консультировании даны разъяснения родителям девочки сути выявленной патологии, возможных ее причинах, предоставлены рекомендации о необходимости проведения дополнительных консультаций и обследований, так как симптоматическое лечение ребенка с данной хромосомной патологией требует междисциплинарного подхода с привлечением специалистов различного профиля.

Заключение. Данный клинический случай имеет большую практическую значимость для врачей различных специальностей. Точный диагноз важен не только для выбора тактики лечения ребенка и прогноза качества жизни, но и для медико-генетического консультирования семьи, определения риска возникновения повторных случаев в семье рождения ребенка с генетической патологией, выбора способов ранней пренатальной диагностики для выявления отклонений в развитии плода.

315

ЕВРОПЕЙСКИЕ РАЗЛИЧИЯ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЮИА**Стадлер Е. Р., Санталова Г. В., Давыдова М. А., Минден К. Н., Ниверс М. Х., Горция Д. Х., Бруннер Д. Х., Каллинич Т. Х.***Самарский государственный медицинский университет, Самара, Российская Федерация*

Актуальность проблемы изучения ювенильного идиопатического артрита (ЮИА) объясняется неуклонным ростом данной патологии, что показало участие в международном научно-исследовательском проекте совместно с немецким Rheuma-Forschungszentrum Berlin.

Цель исследования: выявить различия в оценке общего состояния, болевого синдрома, активности заболевания, нарушении функции суставов у пациентов с ЮИА детских ревматологических клиник России, Германии, Австрии и Польши. Показать различия в назначении медикаментозной терапии.

Пациенты и методы. Обследовано 433 ребенка из университетской клиники Самары — *возможно, это учреждение нужно написать по-русски?* (S), Россия (80), Universitätsmedizin Berlin — Charité (B-Ch), Германия (175), Universitätsklinik Innsbruck (I), Австрия (50), Universitätsklinik Wroclaw (W), Польша (128) в 2015 г. Количество девочек (М) 69%. Оценка общего состояния и активности заболевания оценивались врачом и пациентом по критериям JADAS71, JADAS27 и JADAS10, общая оценка активности болезни врачом и родителями/пациентом по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); функциональная способность по критериям CHAQ.

Результаты. Средний возраст начала заболевания по всем группам составляет 6,7 лет. Длительность заболевания в среднем — 5,3 года, S — 5,4, B-Ch — 5,9, I — 5,8, W — 4,3 года. При сравнении по критериям JADAS и CHAQ выявлены существенные различия. Активность заболевания JADAS (0–30) в S составляет 8,9, в B-Ch — 4,2, в W — 5,9. Индекс CHAQ (0–3) — 0,38–0,25–0,31 — соответственно. Оценка по критериям ВАШ врачом в B-Ch и W оказалась выше, чем оценка родителем/пациентом (1–2,3 и 1,8–2,1 соответственно). Анализ терапии показал различия в назначении нестероидных противовоспалительных препаратов, B-Ch и W — 31%, I — 23%, S — 93%. Доля пациентов, получающих базисную препараты, в том числе биологические составляет S-BCh-I-W — 99%–79%–70%–100% соответственно. Доля госпитализаций за последний год в B-Ch 17,9%, в W — 52,8%, в S — 88,6%.

Заключение. Выявленные различия могут быть связаны с особенностями системы здравоохранения и финансирования и использованы для оптимизации лечения детей с ЮИА.

316

ВЛИЯНИЕ ПИЩЕВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Стасий Е. Д., Таранец И. И., Нику О. А., Горелко Т. Г.

Государственный университет медицины и фармации имени Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова

Актуальность. Бронхиальная астма является одной из ведущих причин хронических болезней на глобальном уровне. Наблюдается рост ее распространенности, особенно среди детей. Астма является основной причиной пропусков в школе. В значительной мере это связано с проблемами качества ее ведения на различных уровнях медицинской помощи. Известно, что в этиологической структуре астмы у детей значителен удельный вес пищевых аллергенов, однако механизмы их участия в патогенезе заболевания недостаточно изучен.

Цель исследования: изучить участие пищевых аллергенов в патогенезе и клиническом течении бронхиальной астмы у детей

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 136 детей в возрасте от 1 года до 18 лет, страдающие бронхиальной астмой, включая 85 пациентов в спектре сенсibilизации у которых была выявлена пищевая сенсibilизация и 58 детей, у которых пищевая аллергия не была выявлена. Диагноз основывался на данных анамнеза, клинических данных, выявления специфических иммуноглобулинов Е (IgE) к пищевым, клещевым, эпителиальным аллергенам и к пыльцам трав и деревьев, кожного тестирования, определения циркулирующих иммунных комплексов, эозинофилов в периферической крови. Для детей старше 5 лет анализировали данные спирометрии.

Результаты. У большинства пациентов первой группы были обнаружены IgE-антитела к яйцам, рыбе, орехам, молоку, пшеничной муке, кукурузе. В 86% случаев установлена поливалентная сенсibilизация. Спектр сенсibilизации в значительной мере обусловлен возрастом пациентов, длительностью болезни и наследственной предрасположенностью.

Заклучение. Выявлены некоторые особенности патогенеза и клинического течения бронхиальной астмы у детей с сопутствующей сенсibilизацией к пищевым аллергенам. Данные исследования подтверждают необходимость выработки индивидуальных подходов к лечению для поддержки контроля болезни.

317

**ИНФЕКЦИОННЫЕ И НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ПРИЧИНЫ
ЛИМФАДЕНОПАТИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ****Степанова Т. В., Быкова И. Л., Брежнева Н. В.***Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко,
Воронеж, Российская Федерация*

Актуальность исследования обусловлена разнообразием патологических состояний с увеличением лимфатических узлов инфекционной и неинфекционной природы у детей и отсутствием специфических диагностических признаков. Лимфаденопатии гетерогенная группа заболеваний, сопровождающихся увеличением лимфоузлов. В ряде случаев это свидетельствует о транзиторном пролиферативном ответе на локальную или генерализованную инфекцию.

Цель исследования: определить причины и природу лимфаденопатий у детей и подростков в педиатрической практике.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 1800 пациентов с лимфаденопатиями, прошедших через дневной стационар ОДКБ № 1 г. Воронежа в период с 2004 по 2015 гг. Возраст пациентов от года до 17 лет, мальчики/девочки 1,1/1. Оценивали локализацию, степень увеличения, консистенцию, динамику гиперплазии лимфоузлов в возрастном аспекте, инфекционный статус.

Результаты. При обследовании наиболее часто наблюдалось увеличение лимфоузлов шеи (73,2%), у детей в возрасте 4–5 лет (34%) на фоне ОРВИ и в 14–15 лет (21%) при наличии хронических очагов инфекции в носоглотке. В 2,8% случаев пальпировались надключичные лимфоузлы у детей разного возраста. На фоне острых респираторных вирусных инфекций гиперплазия шейных лимфоузлов сохранялась от 3 недель до 1 месяца (73,%). При наличии очагов персистирующей хронической инфекции (12,1%) — от одного до трех месяцев. В 14,5% случаев увеличение лимфатических узлов сохранялось от шести месяцев до года, что требовало проведения расширенного обследования, открытой биопсии. Результаты исследования показали, что у большинства пациентов лимфаденопатии шеи имели инфекционно-воспалительную природу (92,5%), в 4,5% случаев — опухолевую, в 2,7% — инфекционно-аллергическую, в 0,5% — кистозную.

Закключение. Среди причин шейных лимфаденопатий у детей чаще преобладают инфекционно-воспалительные заболевания. Длительно сохраняющаяся или прогрессирующая гиперплазия лимфоузлов шеи требует тщательного обследования пациента.

318

30-ЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МОСКОВСКИХ ДОШКОЛЬНИКОВ

Степанова М. И., Березина Н. О., Лашнева И. П.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Изучение физического развития (ФР) детей как ведущего критерия их состояния здоровья является одним из важных направлений гигиенических исследований.

Цель исследования: комплексная оценка ФР современных дошкольников в сравнительном аспекте с результатами исследований их сверстников конца XX века.

Пациенты и методы. Обследовано 970 детей от 3-х до 7 лет (512 мальчиков и 458 девочек) в 7 московских детских садах. Антропометрические показатели (длина и масса тела) оценивались по таблицам, составленным на основе региональных стандартов методом регрессионного анализа в модификации НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков. Измерения мышечной силы кисти (МСК) осуществлялись с помощью кистевого динамометра по стандартной методике. Для сравнения использовались результаты исследований ФР 1066 дошкольников, проведенных в конце 80-х и 90-х годов прошлого века.

Результаты. Анализ полученных данных за 30-летний период исследований свидетельствует об увеличении с 13,0 до 21,0% ($p < 0,001$) доли детей, имеющих отклонения в ФР. Количество детей с дефицитом массы тела уменьшилась с 17,0 до 10,0% ($p < 0,001$), а численность дошкольников с избытком массы тела увеличилась с 3,0 до 10,0% ($p < 0,001$). Прирост массы тела с 4-х до 7 лет увеличился у девочек и мальчиков соответственно на 16,0% и 21,0% ($p < 0,001$). У старших дошкольников установлено снижение МСК: в 5-летнем возрасте у девочек и мальчиков соответственно на 1,4 кг и 1,7 кг, в 6 лет — на 3,9 кг и 4,2 кг, в 7 лет — на 4,2 кг и 5,1 кг, что подтверждается снижением годовых приростов в 2 раза за последние 30 лет.

Заключение. Выявленная негативная тенденция динамики ФР у дошкольников, на наш взгляд, обусловлена, прежде всего, дефицитом двигательной активности с приоритетом статических и интеллектуальных образовательных нагрузок, с широким внедрением в жизнь электронных гаджетов, которые повсеместно используются в игровой деятельности детьми на этапе дошкольного детства, а также отсутствием во многих семьях рационального питания.

319

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА COL3A1
И СИНТРОПНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ
ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ****Стоева Т. В., Джагиашвили О. В.***Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

Актуальность. Высокая распространенность синтропии при заболеваниях пищеварительной системы обуславливает необходимость изучения множества патогенетических механизмов, в частности связи заболеваний с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) и дисфункцией коллагена.

Цель исследования: определить взаимосвязь полиморфизма COL3A1 и синтропной патологии при функциональных расстройствах органов пищеварения у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 63 ребенка с функциональными расстройствами органов пищеварения (ФРОП) в возрасте от 2,5 до 16 лет. У всех детей оценивали фенотипические проявления ДСТ на основании диагностических критериев Л. Н. Аббакумовой. Для определения полиморфизма гена коллагена III типа альфа 1 (COL3A1) rs1800255 2092G>A использовали анализ полиморфизма длин рестрикционных фрагментов (ПДРФ).

Результаты. По основным клиническими проявлениям ФРОП выделили две группы пациентов. Группа синдрома раздраженного кишечника ($61,9 \pm 6,1\%$) и функциональных расстройств билиарного тракта (ФРБТ) ($38,5 \pm 6,1\%$). По результатам ПДРФ-анализа у 47,6% (95% ДИ 35,0–60,2) детей был установлен гетерозиготный вариант (G/A) полиморфизма COL3A1, с преобладанием пациентов группы ФРБТ ($p = 0,008$). У пациентов с G/A генотипом диагностирован широкий спектр синтропной патологии ($\chi^2 = 9,5$; $p = 0,002$): аномалии развития желчного пузыря ($58,7 \pm 6,2\%$), вторичная недостаточность поджелудочной железы ($42,9 \pm 6,2\%$), вторичный ацетонемический синдром ($23,8 \pm 5,4\%$), а также выраженные признаки ДСТ ($\chi^2 = 4,5$; $p = 0,03$) со стороны опорно-двигательного аппарата (сколиоз ($54,2 \pm 10,2\%$), гипермобильность суставов ($38,1 \pm 6,1\%$) и внутренних органов: малые аномалии развития сердца ($17,5 \pm 4,8\%$), желчного пузыря ($58,7 \pm 6,2\%$) и др.

Заключение. Использование ПДРФ-анализа у пациентов с функциональными расстройствами органов пищеварения позволило выявить статистически значимую взаимосвязь G/A генотипа полиморфизма COL3A1 с широким диапазоном синтропной патологии и выраженными фенотипическими проявлениями ДСТ.

320

ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Строгий В. В., Волкова О. Н., Юшко В. Д.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) и сопутствующее ожирение являются наиболее распространенными факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний как у взрослых, так и среди детей. При этом ожирение способствует ухудшению функционирования сердца. Оценка состояния работы сердца, раннее выявление изменений и последующий выбор нагрузки является актуальным для профилактики данной патологии.

Цель исследования: оценить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у детей с АГ и ожирением для выявления скрытых функциональных резервов в условиях нагрузки.

Пациенты и методы. Физическую работоспособность оценили у 48 детей с АГ (с ожирением было 22 ребенка) и 25 здоровых (контрольная группа) по показателю PWC170 методом велоэргометрии.

Результаты. Для детей с АГ без ожирения достижение ЧСС = 170 ударов в 1 мин было на более низких уровнях нагрузки ($p < 0,010$) без изменений хронотропного резерва сердца. В целом уровень физической работоспособности был таким же — 985,9 (657,33–1086,83) кГм/мин, как и в группе контроля — 1034,57 (693,60–1081,70) кГм/мин. При этом значимого изменения АД на фоне нагрузки не было. Для лиц с сочетанием АГ и ожирения характерен минимальный уровень физической работоспособности — 644,79 (586,5–777,8) кГм/мин ($p < 0,001$) на фоне минимальной мощности нагрузки ($p < 0,001$). Возрастание эффективности работы сердца сопровождалось значительным ($p < 0,001$) расходом инотропного и хронотропного резервов сердца. Анализ срочной адаптации сердечно-сосудистой системы показал отсутствие увеличения ЧСС и силы сокращений, минимальные значения прироста САД ($p < 0,010$) в ответ на нагрузку, что обусловлено нетренированностью сердца. При этом физическая нагрузка способствовала росту ДАД в пределах нормы.

Закключение. Избыточное повышение ЧСС свидетельствует о недостаточном уровне компенсаторных механизмов сердечно-сосудистой системы у детей с АГ и ожирением и демонстрирует снижение резервных возможностей сердца, что необходимо учитывать при выборе физической тренировки.

321

ПЕРВИЧНЫЙ ГЕМОСТАЗ У ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ ПО АТЕРОСКЛЕРОЗУ**Строгий В. В., Былинский Н. Н.***Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь*

Актуальность. Большое значение в развитии атеросклероза (АС) и его осложнений имеет нарушение состояния первичного гемостаза, изменение процессов адгезии и агрегации тромбоцитов. Особый интерес представляет оценка данного гемостаза у детей и поиск ранних тромбогенных маркеров в группе атерогенного риска. К сожалению, в педиатрии такие исследования единичны.

Цель исследования: изучить состояние первичного гемостаза у детей, имеющих отягощенную наследственность по АС для последующего выделения групп тромбогенного риска.

Пациенты и методы. Исследование проведено среди 53 детей с отягощенной наследственностью по АС (отцы перенесли инфаркт миокарда до 60 лет, имели дислипидемию). Контрольную группу составило 26 здоровых детей без отягощенной наследственности. Первичный гемостаз оценен по количеству тромбоцитов, агрегации в присутствии 0,5 мкмоль/л раствора АДФ. Адгезия оценена косвенно по содержанию тромбоцитарного фактора Виллебранда. Исследование проведено турбидиметрическим методом с последующим выстраиванием временных графиков.

Результаты. Изменений в количественном содержании тромбоцитов в сравниваемых группах не было выявлено. Отягощенная по АС наследственность у детей способствовала увеличению степени агрегации до 22,9 (13,4–33,0)%, $p < 0,001$, и уменьшению времени агрегации — до 29,9 (27,1–36,1), $p < 0,010$. В исследуемой группе в структуре преобладали агрегатограммы ускоренной и обратимой агрегации (70,0%; $p < 0,010$), реже — ускоренной и необратимой агрегации (10,0%; $p < 0,001$). В то же время в контрольной группе преобладали агрегатограммы с наличием необратимой агрегации (44%) и нормальные агрегатограммы (56%). Концентрация тромбоцитарного фактора Виллебранда не отличалась от содержания его в контрольной группе, что свидетельствует об отсутствии изменений функции адгезии тромбоцитов.

Закключение. Выявленные нарушения агрегации тромбоцитов в виде увеличения степени и уменьшения времени агрегации свидетельствуют о возможном тромбогенном риске у детей с отягощенной наследственностью по АС, что требует динамического наблюдения.

322

МАЛЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА И ОТЯГОЩЕННАЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ ПО АТЕРОСКЛЕРОЗУ**Строгий В. В., Самохвал О. В.***Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь*

Актуальность. Результаты многих исследований свидетельствуют о высокой частоте сердечной стигматизации в группе детей с отягощенной наследственностью по раннему развитию атеросклероза (АС). Нередко наличие малых аномалий способствует развитию скрытой миокардиальной дисфункции левого желудочка (ЛЖ). Сочетаясь с аномалиями развития и строения коронарных сосудов, они способствуют развитию инфаркта миокарда и иной сосудистой патологии в молодом возрасте. Поэтому ранняя диагностика данных аномалий, функциональная оценка миокарда необходима в данной группе детей.

Цель исследования: изучить частоту и структуру малых аномалий сердца у детей с отягощенной наследственностью по АС.

Пациенты и методы. Эхокардиография и ЭКГ проведены 110 детям с отягощенной наследственностью по АС (у отцов в анамнезе инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет, дислипидемия). Группу контроля составило 120 здоровых детей без отягощенной наследственности.

Результаты. В целом у детей с отягощенной наследственностью отмечена высокая частота сердечной стигматизации (67,6%) по сравнению с группой контроля (17,5%; $p < 0,05$) в виде дополнительных хорд, трабекул в полости ЛЖ, нарушенного распределения хорд задней створки и эктопического крепления хорд передней створки митрального клапана, смещения септальной створки трикуспидального клапана, что сопровождалось синдромом ранней реполяризации желудочков (выявлен у 25,5%; $p < 0,05$). Единичные аномалии сердца (1–2) отмечены у 31,7% детей, 3 и более у 63,6% обследованных. При этом синдром ранней реполяризации ЛЖ чаще регистрировался среди детей, имеющих более 2 аномалий сердца (71,4%; $\chi^2 = 5,81$; $p < 0,05$).

Вывод. Отягощенная наследственность по АС в детском возрасте достоверно чаще сопровождается малыми аномалиями сердца и синдромом ранней реполяризации желудочков, что необходимо учитывать при проведении эхокардиографического и ЭКГ исследований у детей данной группы.

323

ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ИНФАНТИЛЬНОЙ ФОРМОЙ БОЛЕЗНИ ПОМПЕ**Судоргина Е. Ф., Чолоян С. Б., Шеенкова М. В., Добролюбова Л. В.***Детская городская клиническая больница, Оренбург, Российская Федерация*

Актуальность. Болезнь Помпе (гликогеноз II типа) орфанное заболевание с аутосомно-рецессивным механизмом наследования, связанное с повреждением всех мышечных и нервных клеток.

Цель исследования: описать клинический случай.

Пациенты и методы. Пациент с момента рождения до 3 лет. 3 мес.

Результаты. Мальчик, наблюдался у детского кардиолога ГАУЗ ДГКБ г. Оренбурга с 1,5 мес. В 4 мес. проведена энзимодиагностика на базе НЦЗД РАМН: а-D-галактозидаза — 68,4 нМ/мг/ч. Альфа-D-галактозидаза — 0,4 нМ/мг/ч. Бета-D-галактозидаза — 187,2 нМ/мг/ч. Диагноз также подтвержден на основании биохимических исследований. Проведено обследование в МГН НЦ РАМН: при исследовании гена GAA (кислой а-глюкозидазы) были обнаружены мутации p. Cys103Gly/c. 1030_1039del, описанные в международной базе данных по мутациям (SM040049). К 8 мес. у ребенка отмечались задержка физического развития, мышечная гипотония, гипертрофическая кардиомиопатия, тяжелая легочно-сердечная недостаточность, гепатомегалия, макроглоссия. Состояние расценивалось как очень тяжелое. С 8 мес. начат курс ФЗТ алглюкозидазой D в дозе 20 мг/кг/инфузия 1 раз в 14 дней. Ребенок получал ФЗТ в течение 32 мес. препаратом Майозам. На фоне проводимой терапии мальчик в возрасте 3-х лет имел гармоничное физическое развитие, сохранялись задержки нервно-психического и моторного развития. По данным ЭХОКГ отмечалась положительная динамика. В возрасте 3 лет 3 мес. на фоне ОРВИ у ребенка наступила острая дыхательная недостаточность, госпитализирован в реанимационное отделение с диагнозом: «Двухсторонняя пневмония. ДН 3 степени. СН 2А-Б». Ребенок находился на ИВЛ 505 часов. Развились двусторонний плеврит, перикардит, кома 2–3 степени. На 21 день наступил летальный исход.

Закключение. При болезни Помпе актуально проведение профилактических прививок, раннее лечение вирусных и бактериальных инфекций.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ ТАХИКАРДИЙ

Султанов А. Т., Салихова М. З., Рожкова С. Н., Назарова И. Д.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Актуальность врожденных кардитов у детей раннего возраста обусловлена феноменом внезапной смерти вообще и сердечной в частности. Признаком этой патологии являются аритмии, а именно приступы пароксизмальной тахикардии, которые требуют неотложной терапии.

Цель исследования: внедрение алгоритма лечения пароксизмальных тахикардий у детей раннего возраста с врожденным кардитом.

Пациенты и методы. Клинические наблюдения и результаты специальных методов обследования (электрокардиография (ЭКГ), кардиоинтервалография (КИГ) с оценкой качественных характеристик исходного вегетативного тонуса (ИВТ)) проводились у 26 детей в возрасте от 6 месяцев до 2,5 лет с приступами пароксизмальной тахикардии (ПТ) на фоне кардитов.

Результаты. Причинами ПТ были у 25% ОРВИ, у 30% нервное возбуждение, у 45% причины не выявлены. По результатам ЭКГ у 21 ребенка тахикардии были с узкими комплексами QRS (суправентрикулярная форма), а у 5 детей с широкими комплексами QRS (желудочковая форма). Со стороны гемодинамики отмечались признаки венозного возврата в системе большого и малого круга кровообращения с характерными признаками венозного стаза. Основу базисной терапии вне приступа ПТ при кардитах составляли ноотропные препараты и препараты с метаболическим и антиоксидантным действием. Эффективным был Магне В6, обладающий антиаритмическим и метаболическим эффектом и вазотропный препарат тенотен детский, улучшающие мозговое и периферическое кровообращение.

В связи с этим нами предложена схема купирования приступа ПТ у детей:

- I. Данные ЭКГ — узкий комплекс QRS: Дигоксин-новокаиномид-магне В6;
- II. Данные ЭКГ — широкий комплекс QRS: Кордарон-Магне В6-тенотен детский.

Заключение. Таким образом, проведенные нами результаты исследований позволили предложить алгоритм снятия приступа ПТ на фоне базисной терапии.

325

**АНКЕТИРОВАНИЕ МАТЕРЕЙ ПО ВОПРОСАМ ГРУДНОГО
ВСКАРМЛИВАНИЯ В г. ЧИТА****Суслопарова Е. В., Щербак В. А., Щербак Н. М., Панченко А. С.***Детский клинический медицинский центр, Чита, Российская Федерация*

Актуальность. Естественное вскармливание является важным звеном в развитии здорового ребенка. Для популяризации грудного вскармливания предпринята инициатива «Больница, доброжелательная к ребенку», которая направлена на то, чтобы поддержать женщин в осуществлении их права кормить ребенка грудным молоком.

Цель исследования: выяснить отношение матерей к проблеме грудного вскармливания в г. Чите.

Пациенты и методы. Проводилось анкетирование 120 матерей, дети которых наблюдаются в поликлинических подразделениях Детского клинического медицинского центра г. Читы. Анкетирование проводилось для определения информированности матерей по вопросам грудного вскармливания (необходимость совместного пребывания в родовспомогательном учреждении, вред сосок и бутылочек, знания о технике кормления и патологических состояниях молочных желез).

Результаты. В ходе анализа было отмечено, что 95% респондентов информировано о необходимости совместного пребывания с ребенком в родовспомогательном учреждении. 37% кормящих женщин знают о транзиторных (лактационный криз, гипогалактия) и патологических (мастит) состояниях молочных желез. Только 15% женщин информированы о вреде сосок и бутылочек. Отмечено, что 87% детей получали докорм в родовспомогательных учреждениях в виде адаптированных молочных смесей, что противоречит принципам рационального питания детей. Также отмечено, что матери не владеют информацией о технике прикладывания к груди, способах стимуляции лактации.

Заключение. По итогам исследования установлено, что в родовспомогательных учреждениях не в полном объеме соблюдаются принципы охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания.

326

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ В КРАСНОДАРЕ

Сутовская Д. В., Дубова Л. В., Кашина Е. К., Тюникова Е. Г.

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,
Российская Федерация*

Актуальность. Менингококковая инфекция (МИ) распространена повсеместно и отличается тяжелым и непредсказуемым течением, риском возникновения неблагоприятных исходов. Лучшим средством предотвращения летального исхода является массовая вакцинопрофилактика.

Цель исследования: изучить специфическую иммунопрофилактику и уровень заболеваемости МИ среди детского населения города Краснодара.

Пациенты и методы. Нами были исследованы данные 421 медицинской карты в центре вакцинопрофилактики города Краснодара за период с 2014–2016 гг.

Результаты. Количество вакцинированных за период исследования 2014–2016 гг. увеличилось в 1,7 раз: (в 2014 г. — 113 вакцинированных, в 2015 г. — 121, в 2016 г. — 193). Возрастной диапазон вакцинированных против МИ — дети от 9 месяцев до 18 лет. Количество респондентов, вакцинированных «Менцевакс АСWУ» составило в 2014 г. — 113 человек, в 2015 г. — 121, в 2016 г. — 97. Вакцина «Менактра» в ГБУЗ «СКИБ» появилась в 2016 г., количество вакцинированных ею в этот год составило 96 человек. Вакцинированные респонденты: дети в возрасте от 0–12 мес — 3%, 1–3 лет — 13%, 3–6 лет — 16%, 6–12 лет — 38%, 12–18 лет — 30%. Во всех случаях вакцина хорошо переносилась. Уровень заболеваемости МИ составил в 2014 г. 20 детей, (0,38 на 100 тыс населения), в 2015 г. число заболевших детей сократилось до 11 (0,21 на 100 тыс нас.), в 2016 г. показатель снова поднялся до 14 детей (0,26 на 100 тыс нас.).

Заключение. Массовая профилактическая вакцинация против МИ дает обоснованную надежду на предупреждение возникновения данной инфекции среди детского населения.

327

КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО**Сухарева А. П., Шишко Г. А., Мосько П. Л., Михаленко Е. М., Аджиева В. Ф., Малышева О. М., Артюшевская М. В.***Клинический родильный дом Минской области, Беларусь*

Актуальность. Ведущее место в структуре заболеваемости недоношенных новорождённых занимает патология дыхательной системы.

Цель исследования. Мутации и полиморфизмы генов, кодирующих синтез белков сурфактанта и ферментов биотрансформации ксенобиотиков, могут быть причиной тяжёлого течения дыхательных расстройств у новорождённых и детей.

Пациенты и методы. Мальчик В. родился от 2-й беременности (1-е роды срочные), 2-х преждевременных родов в сроке 29–30 недель путём кесарева сечения. Масса тела при рождении 750 г, длина тела 33,0 см, окружность головы 25,0 см. Беременность протекала на фоне E1P1H2 гестоза, фетоплацентарной недостаточности, синдрома задержки внутриутробного развития плода II ст., острого маловодия. Проведена антенатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома (РДС). Состояние с рождения тяжёлое за счёт РДС. В родильном зале введён сурфактант. ИВЛ — 2 суток, НСРАР — 1 сутки. Отмечалась лёгочная гипертензия, кислородозависимость 22–23% до 6 месяцев. Компьютерная томография лёгких: признаки бронхолёгочной дисплазии (БЛД). Муковисцидоз, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, ЦМВ, герпес — исключены. Ретинальной патологии не выявлено.

Результаты. Проведено молекулярно-генетическое исследование белков сурфактанта (SFTPA, SFTPB, SFTPC, SFTPD) и ферментов биотрансформации ксенобиотиков (MDR1, NAT2, GSTP1). Выявлено наличие делеции в интроне 4 и генотип 18 AC в гене SFTPB, гетерозиготные варианты полиморфизмов Val19Ala, Leu50Val, Pro62 гена SFTPA, генотип 3435TT гена MDR1 и медленный тип ацетилирования. На основании клиники и проведённых исследований выставлен диагноз: БЛД, новая форма, среднетяжелое течение. Лёгочная гипертензия. Дыхательная недостаточность I степени. Недоношенность 29–30 недель.

Заключение. Выявленные с помощью молекулярно-генетического анализа полиморфные варианты SFTPB, SFTPA, MDR1, NAT2 могут являться маркерами формирования и тяжести течения бронхолёгочной дисплазии у данного пациента.

328

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, БОЛЕВШИХ СИФИЛИСОМ

Тарасова О. В., Войнова Л. В.

*Северный государственный медицинский университет, Архангельск,
Российская Федерация*

Актуальность. Заболеваемости сифилисом женщин фертильного возраста в современном обществе имеет социокультурные и экономические предпосылки.

Цель исследования: выявить особенности течения перинатального периода детей, рожденных от матерей, болевших сифилисом.

Пациенты и методы. В период с 2012–2017 гг. в отделении патологии новорожденных получили профилактическое лечение 104 ребенка. Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование с определением маркеров сифилитической инфекции.

Результаты. Социальный статус матерей характеризуется девиантным поведением (курение, употребление алкоголя, низкий уровень ответственности за здоровье свое и будущего ребенка). Только 32,7% беременных своевременно встали на диспансерный учет и получили полный курс специфического и/или профилактического лечения сифилиса. 49% женщин являлись носителями маркеров внутриутробных инфекций, 83% имели отягощенный акушерский и/или соматический анамнез. 18% детей родились недоношенными, 22,6% имели клинические признаки морфофункциональной незрелости, 32,2% — затяжное течение желтухи, 73,8% — клинические проявления перинатальной патологии ЦНС. Врожденный сифилис исключен у всех новорожденных.

Заключение. Патологические состояния перинатального периода новорожденных от матерей, болевших сифилисом, имели полиэтиологический характер. Специфическое и профилактическое лечение сифилиса беременных в соответствии с рекомендациями является эффективным, однако, профилактическое лечение новорожденных с дальнейшим клинико-серологическим наблюдением дермато-венеролога и педиатра следует признать целесообразным.

329

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**Тимофеева Л. В., Солодчук О. Н.***Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Российская Федерация*

Актуальность. Заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают второе место среди всех сопутствующих заболеваний при туберкулезе легких. Сопутствующая патология органов ЖКТ ограничивает возможности лекарственной терапии основного заболевания и сами противотуберкулезные препараты могут оказывать повреждающее действие на слизистую ЖКТ.

Цель исследования: изучить особенности патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей с туберкулезной инфекцией.

Пациенты и методы. Обследовано 60 детей, находившихся на стационарном лечении в детском отделении ОКТБ. Методы: клиничко-anamnestический; ФГДС; лабораторная диагностика. Statistica 13.

Результаты. Клиническая картина была представлена болевым и диспептическим синдромами. Большая часть обследованных предъявляла жалобы уже на момент поступления в стационар — 82,45% ($p < 0,05$), через 3 месяца после поступления жалобы появились у 11,7% детей, через 9 месяцев после поступления — у 5,85%. Длительность получения противотуберкулезной терапии в большинстве случаев составила 3 и менее месяца. При проведении ФГДС у всех пациентов была выявлена картина хронического гастродуоденита, ассоциированного с *Helicobacter pylori* (НР) в 70% присутствовала эндоскопическая картина дуоденогастрального рефлюкса (ДГР). Чем дольше ребенок пребывал в стационаре, тем чаще отмечалась клиника ДГР ($r = 0,78$; $p < 0,05$). У пациентов с НР чаще были клинические проявления метеоризма ($r = 0,68$; $p < 0,05$). ДГР отмечался в основном у детей, которые получали более пяти препаратов одновременно ($r = 0,39$; $p < 0,05$). При наличии нарушенной моторики (ДГР) достоверно более медленно проходило излечение туберкулеза ($r = 0,37$; $p < 0,05$).

Закключение. Патология верхних отделов ЖКТ не имеет четкой связи с началом противотуберкулезной терапии. Лечение туберкулеза специфическими препаратами провоцирует обострение хронического поражения верхних отделов ЖКТ у детей. Имеется положительная зависимость между интенсивностью и длительностью противотуберкулезной терапии и нарушением моторики верхних отделов ЖКТ у детей.

330

ЛЕЙОМИОМА ЯИЧКА У ПОДРОСТКА. РЕДКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Тихонова Г. А.

Детская городская поликлиника № 1, Владимир, Российская Федерация

Актуальность. У детей опухоли яичек составляют примерно треть всех опухолевидных образований, чаще болеют дети до 3 лет. У подростков опухоли яичек встречаются крайне редко и чаще имеют смешанный эмбриональный характер. Лейомиома яичка имеет мезенхимальное происхождение и обычно развивается из белочной оболочки.

Цель исследования: представить редкий клинический случай лейомиомы яичка у подростка.

Пациенты и методы. Ребенок 14 лет, после травмы появились боль и отек левого яичка. Обратился к детскому урологу-андрологу амбулаторно. При осмотре левое яичко увеличено в объеме, болезненно при пальпации, кожа мошонки не изменена. Выполнено УЗИ мошонки — без эхопатологии. Ребенку назначена противовоспалительная терапия по поводу орхоэпидидимита слева. На повторном приеме после стихания воспалительного процесса пальпаторно в нижнем полюсе левого яичка выявлено безболезненное бугристое опухолевидное образование. Ребенок повторно направлен на УЗИ мошонки: в паренхиме левого яичка ближе к нижнему полюсу гипоехогенное образование $14 \times 14 \times 12$ мм с неровными четкими контурами, кровотоков по периферии образования. В лабораторных исследованиях АФП в пределах нормы, ОАК — без патологии. КТ ОГК — патологии нет; по данным УЗИ — периферические лимфузлы не увеличены; по данным МРТ — образование левого яичка 14×15 мм, возможно с прорастанием в белочную оболочку. Ребенок прооперирован в отделении детской онкологии и хирургии ННПЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, выполнена туморорхофуникулэктомия слева. Гистологическое исследование: лейомиома левого яичка.

Результаты. У ребенка 14 лет верифицирована лейомиома левого яичка, проведено ее радикальное удаление. Природа опухоли доброкачественная, дальнейшее специфическое лечение и наблюдение онколога не показано.

Закключение. Онкологическая настороженность важна на всех этапах контакта пациента и врача, особенно актуальна в первичном амбулаторном звене. В этой связи крайне важны внимательный клинический осмотр пациента и правильная интерпретация дополнительных методов исследования.

331

**ВЗГЛЯД ПЕДИАТРА НА ОРТОПЕДИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ
У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ****Тихонова О. А., Крутикова Н. Ю.***Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,
Российская Федерация*

Актуальность. Сегодня достигнут определенный успех в лечении детей с онкозаболеваниями. Но после терапии большинство пациентов имеют риск поздних осложнений со стороны опорно-двигательного аппарата (ОДА) и минерального обмена.

Цель исследования: изучить ортопедическую патологию у детей с онкопатологией, получавших противоопухолевую терапию.

Пациенты и методы. Осмотрен 161 ребенок. Выделено 2 группы — основная (81 ребенок с онкопатологией) и контрольная (80 детей ортопедического профиля). Проанализированы истории болезни, анамнезы жизни, заболевания. Состояние ОДА оценено методом объективного осмотра, по перцентильным таблицам. Детям проведена остеоденситометрия. Статистическая обработка результатов сделана в MS Excel for Windows 8.

Результаты. Средний возраст 9 ± 4 года в основной группе и $8 \pm 3,5$ в контрольной. Дети с онкопатологией достоверно чаще ($p < 0,05$) имели жалобы на боли в костях, судороги нижних конечностей, утомляемость. Достоверно чаще дети первой группы имели высокое дисгармоничное развитие ($p < 0,01$), более высокий индекс массы тела (ИМТ) 35,4%. Сопутствующая патология эндокринной системы встречалась у 27,9% детей с онкозаболеваниями. Достоверно чаще в первой группе в анамнезе встречались переломы ($p < 0,05$). По данным остеоденситометрии: у детей основной группы чаще ($p < 0,05$) наблюдается умеренное снижение костной прочности — 39,8%, выраженное — 8,5%, чем в контрольной 27,8% и 5% соответственно.

Вывод. Дети с онкозаболеваниями чаще имеют жалобы на боли в костях, судороги в нижних конечностях, повышенную утомляемость (63,2%). У них чаще встречаются переломы (24,1%). И чаще выявляется высокое дисгармоничное развитие (41,7%), более высокий ИМТ (35,4%). У большого количества пациентов наблюдается умеренное (39,8%) или выраженное (8,5%) снижение костной прочности. Причиной может быть влияние тяжелого заболевания и методов лечения (химиотерапия, облучение) на ОДА, эндокринную систему и минеральный обмен.

332

ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМИЗОМ

Ткаченко Н. Е., Федосеенко М. В.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Врождённый буллезный эпидермолиз (ВБЭ) — группа редких наследственных заболеваний кожи, обусловленных мутациями ряда генов, ответственных за синтез структурных белков кожи. Для заболевания характерна склонность к образованию пузырей на коже и слизистых оболочках. Тяжелое распространенное поражение кожных покровов у таких пациентов, способствует высокому риску присоединения инфекции. Кроме того, кожный патологический процесс приводит к значительным потерям белка, макро- и микроэлементов через раневую поверхность. Особую опасность для таких пациентов представляет ветряная оспа. Однако вакцинация детей с ВБЭ в РФ затруднена в масштабах страны в связи с редкой встречаемостью данной патологии и боязнью врачей-педиатров и родителей перед проведением прививки.

Цель исследования: проанализировать переносимость вакцинации у детей с ВБЭ.

Пациенты и методы. В условиях отделения вакцинопрофилактики детей с отклонениями в состоянии здоровья и семейной вакцинации в период с декабря 2015 по декабрь 2017 гг. в течение 21 дня после прививки оценивалась переносимость вакцинации у 40 детей с ВБЭ в возрасте от 1 года до 14 лет. Из них 11 детям была проведена вакцинация только против ветряной оспы, а 29 детей получили одновременно вакцину против ветряной оспы в сочетании с другими педиатрическими вакцинами (против пневмококковой инфекции, кори, краснухи, эпидемического паротита, инаktivированные вакцины против полиомиелита и комбинированные бесклеточные коклюшно-дифтерийно-столбнячные вакцины).

Результаты. Поствакцинальных реакций у детей, привитых только против ветряной оспы, не было. У 4 детей, получивших одновременно вакцину против ветряной оспы и гексавакцину, отмечались умеренные поствакцинальные реакции: гиперемия в месте введения гексавакцины и субфебрильная температура в течение 1–2 дней после вакцинации. Ухудшения тяжести состояния по основному заболеванию не отмечено.

Заключение. Пациенты, страдающие ВБЭ, хорошо переносят вакцинацию различными типами педиатрических вакцин. Особенно важно прививать таких детей против ветряной оспы.

333

**ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ВИТАМИНА D
НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЕГО ОБЕСПЕЧЕННОСТИ У ДЕТЕЙ
С ОЖИРЕНИЕМ****Тодиева А. М., Васильева Е. Ю., Каронова Т. Л., Никитана И. Л.***Национальный медицинский исследовательский центр
имени В. А. Алмазова, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Актуальность. В последнее время широко обсуждаются внекостные эффекты витамина D: его влияние на накопление, обмен жировой ткани и метаболические расстройства.

Цель исследования: оценить эффективность терапии вит. D в различных дозах детей с ожирением.

Пациенты и методы. Включены дети в возрасте 10–17 лет, с ожирением и уровнем 25(ОН)D менее 30 нг/мл. При этом дефицит вит. D соответствовал уровню 25(ОН)D менее 20 нг/мл; недостаточность — уровню 25(ОН)D 21–29 нг/мл. 25(ОН)D в плазме крови определяли иммуноферментным методом. Все дети получали холекальциферол и в зависимости от дозы были разделены на 2 группы: I группа: 1500 МЕ/сут 3 мес, затем 2000 МЕ/сут еще 3 мес (n = 20 чел). II группа: 4000 МЕ/сут 3 мес (n = 15 чел).

Результаты. В группе I до начала терапии медиана вит. D составила 16,85 нг/мл [4,9–27,0]. Через 3 мес терапии повысилась до 27 нг/мл [20,0–43,0], практически не меняясь через 6 мес терапии 26,9 нг/мл [17,5–56,1]. До терапии дефицит витамина D имели 95% детей, недостаточность у 5% детей; через 3 мес терапии недостаточность витамина D возросла до 59%, нормальная обеспеченность составила 41%, дефицита выявлено не было. Через 6 мес число детей с недостаточностью витамина D практически не изменилось (60%), с нормальной обеспеченностью снизилось до 20%, с дефицитом возросло до 20%. В группе II до начала терапии медиана вит. D составила 16,45 нг/мл [9,97–20,27]: 71% имели дефицит вит. D; 29% имели недостаточность витамина D. После терапии холекальциферолом 4000 МЕ/сут дефицит витамина D представлен не был, 78,5% восстановили нормальную обеспеченность вит. D, чтократно выше, чем после терапии в дозе 1500 МЕ (41% против 78,5%, $p < 0.05$) У троих обследованных сохранилась недостаточность витамина D.

Заключение. Применение витамина D в дозах 1500 МЕ, 2000 МЕ и 4000 МЕ в сутки ведет к возрастанию его обеспеченности, эффект носит дозозависимый характер, нормализация уровня 25(ОН)D происходит у 40% детей с ожирением на фоне терапии в дозах 1500 и 2000 МЕ и у 78,5% в дозах 4000 МЕ. Дефицит вит. D через 3 мес. терапии ликвидируется полностью во всех группах.

334

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, НАХОДИВШИХСЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Токарев А. Н., Терентьева А. А., Попова И. В.

*Кировский государственный медицинский университет, Киров,
Российская Федерация*

Актуальность: изучение физического развития детей в зависимости от вида вскармливания.

Цель исследования: оценка антропометрических показателей детей, находящихся на грудном и искусственном вскармливании.

Пациенты и методы. Пациенты и методы исследования. Проанализированы антропометрические показатели 1125 детей первого года жизни. Для сравнения физического развития детей были сформированы группы: первая — дети, находящиеся на искусственном вскармливании, вторая — на грудном вскармливании.

Результаты. У детей на искусственном вскармливании масса тела за первые 12 месяцев увеличилась в 3,1 раза, в первый квартал — в 1,8 раза, во второй — в 1,3 раза, в третий и четвертый, соответственно в 1,2 и 1,1 раза. У детей, продолжавших находиться на грудном вскармливании, масса тела за 12 месяцев увеличилась в 2,9 раза. По кварталам соответственно: в первый — 1,9; второй — 1,3; третий — 1,15 и четвертый в 1,1 раза. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании, имели прирост длины тела к году в 1,5 раза, за первый квартал — 9,0 см; за второй — 6,2 см; за третий — 4,6 см; за четвертый — 3,9 см. Дети, находившиеся на грудном вскармливании, имели увеличение длины тела также в 1,5 раза. Поквартальные приросты длины тела составили: 9,2 см; 6,0 см; 4,4 см; 4,0 см. Окружность грудной клетки у детей, находящихся на искусственном вскармливании, к концу первого года жизни увеличилась в 1,6 раз. У детей, продолжавших получать грудное молоко, окружность грудной клетки увеличилась в 1,4 раза.

Заключение. Таким образом, установлено, что у детей, получающих искусственное вскармливание, показатели массы тела и окружности грудной клетки нарастали быстрее, чем у их сверстников, находившихся на грудном вскармливании.

335

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ И МАЛЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ**Томчик Н. В., Янковская Н. И.***Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

Актуальность. При малых аномалиях сердца возможны аритмии, эндокардит, тромбоэмболия, внезапная сердечная смерть (ВСС).

Цель исследования: установить возможные морфологические изменения в сердце при ВСС.

Пациенты и методы. Проведен анализ случаев ненасильственной смерти детей г. Гродно за 2008–2017 г. по данным статотчетов, документации ф112/у. Данные представлены в формате: Ме (Q25-Q75), рассчитан доверительный интервал (95% ДИ).

Результаты. Медиана (Ме) случаев ВСС составила 1,54 на 100000 детей. Среди детей преобладали мальчики ($p = 0,05$), Ме возраста 2 месяца 7 дней. 46,1% (95%ДИ (19,22–74,87)) погибли на 1 мес жизни. У всех смерть наступила во время сна. У 85,72% (95% ДИ 57,19–98,22) — на здоровом фоне, у 14,28% (95% ДИ 1,78–42,81) — накануне был острый ринит.

Установлено два пика летальности. Первый — летом (38,46% (95% ДИ (13,86–68,42))), второй — осенью (30,77% (95% ДИ (9,09–61,43))). Дети рождались преимущественно от 3 по счету беременности, 2 родов. У 61,54% женщин (95% ДИ (31,58–86,14)) беременности предшествовали выкидыши и аборт, у 2/3 соматическая и инфекционная патология, у 76,92% (95% ДИ (46,19–94,96)) — фетоплацентарная недостаточность. Гестационный возраст умерших составил 271 день (260–280). 2/3 детей родились путем операции кесарево сечения. Ме массы тела равна 2700 г (2400–3200), длина тела — 50 см (48–52). У 7,69% (95% ДИ (0,19–36,03)) детей причинами ВСС были гипертрофическая кардиомиопатия, у 7,69% (95% ДИ (0,19–36,03)) — врожденный порок сердца, у 69,23% (95% ДИ (38,57–90,91)) единственное морфологическое изменение в виде множественных аномально расположенных хорд. У всех установлены признаки увеличения тимуса, тканевой гипоксии, у 23,07% детей (95% ДИ (5,03–53,81)) — дистрофия миокарда, у 15,38% (95% ДИ (1,90–45,45)) — гипоплазия надпочечников.

Заключение. Таким образом, за период 2008–2017 годы летальность ВСС г. Гродно составила 1,54 на 100000 детей, имелось два пика смертности (летом и осенью). При аутопсии в сердце преобладали признаки дисплазии соединительной ткани.

336

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Тонких Н. А., Пшеничная Е. В., Бордюгова Е. В.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, Донецк

Актуальность. Один из механизмов развития цефалгии у детей — нарушение кровотока в бассейне вертебробазилярной артериальной системы (ВБАС).

Цель исследования: оценка состояния ВБАС при цефалгиях у детей с вегетативной дисфункцией (ВД) и оптимизация тактики ведения данных пациентов.

Пациенты и методы: 88 детей от 7 до 18 лет (50 девочек и 38 мальчиков) с цефалгиями при ВД. Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные (ультразвуковая доплерография и триплексное сканирование сосудов головы и шеи, рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами). Самочувствие детей и динамику жалоб оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). С целью оптимизации лечения все дети были обучены изометрической гимнастике. Динамику самочувствия оценивали на 3-и и 10-е сутки терапии.

Результаты. Недостаточность ВБАС была диагностирована у 67 (76,1%) обследованных детей: у 57 (85,1%) чел. нестабильность шейного отдела позвоночника; у 8 (11,9%) чел. остеоартроз, спондилолистез; у 2 (3,0%) чел. пациентов ротационный подвывих С1-С2. При поступлении степень выраженности цефалгий составила в среднем 6,7 баллов, головокружения — 5,9 баллов, астено-невротического синдрома — 7,5 баллов. На фоне проводимого лечения средний балл качественной оценки головной боли согласно ВАШ на третьи сутки составил 3,8 балла, на 10-е сутки 1,7 балла; головокружения 3,1 и 1,2 балла соответственно, астено-невротического синдрома 4,6 и 2,3 балла.

Заключение. Выводы: недостаточность ВБАС выявлена у 78,0% детей с цефалгиями при ВД, что стало основанием для включения в комплексную лечебно-реабилитационную программу мероприятий по стабилизации состояния шейного отдела позвоночника. В качестве индикатора динамики самочувствия у данных пациентов целесообразно использовать ВАШ. Включение изометрической гимнастики позволило достигнуть положительного эффекта у всех пациентов и может быть рекомендовано на всех этапах лечения и реабилитации.

337

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ г. САМАРЫ И САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**Трифонов Е. А., Напалкова С. А., Жирнов В. А.***Самарская городская детская клиническая больница № 1 имени Н. Н. Ивановой, Самара, Российская Федерация*

Актуальность. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), к которым относятся болезнь Крона и язвенный колит, были и остаются одной из наиболее серьезных проблем в современной гастроэнтерологии. Она особенно драматична в детской практике, поскольку в 25% заболевание начинается в детском и подростковом возрасте. Несмотря на многолетнюю историю изучения, этиология ВЗК остается неизвестной, а патогенез раскрыт недостаточно.

Цель исследования: выявить особенности течения ВЗК у детей г. Самары и Самарской области.

Пациенты и методы. Было обследовано 47 детей с ВЗК (28 детей с болезнью Крона (БК) и 19 — с язвенным колитом (ЯК)) от 1 до 17 лет (до 3 лет — 6 детей, 4–6 лет — 4, 7–12 лет — 16, старше 12 лет — 21), находившихся в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ СО СГДКБ № 1 им. Н. Н. Ивановой с 2002 по 2017 гг. 32 ребёнка с хроническим колитом — группа контроля. Методы исследования: общеклинические, биохимические, копрограмма, эндоскопические и морфологические, МРТ.

Результаты. Чаще начало ВЗК приходится на подростковый возраст среди мальчиков. На диарейный синдром жаловались 11 больных ЯК и 15 с хроническим колитом. Ночные дефекации были у 11 детей с ВЗК. Гемоколит был у 13 детей с ЯК и у 12 с БК. Боли в животе выявлены у 16 пациентов с ЯК, у 23 — с БК, у 26 с хроническим колитом, также 8 детей с ВЗК и 2 из группы контроля отмечали боли, сопряжённые с актом дефекации. Дети с ВЗК имели следующие внекишечные синдромы: суставной — у 5 детей, кожный — у 8, анемический — у 34. Тотальная форма ЯК выявлена у 12 детей, проктосигмоидит — 4, проктит — 3. При БК колит выявлен у 24 пациентов, илеоколит — у 3, 1 пациент имел поражение верхних отделов ЖКТ. Стоит отметить, что в 2017 г. отмечался подъём новых случаев ВЗК у детей: 11 пациентов в 2017 г., 5 — в 2016 г.

Закключение. Таким образом, чаще встречается БК с поражением прямой кишки в возрастной группе старше 12 лет. Участковым педиатрам и врачам других специальностей следует помнить о симптомах тревоги и внекишечных проявлениях для своевременной диагностики ВЗК и предотвращения осложнений.

338

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ У ДЕТЕЙ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Трифонова Е. А., Мамышева Р. И.

*Самарский государственный медицинский университет, Самара,
Российская Федерация*

Актуальность. Проблема нарушенного поступления в организм ребенка питательных веществ, развиваются «дефицитные» состояния, клинические проявления которых, вместе с типичными для синдрома нарушенного кишечного всасывания (СНКВ) диспептическими явлениями, усложняют своевременную диагностику заболевания, ухудшают прогноз и в некоторых случаях способствуют длительному нарушению здоровья.

Цель исследования: изучение клинико-диагностических особенностей синдрома мальабсорбции у детей Самарской области.

Пациенты и методы. Анализ обследования 80 детей, находящихся в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ СО СГДКБ № 1 им. Н. Н. Ивановой за 2017 год в возрасте от 3 месяцев до 18 лет.

Результаты. Ведущие жалобы: дефицит массы тела и нарушение стула (диарея) в 52%, в 49% (39) кожный синдром. Большинство детей родились доношенными с нормальной массой тела. У 41% отягощенный аллергологический анамнез. Выделены следующие нозологии: белково-энергетическая недостаточность (34), целиакия (25), кишечная форма пищевой аллергии (16). Данная патология чаще встречалась у девочек — 45 больных, чем мальчиков — 35 больных. Преобладали дети от 1 до 3 лет 33 человека. В общем анализе кала преобладали стеаторея и амилорея. В 29% случаев выявлена анемия в основном у больных с целиакией. Гипопротеинемия у 38% пациентов с белково-энергетической недостаточностью. Повышение Ig E общего у 38% при кишечной форме пищевой аллергии. У всех детей с целиакией выявлен атрофический дуоденит и в 52% случаев повышение АТ к глиадину, в 12% тканевой трансклутаминазе.

Выводы. Основные нозологические формы СНКВ — белково-энергетическая недостаточность, целиакия, кишечная форма пищевой аллергии; характеризующиеся длительным диарейным синдромом, отставанием в физическом развитии и клиническими признаками полидефицитных состояний. Основные маркеры белково-энергетической недостаточности — гипопротеинемия; целиакии — атрофический дуоденит, повышение АТ к глиадину; кишечной формы пищевой аллергии — кожный синдром, отсутствие атрофии тонкой кишки.

339

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
В ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ: ВЫБОР МЕТОДА
И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ****Трошина В. В., Зокиров Н. З., Тараканова С. Ю., Тихонова А. Ш.***Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Экологические исследования в педиатрии основываются на выявлении различий в состоянии здоровья отдельных групп детского населения и популяций в сравнении с контрольными группами. В организации таких исследований клинико-эпидемиологический анализ приобретает все возрастающее значение.

Цель исследования: обосновать и оценить эффективность кластерного метода клинико-эпидемиологического анализа результатов иммунного мониторинга детей, проживающих на территориях, прилегающих к специализированному химическому производству.

Пациенты и методы. В исследование включены дети дошкольного возраста с рецидивирующей респираторной инфекции без сопутствующих заболеваний ($n = 948$), проживающие в Кировской области на территориях, прилегающих к специализированному химическому производству (группа А ($n = 323$) дети, проживающие в непосредственной близости от химического производства, группа Б ($n = 307$) на границе зоны защитных мероприятий и группа В — в условиях мегаполиса (г. Москва $n = 318$). Кластерообразующими показателями считали факторы: временные (возраст), пространственные (место проживания), национальные (европейская популяция), нозологические, патофизиологические (параметры дисфункции иммунитета: аллельные варианты А1, А2 гена ФНО α , содержание цитокинов ФНО α , ИЛ-10, IFN γ и IgA, пятикратное повторное определение). Математический аппарат: применение методов многофакторного регрессивного математического и кластерного анализа.

Результаты. При аллельном варианте А1А1 и содержании ФНО $\alpha > 30$ пг/мл, Ил-10 < 20 пг/мл, IFN $\gamma < 12$ пг/мл, IgA < 1 г/л прогнозировали развитие дисфункции иммунитета с развитием сопутствующих аллергических и хронических воспалительных заболеваний. При аллельном варианте А1А2, содержании ФНО $\alpha < 40$ пг/мл, Ил-10 > 26 пг/мл, IFN $\gamma > 40$ пг/мл, IgA $> 1,5$ г/л прогнозировали течение рецидивирующее течение респираторной вирусной инфекции без развития сопутствующих заболеваний и снижением с возрастом числа эпизодов острой респираторной инфекции. Повторное определение параметров во всех обследованных группах и по результатам клинического наблюдения не выявлено достоверных и выраженных математических характеристик ($p < 0,05$) силы связи между явлениями, полученными в ходе исследования, а также их специфичности в десятилетнем проспективном исследовании.

Заключение. Использование сочетания методов многофакторного регрессивного и кластерного анализа при проведении клинико-эпидемиологического исследования групп детского населения, находящихся в условиях предполагаемого воздействия химических факторов, позволило доказательно исключить в обследуемых регионах наличие антропогенной нагрузки.

340

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ. ВОЗМОЖНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ

Тумаева Т. С., Балыкова Л. А.

*Мордовский республиканский клинический перинатальный центр, Саранск,
Российская Федерация*

Актуальность: изучение состояния здоровья недоношенных детей, извлеченных кесаревым сечением (КС).

Цель исследования: оценка неврологического статуса, биоэлектрической активности (БЭА) головного мозга и возможности коррекции левокарнитином у недоношенных детей, извлеченных КС

Пациенты и методы: 142 ребёнка (32–37 недель гестации) с церебральной ишемией I–II степени были рандомизированы на 2 группы ($n = 70$ и $n = 72$). В основной группе с 7 дня жизни дополнительно применялся 20% раствор L-карнитина *per os* в дозе 100 мг/кг/сут в течение 3 недель. Эффективность оценивали по динамике БЭА методом электроэнцефалографии (ЭЭГ) в 3, 6 и 12 месяцев скорректированного возраста (СВ). В группе сравнения проводились только стандартные мероприятия по выхаживанию и лечению ЦИ. Исходно ЭЭГ проведена в СВ 36–38 недель по стандартной методике на системе «МИЦАР» (Санкт-Петербург, Россия). В неонатальном периоде использована Типологическая классификация сна (Строганова Т. А., Дегтярева М. Г., 2005)

Результаты. Исходно превалировал синдром угнетения (59%–61%); выявлена высокая частота вегетативно-висцеральной дисфункции (67%–64%). На ЭЭГ: 33%-36% задержка созревания, 56%–52% нарушение созревания, 11%–12% патологические паттерны. В динамике показана редукция патологических изменений на ЭЭГ, но нарастание частоты дисфункции к СВ 1 год. Однако в основной группе установлена тенденция к более высокой частоте «нормальных» паттернов ЭЭГ – 30% против 13,8% ($p = 0,060$); меньший прирост доли детей с пароксизмальными нарушениями – 2,8% против 15,3% (критерий Вилкоксона $p = 0,002$), нарушением процессов углубления сна – 4,3% против 18% (критерий Вилкоксона $p = 0,000$). Установлено улучшение неврологических исходов: снижение частоты гиперактивности и гиперактивного поведения (37% против 56%, $\chi^2 = 4,84$, $p = 0,027$), нарушений сна (31% против 51%, $\chi^2 = 5,82$, $p = 0,015$), задержки психомоторного развития (18% против 33%, $\chi^2 = 4,01$, $p = 0,045$).

Заключение. Раннее выявление церебральной дисфункции, своевременная медикаментозная коррекция позволяют оптимизировать дальнейшее развитие ребенка.

341

ПРОФИЛАКТИКА РЕСТЕНОЗИРОВАНИЯ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ У ДЕТЕЙ ПРИ БУЛЛЕЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ**Тупыленко А. В., Лохматов М. М., Мурашкин Н. Н., Дьяконова Е. Ю.,
Олдаковский В. И., Ибрагимов С. И.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Рубцовые стриктуры пищевода при буллезном эпидермолизе (БЭ) у детей являются частым осложнением основного заболевания, следствием которого является развитие симптомов дисфагии и нарушением перорального кормления. Для реканализации просвета пищевода с успехом используется метод баллонной дилатации (БД). Однако, после БД у части пациентов наблюдается рецидив стеноза, что требует проведения повторного лечения и разработки мер профилактики рестенозирования.

Цель исследования: оценить эффективность применения топических глюкокортикоидов в профилактике рестенозирования пищевода у детей при буллезном эпидермолизе.

Пациенты и методы: 6 детей с рецессивной дистрофической формой БЭ (3 мальчика и 3 девочки; в возрасте от 2 до 10 лет, [среднее $\pm$ SD, $6,3 \pm 2,9$]) после баллонной дилатации стриктур пищевода, перорально получали Будесонид (0,5 мг/2 мл) в смеси с мальтодекстрином (5 г) 2 раза в сутки в течение 3 месяцев. Тяжесть стриктур и динамика восстановления просвета была оценена путем измерения индекса стриктуры (ИС) при рентгеноконтрастном исследовании пищевода: $ИС = (A-a)/A$, где A — диаметр пищевода над стриктурой, а — диаметр пищевода в области стриктуры.

Результаты. После проведенной баллонной дилатации ИС стал значительно ниже (среднее $\pm$ SD, $0,326 \pm 0,085$), относительно базового уровня (среднее $\pm$ SD, $0,773 \pm 0,149$), уровень дисфагии после БД стал значительно ниже (среднее $\pm$ SD, $0,33 \pm 0,52$), относительно первоначального уровня (среднее $\pm$ SD, $3 \pm 0,63$). Через 3 месяца после назначения препарата наблюдалась тенденция к снижению ИС (среднее разницы $\pm$ SD, $0,075 \pm 0,046$), что говорит о сохранении и дальнейшем постепенном восстановлении просвета пищевода в области сужения, и коррелирует с низким уровнем дисфагии в динамике (среднее значение $\pm$ SD, $0,17 \pm 0,4$).

Заключение. Будесонид в смеси с мальтодекстрином в послеоперационном периоде позволяет сохранить достигнутый после БД просвет пищевода, и может быть рекомендован пациентам данной группы, как мера профилактики возникновения рецидива.

342

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Турдиева Ш. Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. В последние годы отмечается стремительный рост хронической гастродуоденальной патологии (ХГДП) у детей (Rajindrajith Sh. et al., 2013; Zhang J. et al., 2016).

Цель исследования: анализ физического развития школьников с хронической гастродуоденальной патологией.

Пациенты и методы. Обследовано 286 школьников до 15 лет с ХГДП, а также 110 практически здоровых детей (контрольная группа). Использовали антропометрическое обследование в динамике, определяли индекс массы тела (ИМТ), используя для сравнения стандарты ВОЗ (2006).

Результаты. Выявлено, что у школьников до 8 лет с ХГДП, показатели физического развития практически не отличаются от здоровых сверстников. При этом разница в весовых и ростовых показателях были незначительными. Среди школьников из средней возрастной группы (9–11 лет) с ХГДП, преобладала тенденция к снижению веса, на фоне опережения роста по отношению к контрольной группе. При этом у 22,7% наблюдалось опережение роста, у 2,9% — отставание в росте (в сравнении с контрольной группой). У остальных 73,2%, ($p < 0,05$) ростовой показатель соответствовал показателям детей из контрольной группы. У 18,56% отмечалось снижение ИМТ $< 18,5$, у 77,3% ИМТ = 20–25. Среди подростков отмечали явную тенденцию в различие показателей физического развития по отношению к контрольной группе. У 38% снижение веса, у 13,2% отставание ростового показателя по отношению к контрольной группе. При анализе ИМТ у 20,3% наблюдали снижение, у 5,3% ожирения, у 15,0% подростков ИМТ = 25–29,9. Только у 40,7% подростков с ХГДП было определено ИМТ = 20–25.

Закключение. У школьников с ХГДП наблюдается нарушение физического развития по отношению к здоровым сверстникам в виде уменьшения (до 13%) или увеличения массы тела (до 8%). Данные нарушения менялись в зависимости от клинической формы патологии.

343

АНАЛИЗ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**Турдиева Ш. Т.***Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. В структуре хронических заболеваний органов пищеварения преобладает гастродуоденальная патология (ХГДП). За последние 10 лет численность подростков, страдающих этим заболеванием увеличилась в 2,8 раза (Mera RM et al., 2015).

Цель исследования: изучить особенности полового развития подростков школьного возраста с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны.

Пациенты и методы. Проведен разносторонний анализ результатов обследования 151 девушек-подростков (от 11 до 15 лет), с различными нозологическими формами ХГДП. Оценка развития вторичных половых признаков проводилась на основании таблиц по Marshal et Tanner (1996).

Результаты. Как показали наши исследования, соответствие сроков развития вторичных половых признаков у подростков с ХГДП к показателям подростков из контрольной группы отмечено у 82,78% подростков. У остальных у 15,23% ($n = 23$) детей наблюдали отставание развития половых признаков. При этом только у 1,98% ($n = 3$) подростков отмечали картину опережения в развитии вторичных половых признаков по отношению к сверстникам. Следует отметить, что данные отклонения варьировали в зависимости от возраста пациента, т.е. чем старше становились подростки, тем среди них отставание развития вторичных половых признаков в процентном соотношении было выше. Так, если среди подростков 12 лет с ХГДП, отставание в развитии вторичных половых признаков отмечалось у 12,24%, то в 15 лет у 19,23%. При обследовании девочек-подростков с ХГДП диагностировали гипоменструальный синдром у 16,55%, гиперполименорею у 21,85%, дисменорею у 15,23% подростков.

Вывод. У подростков с ХГДП наблюдается нарушение в половом развитии по отношению к здоровым сверстникам в виде отставания (до 15,23% наблюдаемых) или опережения (до 1,98% наблюдаемых) в развитии вторичных половых признаков, только в 82,78% случаев отмечается соответствие сроков развития вторичных половых признаков к показателям практически здоровых сверстников.

344

АНАЛИЗ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ С ЭНМТ И ОНМТ В РЕГИОНАХ РОССИИ

**Намазова-Баранова Л. С., Дегтярев Д. Н., Иванов Д. О., Зубков В. В.,
Сафаров А. А., Мебелова И. И., Кондакова Н. Н., Ипполитова Л. И.,
Виноградова И. В., Сапун О. И., Беляева И. А., Ленюшкина А. А., Турти Т. В.**

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Бронхолегочная дисплазия (БЛД) оказывает существенное влияние на выживаемость и здоровье детей, родившихся с ЭНМТ и ОНМТ, увеличивает риск тяжелого течения РС-вирусной инфекции. Анализ факторов, связанных с развитием БЛД в отдельных регионах, позволит наметить конкретные профилактические и лечебные мероприятия для пациентов группы риска.

Цель исследования: выявить ведущие факторы риска БЛД у незрелых младенцев в отдельных регионах России для разработки дифференцированных программ профилактики и лечения этого состояния.

Пациенты и методы. Организована открытая, наблюдательная, многоцентровая проспективная программа. В настоящей программе участвовали 7 перинатальных центров III уровня. Включение в программу осуществлялось после подписания матерью информированного согласия. Оценка факторов риска БЛД проведена у 404 детей. Для анализа использована описательная статистика.

Результаты. Из недоношенных детей, включенных в исследование, 93,8% родились в перинатальном центре III уровня и 6,2% в учреждениях родовспоможения I–II уровня. Терапия угрожающих преждевременных родов проводилась 66,0%. Стероидная профилактика РДС-синдрома была проведена 48,6%. Спонтанное дыхание в конце 1 минуты жизни отсутствовало у 2,5%, признаки тяжелого РДС выявлены у 41,4%, умеренного/легкого у 48,9%, без признаков 7,2% детей. Интубация трахеи после рождения потребовалась 30,3% детей. Терапия сурфактантом проведена 76,1%. В первые 168 часов жизни зарегистрированы: РДС у 72,6%, пневмония у 27,4% детей. Проводилась следующая респираторная терапия: СРАР у 57,1%, ИВЛ у 48,4%, оксигенотерапия с использованием высокопоточных назальных канюль 34,5%, спонтанное дыхание через кислородную маску 8,7%, спонтанное дыхание с использованием кислородной палатки у 6,0% детей.

Закключение. Проведенный анализ свидетельствует о необходимости совершенствования маршрутизации беременных группы риска, оптимизации дородовой профилактики РДС, улучшения снабжения регионов препаратами сурфактанта, дифференциации способов малоинвазивной респираторной поддержки.

345

**НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УЧЕБНОЙ НАГРУЗКИ****Тяжева А. А., Порецкова Г. Ю., Рачкова В. П.***Самарский государственный медицинский университет, Самара,
Российская Федерация*

Актуальность. В последнее время отмечается рост нарушений зрения в детском возрасте. Учебные нагрузки школьников связаны с высоким зрительным напряжением, что значительно влияет на состояние зрения.

Цель исследования: изучить влияние учебной нагрузки на нарушения зрения школьников

Пациенты и методы. Проанализированы медицинские карты дошкольников от 4–7 лет — 196 человек; учащихся начальных классов — 137 и средних и старших классов — 249 человек. Проведена оценка остроты зрения детей 11 класса на аппарате Ротта. В исследовании применены таблицы Сивцева-Орлова и теста Малиновского.

Результаты. Распространённость нарушения зрения у дошкольников составила 14,8% (29 детей). Наиболее частая патология в этом возрасте — астигматизм — у 18 человек (62%), миопия — у 5 детей (17,2%). В 14 случаях (48,3%) из 29 человек нарушение зрения было единственным отклонением в состоянии здоровья, в остальных случаях отмечалась сочетаемость с другими состояниями. Среди учащихся 2–4 классов 38 детей (27,7%) имели нарушения зрения, что достоверно выше, чем в группе дошкольников ($p < 0,05$). Причины нарушений в этом возрасте: миопия (36,1%) и астигматизм (33,3%). У 7 человек была дальнозоркость (19,4%). Спазм аккомодации имел место только у 2 учащихся. Среди детей 5–11 классов частота нарушения зрения растёт — 43,4% (108 человек), что достоверно выше, чем в группе учащихся начальных классов ($p \leq 0,05$). Отмечен значимый рост числа детей с миопией до 64,4% ($p \leq 0,05$) среди всей патологии зрения. Астигматизм и дальнозоркость были у 22,2 и 10% школьников соответственно. У пятой части учащихся (18 человек) имелся спазм аккомодации, который в 2 раза чаще встречался среди девочек. Отмечено, что 70% младших школьников работают за компьютером дома не более одного часа, 15% — более 3,5 ч.; дети 12 лет около 3-х часов; подростки от 13–14 лет — 3,5 ч. из них 15% — более 4-х часов в день.

Заключение. У школьников выявлен достоверно значимый рост патологии зрения. Установлено превышение рекомендованных норм длительности работы за компьютером у детей среднего школьного возраста, что влияет на состояние органа зрения.

346

**ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И СОДЕРЖАНИЕ МОНООКСИДА
УГЛЕРОДА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ У УЧАЩИХСЯ
7–8 КЛАССОВ г. ХАНТЫ-МАНСИЙСКА**

Углева Т. Н., Зуевская Т. В., Зинова Е. Ю.

*Ханты-Мансийская государственная медицинская академия, Ханты-Мансийск,
Российская Федерация*

Актуальность. В современных условиях многие авторы отмечают неблагоприятные тенденции физического развития детей и подростков в нашей стране [Ямпольская Ю. А., 2007; Баранов А. А., 2012]. Особенно большое значение приобретает проблема здоровья детского населения, проживающего в условиях Крайнего Севера. В рамках объявленного в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре «Года здоровья» в режиме экспериментальной площадки в конкурсе «Здоровый класс» приняло участие 4 общеобразовательных учреждения г. Ханты-Мансийска. Все обучающиеся дали информированное согласие на сбор данных.

Цель исследования: оценка физического развития (ФР) и определение концентрации монооксида углерода (СО) в выдыхаемом воздухе учащихся 7–8 классов.

Пациенты и методы. Обследовано 93 детей, из них мальчиков 42, девочек 51. Средний возраст обследуемых составил $13,3 \pm 0,6$ года. Проводили антропометрические измерения, вычисляли индекс массы тела (ИМТ), определяли концентрацию монооксида углерода в выдыхаемом воздухе с использованием газоанализатора Smoke Check (смокелайзера).

Результаты исследования показали высокую частоту отклонений физического развития обследуемых 62,4%, с явным преимуществом в сторону избытка массы тела и ожирения 1–2 степени 52,7%. Нормальное физическое развитие (ИМТ в пределах 25–75 перцентилей) наблюдалось лишь у 37,6% детей. Среди отклонений в физическом развитии школьников превалировала избыточная масса тела (Р75–90) 17,2% и ожирение 1–2 степени (Р90–97 и выше) 35,5%, реже наблюдалось низкое ФР (Р10–25) 5,4% и дефицит массы тела (Р менее 10) — 4,3%. Исследование на смокелайзере показало отсутствие курения у 100% школьников 7–8 классов.

Заключение. Отклонения физического развития детей 13–14 лет (62,4%), проживающих в условиях Крайнего Севера, являются проблемой не только медицинских работников. Важно привлечение общественности, централизованной пропаганды мероприятий, направленных на здоровый образ жизни, а также качественного анализа причин возникновения данной проблемы.

347

**ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ИНДЕКСА
У ДЕТЕЙ 10–12 ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕВЕРНОМ РЕГИОНЕ****Уханова А. А.***Сургутская городская клиническая поликлиника № 1, Сургут,
Российская Федерация*

Актуальность. Возраст детей 11–12 лет совпадает с началом предметного обучения в пятом классе и усложнением учебной программы. Напряженность адаптационных механизмов усиливается неблагоприятными факторами окружающей среды Северного региона и может привести к развитию школьной дезадаптации.

Цель исследования: изучение особенностей вегетативной нервной системы у детей 10–12 лет.

Пациенты и методы. Было обследовано 164 ребенка в возрасте 10–12 лет уроженцев г. Сургута. Возрастной состав распределился следующим образом: 31,71% от общего числа исследуемых составляли дети в возрасте 10 лет, 51,83% — 11 лет, 16,46% в возрасте 12 лет. Мальчики составили 36,59% от группы исследуемых, соответственно девочки 63,41%. Оценка Индекса напряжения осуществлялось по результатам обследования с использованием электрокардиографического комплекса Поли-Спектр компании «Нейрософт». Обследование проводилось при условии оформления законными представителями несовершеннолетних добровольного информированного согласия на указанный вид исследования.

Результаты. Выявлено, что больше половины девочек во всех исследуемых возрастных группах имели средний уровень индекса напряжения (10 лет — 55,56%, 11 лет — 51,79%, 12 лет — 52,39%). У мальчиков 10–11 лет средний показатель индекса Баевского был зарегистрирован в 48% случаев, а в возрастной группе 12 лет — 16,67%.

У мальчиков высокий показатель индекса напряжения встречался чаще, чем у девочек: в возрастной категории 10 лет на 10,07%, 11 лет — на 12,69%, 12 лет — на 40,48%.

Заключение. У мальчиков 10–12 лет преобладает активность симпатического отдела вегетативной нервной системы, что оказывает влияние на степень централизации управления сердечным ритмом. Полученные данные можно использовать для разработки методических рекомендаций по снижению риска развития дезадаптационных состояний у школьников при переходе из младшего в среднее звено школы, проживающих в специфичных климатогеографических условиях Среднего Приобья.

348

**ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ
БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ
ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ (АНАЛИЗ РЕГИОНАЛЬНОГО
СЕКМЕНТА ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА)**

**Ушакова С. А., Халидуллина О. Ю., Горохова Н. Е., Марина О. Д.,
Лукьянова В. Н., Фомичева Н. С., Гаврилюк О. И., Шишкина М. А.**

*Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень,
Российская Федерация*

Актуальность. Специализированное детское отделение № 1 ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» с 2016 г. участвует в ведении регионального сегмента Общероссийского регистра Союза педиатров России по оценке эффективности и безопасности терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) у пациентов с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА).

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности терапии ГИБП у детей с ЮИА.

Пациенты и методы. В исследование включено 33 ребенка с различными вариантами ЮИА: без поражения глаз (17 детей); с поражением глаз (6 детей); с системным началом (6 детей); по типу энтезит-ассоциированного спондилоартрита и сакроилеита (4 ребенка). Возраст детей: мальчики $11,3 \pm 2,7$ лет, девочки $9,7 \pm 1,9$ лет. Возраст детей в дебюте болезни $4,5 \pm 2,2$ лет. Продолжительность участия в исследовании: 12 месяцев.

Результаты. Зарегистрировано 43 назначения ГИБП, из них — 10 переключений ввиду неэффективности, либо возникновения нежелательных явлений. Наиболее часто из ГИБП у детей с ЮИА применялись ингибиторы ФНО α : этанерцепт (51,5%), адалимумаб (18,2%); а также тоцилизумаб у 18,2% детей и абатацепт у 12,1% детей. ГИБП назначены через $39,6 \pm 12,3$ мес от дебюта заболевания. Пяти детям ГИБП инициированы в дебюте. Длительность приема ГИБП $24,9 \pm 12,7$ мес. У 30 детей с ЮИА достигнута лекарственная ремиссия, еще у 3 детей улучшение со снижением активности болезни. Нежелательные явления на фоне приема ГИБП: частые инфекции дыхательных путей у 12 детей, лейкопения у 2 детей, нейтропения у 3 детей, кожная сыпь у 6 детей, тубинфицирование у 2 детей, целлюлит и повышение уровня трансаминаз по 1 ребенку. У 18 детей не наблюдалось каких-либо нежелательных явлений ГИБП.

Заключение. Применение в комплексном лечении современных ГИБП позволяет взять под контроль заболевание с достижением ремиссии или малоактивной болезни у детей с тяжелым течением ЮИА. Сократилось время принятия решения об инициации лечения ГИБП у пациентов, включенных в региональный регистр. Участие в регистре важно для мониторинга лекарственной терапии у детей с ЮИА.

349

ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПРИ УКУСАХ ЯДОВИТЫХ ЗМЕЙ**Ушакова С. А., Халидуллина О. Ю., Чайковская И. Л., Третьяков Д. С.,
Горохова Н. Е., Петрушина А. Д., Кайб И. Д., Селиванов О. К.***Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень,
Российская Федерация*

Актуальность. Проблема укусов змей актуальна для региона, особенно в последние годы, когда повысилась активность пресмыкающихся, связанная с паводком и ранним жарким летом. Такое осложнение как токсический миокардит представляет собой серьезную проблему, сопряженную с летальностью у детей.

Цель исследования: изучить клинические проявления токсического поражения сердечно-сосудистой системы у детей при укусах гадюки.

Пациенты и методы. Выполнен выборочный анализ историй пациентов с отравлением змеиным ядом при укусах гадюки обыкновенной, находившихся на стационарном лечении в 2010–2016 гг. В исследование включены данные 31 пациента (14 девочек и 17 мальчиков). Из них укушены в нижнюю конечность 18 и в верхнюю — 13 детей. Возраст детей $7,7 \pm 4,3$ лет. Время от укуса до госпитализации составило $2,5 \pm 1,5$ часов.

Результаты. У 3 (9,7%) детей отравление ядом змеи было лёгкой степени, у 19 (61,3%) детей — средней степени, у 8 (25,8%) детей — тяжелой степени и у 1 пациента крайне тяжелой степени тяжести. Быстрое нарастание и распространение отека мягких тканей до середины грудины и шеи в 1-е сутки при укусе в руку наблюдалось у 7 (22,6%) детей. У последних поражения со стороны сердца протекали более тяжело. При укусе гадюки в нижнюю конечность распространенность отека отмечалась до середины бедра и протекала с менее выраженной симптоматикой со стороны сердечно-сосудистой системы. Тахикардия выявлена у 18 (58,1%) детей, брадикардия у 6 (19,4%) детей. Приглушённость тонов сердца отмечена у 8 (25,8%) детей. Неспецифические нарушения сегмента ST и зубца Т по ЭКГ у 5 (16,1%) детей. Токсический миокардит диагностирован у 4 детей (13%). Летальных исходов не было.

Выводы. Развитие токсического миокардита характерно для детей младшего возраста, а также для укушенных гадюкой в верхнюю конечность, что связано с более быстрым распространением яда в организме. У двух третей детей отмечены неспецифические симптомы токсического поражения сердечно-сосудистой системы, что указывает на необходимость тщательной диагностики и наблюдения.

350

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТРОПОГЕННОГО ЗАГРЯЗНЕНИЯ И ЭКСКРЕЦИИ ОКСАЛАТОВ С МОЧЕЙ У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

Федько Н. А., Бондаренко В. А., Галимова О. И., Воронкина Е. Н.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,
Российская Федерация*

Актуальность. Состояние здоровья детей один из наиболее чувствительных медико-биологических показателей, характеризующих среду проживания и степень её загрязнения.

Цель исследования: установить наличие причинно-следственной связи между степенью экологической напряженности внешней среды и уровнем экскреции оксалатов с мочой у детей с заболеваниями органов мочевой системы (ОМС).

Пациенты и методы. У 225 детей с заболеваниями ОМС, проживающих в районах различной степени антропогенного загрязнения, выделенных на основании данных экологического мониторинга определена суточная экскреция оксалатов в моче (СЭО) методом Сивориновского Г. А. Нормальной считали 14,4 0,45 мг/сутки.

Результаты. Среднее значение СЭО у детей, проживающих в районах с различной степенью загрязненности, достоверно не различалось и составило в «загрязненном» районе — 39,8 1,8 мг/сутки, в «чистом» районе — 38,1 3,1 мг/сутки. ($P \leq 0,05$). Однако, наиболее высокие значения СЭО обнаружены у детей с МКБ и дизметаболическим пиелонефритом (152,0 11,2 мг/сут, проживающих в «загрязненном» районе. Самый низкий уровень оксалурии (14 мг/сут) определен у детей с инфекциями нижних мочевыводящих путей в «чистом» районе. Гипероксалурия у больных обструктивным пиелонефритом в районах с более высокой степенью антропогенной загрязненности встречалась достоверно чаще (87,5%) по сравнению с «чистым» (68,8%) ($P < 0,05$). Нормальная суточная экскреция оксалатов чаще наблюдалась у больных, проживающих в «чистом» районе (12,5%) по сравнению с «загрязненным» 4,2%. Неинфицированные аномалии развития ОМС в районах с большей антропогенной нагрузкой также достоверно чаще сопровождались увеличением СЭО, чем в относительно «чистой» зоне.

Заключение. Таким образом, у детей с заболеваниями ОМС, проживающих в условиях антропогенного загрязнения, достоверно чаще встречается повышение СЭО, что может быть фактором реализации предрасположенности к патологии мочевой системы.

351

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КАРДИОМИОПАТИИ У РЕБЕНКА
НА ФОНЕ НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА****Федько Н. А., Журначева Э. Г., Иваницкая Е. В., Бондаренко В. А.,
Попова Е. В.***Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,
Российская Федерация*

Актуальность. Синдром некомпактного миокарда — редкая кардиомиопатия, относится к заболеваниям с недостаточно изученной этиологией. Эта гетерогенная врожденная патология встречается в популяции с частотой около 0,05%.

Цель исследования: представить клинический случай кардиомиопатии у ребенка на фоне некомпактного миокарда.

Пациенты и методы. Девочка 7 лет находится под наблюдением педиатра и кардиолога с диагнозом: кардиомиопатия (некомпактный миокард, дилатационный фенотип). Дилатация восходящего отдела аорты и ствола легочной артерии. СССУ (брадикардия АВ узловой ритм, паузы ритма, синдром удлиненного интервала QT).

Результаты. Брадикардия заподозрена во внутриутробно. В 2 года впервые установлен диагноз: СССУ II клинический вариант (выраженная брадикардия до 70 в мин, замещающий узловой ритм). СДСТС: ООО (3,2 мм), ПМК I степени, ПТК I степени. Повышенная трабекулярность и дилатация левого желудочка. Выявлены повышенные АТ и АГ ядер кардиомиоцитов, волокон проводящей системы. ЭхоКГ — расширение восходящей аорты и ствола легочной артерии, дилатация полостей и истончение компактного слоя до 2,4 мм. При осмотре светлые тонкие кожные покровы, гипермобильность суставов всех групп, нарушение осанки, плоскостопие, брадикардия до 55 в мин, систолический шум в2 м/р слева. На СМ-ЭКГ выраженная брадикардия в течение суток, мах паузы ритма 2440 мс. На МРТ сердца с контрастированием — картина некомпактного миокарда левого желудочка. Отмечается отрицательная динамика на ЭхоКГ (истончение компактного слоя) и СМ-ЭКГ (нарастание брадикардии до 40). Ребенок наблюдается у генетика: синдром Элерса-Данло. Витилиго.

Закключение. Учитывая прогрессирующее ухудшение состояния, кратковременный эффект от проводимой терапии ребенку рекомендуется постановка кардиостимулятора при появлении синкопальных состояний. Данное заболевание может скрываться под «масками» аритмий, блокад, а также других кардиомиопатий. Педиатрам необходимо своевременно проводить скрининг ЭКГ, ЭхоКГ для своевременного выявления патологии и проведения жизнеобеспечивающей терапии.

352

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОГРАММЫ У ДЕТЕЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

**Федько Н. А., Воронкина Е. Н., Рубачева О. Е., Галимова О. И.,
Джанибекова А. С., Шайтанова В. Н.**

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,
Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время отмечается неуклонный рост инфекционного мононуклеоза среди детского населения Ставропольского края (2,16 на 100000 детей в 1989 г. и 55,2 — в 2016 г.). Данная патология характеризуется биологическими особенностями возбудителя, разнообразием клинических проявлений и гематологических показателей.

Цель исследования: изучить особенности гемограммы у детей при инфекционном мононуклеозе различной этиологии.

Пациенты и методы. Под наблюдением находилось 113 ребенка с клиническими проявлениями обострения рецидивирующего инфекционного мононуклеоза.

Результаты. При обследовании было выявлено, что в большинстве случаев возбудителем заболевания являлся ВЭБ 40,7% (46), в 19,5% (22) — ВГЧ 6, в 12,4% (14) ЦМВ. При этом почти у 1/3 детей (27,4%; 31) отмечалась микст-инфекция, среди которой наиболее частым этиологическим сочетанием являлось ВГЧ 6+ЦМВ. Анализ гемограмм пациентов позволил выявить некоторые особенности показателей. При ВЭБ-инфекции — эритроцитоз, повышение гемоглобина, тромбоцитопения, снижение сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитоз, атипичные мононуклеары, повышенная СОЭ. ЦМВ-инфекция характеризовалась эритроцитозом, гипохромной анемией, значительным лейкоцитозом, нейтропенией, лимфоцитозом, наличием атипичных мононуклеаров чаще, чем при ВЭБ-инфекции, тромбоцитопенией. При ВГЧ 6 — эритропения, гипохромная анемия, нейтропения, лимфоцитоз, при микст-инфекции — эритроцитоз, гипохромная анемия, лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, норма моноцитов, атипичные мононуклеары реже на 1/3, чем при моноинфекции, ускоренная СОЭ.

Вывод. Таким образом, реактивация инфекционного мононуклеоза характеризуется различиями в гемограммах пациентов в зависимости от этиологического агента. Данные тенденции помогут педиатру первого звена в выборе адекватной терапии, тактики дообследования, исключающей назначение ненужных и дорогостоящих анализов.

353

ОСОБЕННОСТИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**Федько Н. А., Попова Е. В., Рубачева О. Е., Джанибекова А. С.***Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Российская Федерация*

Актуальность. С 2014 г. в Национальный календарь профилактических прививок РФ включена вакцинация против пневмококковой инфекции, что вызвало немало вопросов у родителей.

Цель исследования: изучить особенности вакцинации детей первого года жизни за последние 5 лет.

Пациенты и методы. Изучено 50 историй развития детей 1 года жизни (мальчики 52%, девочки 48%), которые наблюдались в ГБУЗ СК «ГДКП № 2» г. Ставрополя в 2010–2011 гг. (1 группа) и 2016–2017 гг. (2 группа).

Результаты. К 1 году только 30% детей 1 группы и 32% детей 2 группы имели законченную вакцинацию. Не имели ни одной прививки 6% и 4% детей соответственно. У детей, привитых в 2016–2017 гг., V1 против вирусного гепатита В в срок состоялась в 70%. Законченную вакцинацию к 6 мес. имели лишь 14% детей, к 12 месяцам жизни 68%. В роддоме получили вакцину БЦЖ 82% детей. В возрасте 1–2 мес. вакцинированы 14% детей. Только 2 ребенка не получили БЦЖ до 12 мес. Законченную вакцинацию против пневмококковой инфекции получили до 1 года 64% детей, из них в декретированный срок 26%. V1 против коклюша, дифтерии, столбняка была проведена у 80% детей, из них в декретированный срок у 50%. К 6 месяцам законченную вакцинацию имели 12% детей, к 12 месяцам 68%. V1 против полиомиелита была проведена у 82% детей, из них в декретированный срок у 52%. К 6 месяцам завершили вакцинацию против полиомиелита 14% детей, к 12 месяцам 70%. V1 против кори, краснухи, паротита получили 40% детей. Вакцинацию против гриппа на 1 году жизни получили только 3 ребенка. Проведение вакцинации по индивидуальному календарю в 1 группе связано с отказом родителей в 29,5%, с мед. отводами в 40,5%; во 2 группе в 20% и 42,8% случаев соответственно. Поствакцинальных осложнений выявлено не было. У 25,6% детей 1 группы и 28% 2 группы наблюдались нормальные вакцинальные реакции.

Заключение. Большинство детей 1 года жизни вакцинировались по индивидуальному календарю. Снижение числа отказов родителей от вакцинации за последние 5 лет можно объяснить эффективной разъяснительной работой участковых педиатров.

354

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОПРАНОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Филинов И. В., Беляева И. А., Харитонов Н. А., Гарбузов Р. В.,
Мигали А. В., Петров Е. И.**

*Национальный научно-практический центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время применение бета-блокаторов для лечения младенческих гемангиом нашло широкое применение в педиатрической практике. Однако применение пропранолола в группе недоношенных детей ранее не исследовалось.

Цель исследования: выяснить эффективность и безопасность применения пропранолола при лечении младенческих гемангиом у детей, родившихся преждевременно.

Пациенты и методы. Пролечено 5 детей с гестационным возрастом от 30 до 36 недель (средний возраст начала терапии составил 2–2,5 мес.). Длительность терапии составила 6–14 месяцев (в среднем 12 месяцев), наблюдение пациентов от 1,5 до 2 лет. Все пациенты имели кожную форму гемангиом, у 2 детей (40%) также диагностировано наличие гемангиом в печени. Всем детям проведено УЗИ, ЭХО-КГ, ЭКГ, по показаниям проводилось ХМ, МРТ головного мозга, ежедневно проводилось мониторирование ЧСС, АД.

Результаты. За время приема препарата не было зарегистрировано значимых побочных эффектов, которые повлекли бы за собой отмену лечения. Эпизодов гипогликемии не зарегистрировано. По данным ЭКГ интервал PQ у всех пациентов соответствовал возрастной норме. ЧСС составляла от 110 до 145 ударов в минуту, в среднем 125 ударов в минуту. По данным ЭХО КГ исследования врожденных пороков сердца и других кардиопатий не зарегистрировано. На первой неделе лечения у 1 пациента отмечалось незначительное снижение уровня артериального давления до 60/38 мм рт. ст., сопровождающееся умеренной брадикардией (до 110 в минуту), купировавшейся самостоятельно. У всех 5 пациентов отмечен положительный эффект от приема препарата в виде регресса гипervasкулярного образования с хорошим косметическим эффектом. У 2 пациентов, после проведенной терапии, на месте гемангиомы сохранился небольшой участок гипертрофированной ткани.

Закключение. Лечение пропранололом младенческих гемангиом показало высокую эффективность и безопасность, в том числе и у недоношенных детей.

355

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ РЕШЕНИЯ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ
МЕЖВЕДОМСТВЕННУЮ ИНТЕГРАЦИЮ В ВОПРОСАХ
ШКОЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ****Филькина О. М., Воробьева Е. А., Слабинская Т. В., Румянцева Т. В.***Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства
имени В. Н. Городкова, Иваново, Российская Федерация*

Актуальность. Период школьного обучения — важный этап формирования здоровья обучающихся, профилактики его нарушений. Необходимо искать новые организационные решения, обеспечивающие межведомственный подход, условия для оптимизации здоровья, повышение осознанного, мотивированного участия самих школьников, преподавателей и родителей в формировании здоровья.

Цель исследования: разработать организационные решения, обеспечивающие межведомственную интеграцию в вопросах школьной медицины.

Пациенты и методы: организационный эксперимент.

Результаты. В Ивановской области создан региональный Центр здоровья школьников с отделением дистанционного управления здоровьем обучающихся, которое с использованием программного обеспечения Adobe Connect, защищенного онлайн-доступа обеспечивает координацию деятельности школ, учреждений образования и здравоохранения, взаимодействие с Центрами здоровья, организациями культуры и спорта; предоставление консультативной, информационной, методической помощи образовательным организациям, обеспечивающей единые подходы к организации оздоровления обучающихся и распространение положительного опыта. В каждой школе созданы кабинеты здоровья школьников, являющиеся центрами информации о здоровье обучающихся с кабинетом (уголком) самооценки здоровья; информационно-методическим центром для педагогов, медицинских работников, школьных отрядов волонтеров, обучающихся, родителей; организационным центром массовых акций за здоровый образ жизни; консультативным центром для родителей. Сформирована региональная межведомственная система спортивно-оздоровительных мероприятий для школьников.

Заключение. Новые организационные решения, как на уровне региона, так и на уровне образовательной организации, обеспечили межведомственную интеграцию в решении вопросов школьной медицины, повысили информированность и мотивацию на оздоровление и профилактику; оптимизировали показатели физического развития, снизили заболеваемость, повысили удовлетворенность родителей медицинским обеспечением школьников.

356

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ, ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И РЕЗИСТЕНТНОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Финота Е. А., Калмыкова А. С., Абдуллина А. Э., Бондарева М. В.

*Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь,
Российская Федерация*

Актуальность. Показатели физического развития (ФР) могут служить достоверным критерием определения готовности организма к учебной деятельности и использоваться в качестве надежного маркера неблагоприятного воздействия на детский организм окружающей среды.

Цель исследования: анализ параметров здоровья и ФР 118 школьников г. Ставрополя.

Пациенты и методы. Обследовано 3 группы детей: 1-я группа 32 ребенка 6–7 лет (17 мальчиков и 15 девочек); 2-я группа 38 детей от 8–10 лет (20 мальчиков и 18 девочек); 3-я группа 48 детей от 11–14 лет (23 и 25 соответственно). Оценивались группы здоровья, ФР (определение гармоничности ФР по ростовесовому показателю) и резистентность.

Результаты. Анализ полученных данных у детей от 6 до 14 лет свидетельствует, что основной группой здоровья является II (68% детей). Структура заболеваемости детей характеризуется доминированием у детей школьного возраста нарушений осанки — 48,5%. Нарушение зрения имеют 29,9% школьников, заболевания дыхательной системы — 34,1%, сердечно-сосудистой — 6,9%, ЖКТ — 12,3%, эндокринной — 3,4%, заболевания почек — 1,5%. Установлено, что ФР детей г. Ставрополя от 6–14 лет в большинстве является гармоничным и соответствует возрасту. Однако, в группе 6–7 летних детей 5% имели уровень ФР выше среднего (высокий рост, избыток массы тела) и 2% ниже среднего развития, среди школьников 8–14 лет — 16% имели уровень ФР выше среднего, 11% — ниже среднего. При определении резистентности установлено, что чаще болеют дети как с пониженным, так и с высоким уровнем ФР по сравнению со средним.

Заключение. Детей, имеющих отклонения в физическом развитии и снижение резистентности, необходимо выделить в группу внимания для проведения индивидуально подобранных профилактических мероприятий.

357

НАЦИОНАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ — ВАЖНЕЙШЕЕ ЗВЕНО В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРЕВЕНТИВНЫХ ПРИНЦИПОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ И СТРАН СНГ**Хабриев Р. У., Мингазова Э. Н.***Казанский государственный медицинский университет, Казань,
Российская Федерация*

Актуальность. Обеспечение превентивных принципов здравоохранения в эпоху социально-экономических и политических реформ помогает государственным и общественным институтам в решении важнейших вопросов политики, национальной безопасности и демографии. В число этих принципов входит проведение своевременного и качественного мониторинга здоровья. Основным в системе мониторинга здоровья как индивидуального, так и общественного является мониторинг физического развития детей и подростков. Выявлено, что на многих территориях России и стран СНГ оценка физического развития затруднена в силу отсутствия современной нормативной базы.

Цель исследования: оказать содействие субъектам РФ и странам СНГ в разработке современных скрининг-программ по оценке физического развития детей на основе нормативной базы, созданной с применением единого подхода, IT-технологий и учета геополитических особенностей региона.

Пациенты и методы. В работе применялись клинический, статистический, математический и другие методы. На первом этапе использован генерализирующий метод при общей выборке в каждом регионе не менее 11000 детей школьного возраста и 8000 дошкольного возраста.

Результаты. С середины XX в. существовала традиция, инициированная Научно-исследовательским институтом общественного здоровья им. Н. А. Семашко, разрабатывать на всей территории советского государства региональные «Стандарты физического развития детей и подростков» и обновлять их каждые 10–15 лет с учетом интенсивно меняющихся условий жизни населения. В настоящее время данное НИИ проводит разработку «Национальных стандартов физического развития детей и подростков России и стран СНГ» с выпуском соответствующих методических пособий, содержащих нормативный материал и созданием единого интернет-сайта для онлайн-диагностики морфологических особенностей организма детей различных регионов. Исследования, проведенные в нескольких крупных регионах РФ и странах СНГ, позволили получить современные данные об особенностях физического развития детей, выявить причинно-следственные связи от географических, этнических, климатических, социальных, экологических факторов.

Заключение. Использование скрининг-программы для оценки физического развития детей будет способствовать возможности ранней профилактики заболеваний через своевременное обращение за консультационной медицинской помощью. Полученные объективные сведения доказывают, что мониторинг физического развития детей и подростков может и должен использоваться как достоверный инструмент оценки влияния факторов риска, эффективности оздоровительных мероприятий, а при необходимости и в качестве критерия социально-экономического, санитарно-эпидемиологического благополучия регионов.

358

ЗНАЧЕНИЕ ЖИЗНЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ИДЕНТИФИКАЦИИ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**Хамзаев К. А., Шарипов А. М.***Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. Дети с лихорадкой составляют большую часть обращений в службу скорой медицинской помощи и часто эти дети госпитализируются в детские больницы на стационарное лечение. Имеется необходимость в разработке универсальной шкалы оценки состояния детей на основании жизненных показателей.

Цель исследования: определение роли жизненных показателей в определении тяжести состояния детей с лихорадкой и сравнение диагностической ценности шкалы сортировки Манчестера (MTS) и системы светофора на основе шкалы (NICE).

Пациенты и методы. Были оценены жизненные показатели, уровень сознания, уровень активности, респираторный дистресс, обезвоживание и категория MTS. Были исследованы 700 детей (средний возраст 3 года), из них 357 (51.0%) обратились из поликлиник (неотложная помощь), 198 (28.3%) вызвали службу скорой помощи домой и 116 (16.6%) перевозки из приемных отделений специализированных детских больниц. Более половины обследованных детей были госпитализированы (383 или 54.7%). Дети по тяжести инфекции были разделены на группы тяжелых, со средней тяжестью, легкой тяжестью и без инфекции.

Результаты. У детей с тяжелой или средней тяжестью инфекции ($n = 313$) по сравнению с детьми с инфекцией легкой тяжести и без инфекции ($n = 387$) больше встречались гипертермия $\geq 39^\circ\text{C}$, тахикардия, сатурация кислорода $\leq 94\%$, или скорость наполнения капилляров > 2 секунд. Наличие одного из критериев: гипертермии $\geq 39^\circ\text{C}$, сатурации кислорода $\leq 94\%$, тахикардии имели 80% чувствительность (95% интервал достоверности 75% до 85%) 39% специфичность (95% интервал достоверности 34% до 44%) для определения детей с тяжелой или средней тяжестью инфекции. Полученные данные были сравнимы с шкалой MTS (84% чувствительность, 38% специфичность), и системы светофора NICE (85% чувствительность, 29% специфичность).

Вывод. Полученные данные по чувствительности сравнимы с более сложными системами сортировки детей. Диагностическая ценность комбинированной оценки жизненных показателей и системы светофора NICE лучше применять, где частоты встречаемости тяжелой инфекции намного меньше.

359

**«ТРЕУГОЛЬНИК» ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ТЯЖЕСТИ ДЕТЕЙ:
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ В СЛУЖБЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ****Хамзаев К. А., Шаикрамов Ш. Ш., Кариева Ш. А.***Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан*

Актуальность. «Треугольник» оценки состояния тяжести детей является инструментом для быстрой оценки клинического статуса больного ребенка и определяет приоритетность мероприятий по оказанию помощи. Требуется внедрение данного метода в работу врачей и фельдшеров службы скорой медицинской помощи.

Цель исследования: усовершенствования оценки состояния детей на этапе скорой медицинской помощи.

Пациенты и методы. Врачи скорой медицинской помощи применяли «треугольник» в оценке 528 детей во время обслуживания вызова.

Результаты. Для оценки результатов применен коэффициент вероятности. Вероятность, что на дальнейших этапах оценки будут схожими в 10 раз больше у детей, которые при первичной оценке по системе треугольника оценены как стабильные (вероятность 0.12, 95% интервал достоверности [CI] 0.06–0.25). «Треугольник» позволил распределить детей на подкатегории по основной проблеме: респираторный дистресс (вероятность + 4, 95% CI 3.1–4.8), дыхательная недостаточность (вероятность + 12, 95% CI 4.0–37), шок (вероятность + 4.2, 95% CI 3.1–5.6), заболевания центральной нервной системы (вероятность + 7, 95% CI 4.3–11), и кардиопульмональная недостаточность (LR+ 49, 95% CI 20–120).

Заключение. Применение структурной оценки состояний детей методом треугольника быстро и надежно определяет детей в тяжелом состоянии. Метод треугольника является очень предсказуемым в дальнейшей оценке состояния детей.

360

**ПРЕДИКТОРЫ ТРАНСПОРТИРОВКИ ДЕТЕЙ ЛИХОРАДКОЙ
В СТАЦИОНАР**

Хамзаев К. А., Кариева Ш. А., Исмаилова Ш. Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Инфекционные заболевания детей, которые сопровождаются лихорадкой, составляют большую часть обращений в службу скорой медицинской помощи и часто эти дети госпитализируются в детские больницы на стационарное лечение.

Цель исследования: изучение факторов риска для транспортировки детей с лихорадкой в детские больницы на стационарное лечение.

Пациенты и методы. Исследование проведено в станции скорой медицинской помощи г. Ташкента. Были исследованы 1750 дети с лихорадкой в возрасте 1–5 лет, родители которых обратились в службы скорой медицинской помощи.

Результаты. Факторами для транспортировки детей с лихорадкой в детские больницы были тахикардия (относительный риск (ОР) = 1.1, доверительный интервал (ДИ) 95% от 1 до 1.1), выглядит больным (ОР = 2.2, 95% ДИ (от 1.2 до 4.2)), патологические движения грудной клетки (ОР = 2.1, 95% ДИ (от 1.2 до 4.3)), присуждение желтого цвета при оценке по шкале NICE (ОР 1.795% ДИ (от 1.2 до 2.5)). Предикторами для транспортировки служили общее тяжелое состояние (ОР = 6.9, 95% ДИ (от 2.4 до 19.8)), гастроинтестинальное заболевание (ОР = 3.8, 95% ДИ (от 1.4 до 10.4)) или дети, которые были в красной группе по шкале NICE (ОР = 5.9, 95% ДИ (от 2.2 до 15.3)). Только у 51 детей выявлена пневмония (4,6%), 52 дети имели инфекцию мочевых путей (4.2%). 15% дети которые были транспортированы обращались в службы скорой медицинской помощи повторно в течении 28 дней после выписки из стационара, часто эти дети имели желтый цвет при оценке по шкале NICE, при повторном обращении более половины детям требовалась транспортировка в больницу на стационарное лечение.

Закключение. Факторы риска и предикторы для транспортировки детей в больницу разные. Комбинирование факторов риска и предикторов позволяют уменьшить частоту повторных обращений в скорую медицинскую помощь и транспортировку в больницу. Требуются дальнейшие исследования для усовершенствования систему оценку детей обратившихся в службу скорой медицинской помощи для снижения ненужных госпитализаций.

361

**СТРУКТУРА СВЯЗЕЙ СОСТОЯНИЯ ОСАНКИ
И СТАТО-КИНЕТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ДЕТЕЙ****Храмцов П. И.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Поиск новых научных данных о состоянии осанки у детей с целью научного обоснования эффективных технологий диагностики, профилактики и коррекции ее нарушений является актуальной задачей школьной медицины. Одним из перспективных направлений исследования состояния осанки у детей является изучение связей с показателями стато-кинетической устойчивости, связанной с модулирующей функцией вестибулярной системы (Лозанов Н. Н., 1938).

Цель исследования: оценить структуру связей состояния осанки и стато-кинетической устойчивости у детей 11–12 лет.

Пациенты и методы. Проведено компьютерное оптико-топографическое и постурографическое обследование 70 детей 11–12 лет. Состояние осанки оценивалось с помощью компьютерно-оптического топографа ТОДП, стато-кинетическая устойчивость (СКУ) — с помощью компьютерного постурографа ST-150. Корреляционный анализ проводился между состоянием осанки (норма, умеренные нарушения, выраженные нарушения) и разностью значений показателей СКУ (площадь статокинезиограммы и скорость колебаний тела) до и после стато-кинетической нагрузки (СКН — 3 вращения вокруг оси туловища с частотой 1 оборот за 4 с) с использованием пакета прикладных программ SPSS v.19.1.

Результаты. Установлено, что коэффициент корреляции между состоянием осанки и разностью значений площади статокинезиограммы до и после СКН составил 0,301 ($p = 0,12$) при открытых глазах — 0,193 ($p = 0,12$) при закрытых глазах; между состоянием осанки и разностью значений скорости колебаний тела до и после СКН, соответственно, 0,208 ($p = 0,087$) и 0,400 ($p = 0,001$). Достоверные статистические связи выявлены между состоянием осанки и разностью значений скорости колебаний тела до и после СКН при закрытых глазах.

Закключение. Полученные данные следует учитывать при разработке профилактических технологий предупреждения нарушений осанки у детей посредством развития и совершенствования статокинетической устойчивости, в том числе средствами физической культуры, эффективность использования которых является предметом дальнейших научных исследований.

362

**КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА ДАУНА
С КАРИОТИПОМ 46,XX,DER(3)T(3;21)(P26; Q22.1)
И МИНИМАЛЬНЫМИ ФЕНОТИПИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ****Хурс О. М., Румянцева Н. В., Зобикова О. Л., Подлещук Л. В.***Научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь*

Актуальность. Согласно современным знаниям, фенотип синдрома Дауна (СД) определяется наличием в кариотипе 3 копий «критического региона» (в зарубежной литературе «Down Syndrome critical region», DSCR), локализованного в сегменте q22.13 хромосомы 21 (Pelleri MC, 2016). Пациенты с СД, обусловленным несбалансированными реципрокными транслокациями (РТ), имеют комбинированный дисбаланс: частичные трисомию 21q (включая DSCR) и моносомию по другой хромосоме-участнику.

Цель исследования: представлено клиническое наблюдение СД и оценка прогноза потомства супругов.

Пациенты и методы. Проведено клинико-генетическое и цитогенетическое обследование пробанда с СД и родителей.

Результаты. Обследована новорожденная девочка, имеющая характерные признаки СД (лицевые дисморфии, брахицефалия, гипотония, ООО, ОАП). Установлен кариотип 46,XX,der(3)t(3;21)(p26;q22.1)pat, в котором показано наличие 3 копий дистальной части сегмента 21q22.13 (метод FISH, LSI 21 (D21S259, D21S341, D21S342) Vysis). Деривативная хромосома 3 унаследована ребенком от отца — носителя сбалансированной РТ t(3;21). Проведен анализ клинических проявлений при моносомии 3p26-pter и трисомии 21q22.1-qter. Характерных признаков синдрома делеции хромосомы 3pter-p25 (OMIM#613792; птоз, расщелина неба, постаксиальная полидактилия) не наблюдалось. На момент осмотра в возрасте 3 лет у пробанда отмечались минимальные фенотипические признаки СД: лицевые дисморфии, задержка речи. Физическое и моторное развитие нормальное, девочка ходит с 1 года, бегает, активна, общительна. Пороков развития не выявлено, редукция фетальных коммуникаций. Семья имеет высокий риск рождения потомства с хромосомным заболеванием (в том числе с СД). Общий генетический риск составляет 45% (Gardner RGM, 2011; Козлова СИ, 2007). Рекомендовано проведение пренатальной диагностики для определения кариотипа плода.

Заключение. Фенотип пациентов с несбалансированной реципрокной транслокацией, вовлекающей хромосому 21, и трисомией DSCR формируется с учетом вида и размера дополнительной частичной моносомии по другой хромосоме-участнику.

363

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**Цейтлин Г. Я., Карелин А. Ф., Кокорева М. Е., Бородина И. Д.,
Никитина Т. П., Зинковская А. В., Порфирьева Н. М., Ионова Т. И.***Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Д. Рогачева, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. В современном здравоохранении качество жизни пациента важный критерий эффективности реабилитационных программ.

Цель исследования: оценка динамики качества жизни (КЖ) детей с опухолями головного мозга (ОГМ) в состоянии ремиссии после 32-дневной медико-социальной реабилитации.

Пациенты и методы. В исследовании участвовали дети 6–17 лет с ОГМ ($n = 82$) в ремиссии и их родители. Детям проводился 32-х дневный курс медико-социальной реабилитации. Дети и родители заполняли общий опросник оценки КЖ PedsQL™ до и после реабилитации. Для оценки изменения показателей КЖ применяли парный t -критерий, тест Вилкоксона, метод «обобщенные уравнения оценки» (GEE) и тест Фишера.

Результаты. Средний возраст детей с ОГМ $11,8 \pm 3,1$ г, мальчики — 57%. Медиана срока ремиссии 26 мес (1–123 мес). До реабилитации 22% детей имели незначительное ($\leq 25\%$) снижение интегрального показателя КЖ (ИПКЖ); 78% детей — существенное снижение ИПКЖ ($\geq 25\%$). После реабилитации по оценке детей выявлено значимое улучшение эмоционального и психосоциального функционирования (ЭФ — 45,8 и 56,4; ПСФ — 48,8 и 54,8; $p < 0,05$), а также ИПКЖ (0,328 и 0,411; $p = 0,0003$). По оценке родителей установлено значимое улучшение социального функционирования (СФ — 60,1 и 67,6), функционирования в школе (ЖШ — 48,3 и 51,3), а также ПСФ (57,1 и 62) и суммарной шкалы (СШ — 53,6 и 58,0); $p < 0,05$. Показано значимое улучшение КЖ у детей после реабилитации с учетом пола, возраста и срока ремиссии по всем шкалам (GEE, $p < 0,05$). После реабилитации увеличилась доля детей с незначительным снижением ИПКЖ и уменьшилась доля детей с существенным снижением ИПКЖ (22% и 43%, 78% и 57%, $\chi^2 = 7,1$; $p < 0,05$).

Закключение. У детей с ОГМ в ремиссии установлена положительная динамика КЖ после 32-дневного курса реабилитации за счет улучшения психосоциального благополучия. Эти результаты указывают на информативность метода оценки КЖ как критерия эффективности реабилитации с возможностью его применения для разработки рекомендаций по психосоциальному сопровождению детей в ремиссии ОГМ.

364

ИТОГИ ЦЕЛЕВОГО ПРИЕМА НА СПЕЦИАЛЬНОСТЬ «ПЕДИАТРИЯ» В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Чернышева Н. В.

*Дальневосточный государственный медицинский университет, Владивосток,
Российская Федерация*

Актуальность. Кадровый вопрос среди педиатров Хабаровского края (ХК) особенно актуален, что связано с дефицитом специалистов, депрессивной демографической ситуацией и стремительным развитием в регионе высокотехнологичной медицины.

Цель исследования. В 2017 г. в вузы поступали абитуриенты, рожденные во время «демографической ямы» 1999 г. Количество абитуриентов достигло рекордного минимума в 2017 г. При этом количество бюджетных мест в Дальневосточном государственном медицинском университете не уменьшилось.

Пациенты и методы. Один из вариантов поступления в ВУЗ целевой прием. С каждым годом целевой набор укрепляет свои позиции. Так, в сравнении с 2013 г. в 2017 г. контрольные цифры приема целевиков-педиатров увеличились в 1,6 раз (60 и 96 соответственно). Конкурс на специальность «Педиатрия» в 2017 г. составил 12,6 человек, а проходной балл среди целевиков-педиатров ХК составил 162.

Результаты. Квота на целевой набор для абитуриентов установлена Минздравом РФ. В 2017 г. она составила 96 мест. Впервые в этом году выделены квоты для жителей монопрофильных муниципальных образований. В соответствии с п. 5 ст. 56 ФЗ от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об образовании в Российской Федерации» существенными условиями договора о целевом обучении являются меры социальной поддержки. В настоящее время размер дополнительной стипендии составляет от 100 руб. до 5000 руб. в месяц. В соответствии с договором целевого обучения, после окончания учёбы выпускник должен проработать не менее трех лет в медицинской организации, от которой получил направление.

Заключение. Таким образом, в связи с неблагоприятной демографической и кадровой ситуацией необходимо усилить профориентационную работу не только среди выпускников школ и колледжей, но и активизировать её среди работающих людей со средним, начальным и незаконченным высшим образованием. А также увеличить объемы и виды мер социальной поддержки, чтобы привлечь абитуриентов к заключению целевых договоров, что повысит гарантии их трудоустройства.

365

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**Черняк И. Ю., Шашель В. А., Клещенко Е. И.***Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,
Российская Федерация*

Актуальность. Изучение эпидемиологических показателей СД I типа в каждом регионе Российской Федерации позволяет оптимизировать лечебно-профилактическую помощь детскому населению.

Цель исследования: оценить динамику болезненности и первичной заболеваемости СД I типа у детей и подростков Краснодарского края за период 2012–2016 гг.

Пациенты и методы. Проведен анализ болезненности и первичной заболеваемости СД I типа у детей и подростков по данным эндокринологического отделения детской краевой клинической больницы и медицинского информационно-аналитического центра г. Краснодара.

Результаты. Болезненность СД I типа у детей 0–14 лет за указанный период времени возросла в 1,5 раза (с 72,1 до 105,2), у подростков 15–17 лет в 1,4 раза (с 164,1 до 229,0) на 100 тыс. детского и подросткового населения при незначительных колебаниях в течение 5 лет. Первичная заболеваемость у детей за этот же период времени увеличилась также в 1,5 раза (с 12,0 до 18,0), у подростков — в 1,6 раза (с 22,1 до 36,1) на 100 тыс соответствующего населения. Анализ болезненности и первичной заболеваемости показал, что девочки страдают СД I типа в 2 раза чаще по сравнению с мальчиками. Наиболее высокие уровни болезненности и впервые выявленной заболеваемости СД I типа регистрировались у детей ($98,42 \pm 4,11$ и $12,86 \pm 0,98$ на 100 тыс детского населения) и подростков ($154,83 \pm 9,08$ и $21,8 \pm 1,99$) на 100 тыс подросткового населения) из экологически неблагоприятных территориях проживания в крае в сравнении с экологически благоприятными территориями.

Закключение. Анализ эпидемиологических показателей СД I типа в современных условиях в Краснодарском крае показал наличие роста болезненности и впервые выявленной заболеваемости указанного заболевания у детей и подростков, их зависимость от возраста, пола и антропогенного загрязнения окружающей среды.

366

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Черняк М. Д., Нестеренко О. В., Борисова Л. С.

Энгельсская детская клиническая больница, Энгельс, Российская Федерация

Актуальность. Согласно определению ВОЗ, паллиативная помощь должна быть доступна семье с момента диагностирования у ребенка заболевания, ограничивающего жизнь.

Цель исследования: выявить проблемы, возникающие в процессе организации и работы отделения паллиативной медицинской помощи детям на базе городской больницы.

Пациенты и методы. С 01.01.2016 г. на базе ГУЗ «ЭДКБ» открыты койки паллиативной медицинской помощи детям (ПМП) Саратовской области, а с 01.01.2017 г. — единственное в области отделение на 10 коек. В отделении имеются палаты для ребенка и члена семьи, комната для реабилитационных процедур, комната для занятий с психологом, душевая кабина, ванная. Предусмотрена возможность посещения родственниками. В плане оборудование игровой комнаты. За прошедшие 9 месяцев функционирования отделения помощь получили более 100 детей. В нозологической структуре преобладали поражения нервной системы, что характерно в целом для педиатрической паллиативной службы. Получали помощь дети с онкологической патологией, хромосомными болезнями, врожденными пороками развития, бронхолегочной дисплазией. К консультациям привлекаются онкологи, урологи, детские хирурги, неврологи, создавая, таким образом, мультипрофессиональную команду.

Результаты. Опыт работы позволил выявить проблемные места:

- необходим более ранний перевод в профильное отделение для оказания паллиативной помощи пациентам с заболеванием, ограничивающим жизнь, что способствует улучшению качества жизни пациентов и членов их семей, а в ряде случаев позволяет увеличить продолжительность жизни;
- назрела необходимость в создании интерактивных образовательных модулей (сообщение плохих новостей, коммуникации с родителями, снижение тревоги и т. д.);
- очевидна недостаточная осведомленность врачей первичного звена о возможностях и целесообразности активного своевременного направления пациентов в паллиативное отделение.

Заключение. Таким образом, нашу задачу мы видим не только в оказании помощи пациенту и членам его семьи, но и в решении возникающих организационных и методических вопросов.

367

**ПРАВОВАЯ БАЗА И ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
БЕЗОПАСНОСТИ ДЕТЕЙ РОССИИ В ПЕРИОД
ОРГАНИЗОВАННОГО ОТДЫХА****Чичерин Л. П., Щепин В. О., Никитин М. В.***Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья
имени Н. А. Семашко, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Летний отдых и оздоровление детей с позиции их безопасности межведомственно решаемая проблема, существенно обострившаяся в последние годы.

Цель исследования: проанализировать ситуацию в России и на модели организованного оздоровления и летнего отдыха детей России обосновать комплексные меры по нивелированию угроз их здоровью и жизни в этот период.

Пациенты и методы. Дети, организации отдыха детей различных ведомств. Методы: контент-анализ, аналитический, экспертных оценок, изучения опыта.

Результаты. Ежегодно организованным отдыхом и охватывается 7,5 млн детей. О важности именно такого отдыха говорят данные СК РФ: в 2017 году более 200 детей погибли во время летнего отдыха, еще 632 ребенка пострадали. Стимулом для ускорения решения проблемы стали трагические события в Карелии в июне 2016 г., унесшие жизни 14 воспитанников. Вскоре редакцией ФЗ от 28.12.2016 г. № 465-ФЗ в ФЗ от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» впервые к числу полномочий федерального органа исполнительной власти отнесена разработка и реализация основ государственной политики в сфере организации отдыха и оздоровления детей, включая обеспечение безопасности их жизни и здоровья. Пока ещё мало знаком и приказ Минобрнауки РФ от 13.07.2017 г. № 656 «Об утверждении примерных положений об организациях отдыха детей и их оздоровления», регламентирующий многие аспекты безопасности.

Закключение. Требуется разработка государственной политики и в плане жизнeсбережения детей, в том числе в период организованного отдыха. На фоне почти 10-летнего рассмотрения ГД РФ проекта закона об охране здоровья детей необходим ФЗ «Об охране здоровья и жизни детей в Российской Федерации». На территориях межведомственными комиссиями следует реализовывать специальную Программу предстоящего летнего отдыха и оздоровления детей с позиции их безопасности, включая обучение медицинского, педагогического и иного персонала, выработку моделей поведения детей в различных жизненных ситуациях и пр.

368

АНАЛИЗ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Якупова Р. Ш., Шеенкова М. В.

Детская городская клиническая больница, Оренбург, Российская Федерация

Актуальность. Принятие управленческих решений в организации, оказывающей медицинскую помощь детям, невозможно без экономического анализа деятельности.

Цель исследования: изучить финансово-экономическую деятельность ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга.

Пациенты и методы: экономический анализ.

Результаты. Больница получает денежные средства за счет различных источников финансирования. Средства, поступающие за оказание медицинской помощи по программе ОМС, составляют 89%. Динамика за 3 года показала увеличение поступлений денежных средств от оказания медицинской помощи по ОМС и платным услугам, а также в целом на 2%. Целевых средств в текущем году для нужд ГАУЗ «ДГКБ» не выделено, а также сокращены ассигнования за счет областного бюджета в 2017 году по сравнению с 2016 г. Общий доход за счет средств ОМС за 2017 год на 4% увеличился по сравнению с 2016 годом и на 15% с 2015 г., большая часть (70%) которого составляет доход от оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Расходы за 2017 г. составили 112% от расходов в 2015 г. В 2016 г. был развернут дневной стационар хирургического профиля, который востребован по таким направлениям, как офтальмология, хирургия, оториноларингология, гинекология. С 2017 г. в круглосуточном стационаре работают паллиативные койки, а также стали проходить лечение дети с применением генно-инженерных лекарственных препаратов (синагис, ксолар), в связи с чем, увеличился расход на медикаменты. В части контроля над расходом медикаментов, медицинских расходных материалов, реактивами для лаборатории финансовая служба больницы использует МИАС «Антибиотик+». Программа позволяет вести учет расхода, планировать потребность и формировать заявки на закупку.

Вывод. Таким образом, анализ финансово-экономической деятельности необходим для выявления неиспользованных резервов для повышения эффективности деятельности детских медицинских организаций.

369

ОПЛАТА ТРУДА КАК СТИМУЛ В РАБОТЕ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ**Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Якупова Р. Ш., Шеенкова М. В.***Детская городская клиническая больница, Оренбург, Российская Федерация*

Актуальность. Задачей здравоохранения России сегодня является обеспечение достойных условий работы медицинских работников, включая повышение уровня заработной платы и создание эффективных систем стимулирования.

Цель исследования: изучить влияние оплаты труда на качество работы врачей-педиатров.

Пациенты и методы: изучен фонд оплаты труда больницы.

Результаты. Администрация ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга для оплаты труда работников разработала и довела до персонала систему стимулирующих выплат. Каждый врач-педиатр ведет мониторинг показателей своей деятельности в МИАС «Антибиотик+» и видит возможные стимулирующие выплаты. Так, с 2015 г. резко уменьшилось количество дефектов при оказании медицинской помощи по ОМС. В целом, заработная плата работников ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга в 2017 г. увеличилась по категории «врачи» на 20%, по среднему медицинскому персоналу на 12%, по младшему на 30% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Размер средней заработной платы превышает норматив средней заработной платы, установленный в «дорожной карте» Оренбургской области по всем категориям медицинских работников от 103% у врачей до 109,3% у младшего медицинского персонала. В результате изменений оплаты труда персонала финансовый результат деятельности ГАУЗ «ДГКБ» г. Оренбурга с 2016 г. стал положительным. Экономическая эффективность за три года увеличилась и к 2017 году составила 5%, т.е. на 1 рубль произведенных затрат больница получила 5 копеек дохода. Коэффициент финансовой устойчивости составил 1,04, что больше норматива (0,8–0,9), что говорит о положительной платежеспособности, у больницы есть возможности расплачиваться по счетам в долгосрочной перспективе.

Заключение. Таким образом, повышение оплаты труда медицинских работников явилось стимулом качественной работы врачей-педиатров и привело к финансовой устойчивости медицинской организации.

370

ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Чолоян С. Б., Павловская О. Г., Шеенкова М. В., Якупова Р. Ш.

Детская городская клиническая больница, Оренбург, Российская Федерация

Актуальность. Организация оказания неотложной помощи детям в поликлиниках является актуальной из-за анатомо-физиологических особенностей пациентов, особенностей гомеостаза.

Цель исследования: проанализировать работу отделения неотложной помощи детской поликлиники.

Пациенты и методы. Показатели деятельности отделения. Статистический и аналитический методы.

Результаты. Отделение неотложной помощи организовано в ДГКБ с 2009 г., оснащено автомобилями, рациями, ноутбуками, наборами лекарственных средств и медицинскими изделиями для оказания неотложной помощи. Режим работы — 365 дней в году, с 8.00 до 19.00, в две смены по графику дежурств. Неотложную помощь оказывают 5 бригад: 3 врачебные и 2 фельдшерские. Время доезда составляет от 30 минут до 2 часов. Разработаны: регламент работы; чек-листы оказания неотложной помощи при различных состояниях. Вся медицинская документация оформляется в электронном виде. После оказания неотложной помощи, сведения о ребенке передаются участковому врачу-педиатру для дальнейшего лечения. В выходные и праздничные дни, бригады посещают выписанных и переданных в поликлинику новорожденных детей и осуществляют контроль, за пациентами в стационаре на дому. Прикрепленное население по детским поликлиникам в 2017 г. составило 52 622 человек. При этом нагрузка на врачебные бригады была 6927 вызовов, а на фельдшерские 6210. Ежедневно на службу неотложной помощи в среднем следует 36 вызовов, т.е. по 18 на каждую бригаду, при шестичасовой длительности смены тратится по 20 минут на обслуживание одного вызова. При анализе причин вызовов на первое место выходят неотложные состояния при болезнях органов дыхания (93,75%), на второе — при болезнях органов пищеварения (3,45%), на третье — при инфекционных и паразитарных болезнях (1,74%).

Заключение. Отделение неотложной помощи делает медицинскую помощь для детей своевременной, качественной и доступной.

371

**ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОГРАНИЧНОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ
ПАТОЛОГИИ У УЧАЩИХСЯ ПОДРОСТКОВ ПО ДАННЫМ
РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ****Чубаровский В. В., Лабутьева И. С.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. Рост различных форм психосоциальной дезадаптации подростков на современном этапе. Отсутствие данных о динамике и патоморфозе различных форм психосоциальной дезадаптации подростков в коротком историческом интервале.

Цель исследования: изучить особенностей динамики показателей распространённости пограничной психологических расстройств у учащихся подростков в историческом интервале 28 лет.

Пациенты и методы. Сплошным клинико-эпидемиологическим методом в 2016 г. было обследовано 100 девушек, в возрасте 15 лет, учащихся колледжа и школы г. Москвы. Дополнительные методики — опросник ПДО 1983, СиСС, Гудман, 2001. Полученные данные были сопоставлены с результатами аналогичных исследований, проведённых тоже группой специалистов по унифицированным методам оценки состояния психической сферы в 1988 и 2003 гг. Фиксировались как синдромально очерченные состояния, так и предболезненные (донозологические) (Семичов С. Б. 1987, Александровский Ю. А. 2010).

Результаты. На протяжении исторического интервала с 1988 по 2016 гг. прослеживается значительное увеличение пограничных психических расстройств различной степени выраженности с 29,96% до 79,62%. Показатели распространённости пограничных психических нарушений по данным 2003 года, по сравнению с 1988 г., были выше и составили 49,37% ($p < 0,05$). По данным 2016 г. увеличение психических патологий обучающихся девушек ПТУ и колледжа произошло существенно за счет невротозов с 6,73% до 23,08% и патохарактерологических реакций с 6,73% до 19,23%. что, вероятно, обуславливается внешними социальными факторами. Показатели же распространённости психопатий, психопатоподобных (непроцессуальных) и невротоподобных расстройств по сравнению с данными второго этапа были аналогичными.

Заключение. Отмечается крайне негативная динамика показателей распространённости пограничных психических нарушений различной степени выраженности у учащихся девушек обследованного контингента в историческом интервале 28 лет.

372

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА У ДЕТЕЙ В 2017 г.

Чудакова Т. К., Жигалева Е. О., Хабаров М. А.

*Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация*

Актуальность. ОРВИ и грипп ежегодно наносят наибольший экономический ущерб среди всех инфекционных заболеваний.

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические особенности гриппа у детей в 2017 г.

Пациенты и методы. Изучено 128 медицинских карт больных гриппом детей, госпитализированных в ГУЗ «5 ДИКБ» г. Саратова в 2017 г. Больных в возрасте до 1 года было госпитализировано 16,4%, от 1 года до 3 лет — 37,5%, от 3 до 6 лет 25,8% и от 7 до 15 лет 20,3%. Мальчиков — 68 (53,1%), девочек — 60 (46,9%). Лабораторную верификацию этиологии заболевания проводили методом ПЦР и иммунохроматографии наглоточных смывов.

Результаты. В 2017 г. в этиологической структуре гриппа преобладал грипп типа А — 86 (67,2%) больных (в том числе грипп А (H3N2) — у 50% и грипп А несубтипированный — у 17,2%), грипп типа В выявлен у 42 (32,8%) больных. Особенностью эпидемического сезона 2017 г. являлось раннее начало подъема заболеваемости гриппом с преимущественной циркуляцией вируса гриппа А (H3N2) в январе-феврале 2017 г. и вторая волна подъема заболеваемости гриппом в марте 2017 г., вызванная преимущественно вирусом гриппа В. Грипп протекал в большинстве случаев в среднетяжелой форме (86,8%), тяжелая форма гриппа диагностирована у 13,2% больных. У 83,6% больных отмечено поражение нижних дыхательных путей, чаще в виде бронхита (79,7% случаев), пневмония — в 3,9%. Гипертермический синдром выявлен у 14,1% больных, нейротоксикоз — у 2,3%, ацетонемический синдром — у 11,7%, кишечный синдром — у 8,6% и геморрагический синдром — у 2,3%. Летальных исходов не было.

Заключение. Особенностью эпидемического сезона 2017 г. является раннее начало подъема заболеваемости гриппом с преимущественной циркуляцией вируса гриппа А (H3N2) в январе-феврале 2017 г. и вторая волна подъема заболеваемости гриппом в марте 2017 г. с преимущественной циркуляцией вируса гриппа В. Грипп у детей протекал в большинстве случаев в среднетяжелой форме с поражением нижних дыхательных путей в виде бронхита.

373

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРИППА У ДЕТЕЙ,
ВЫЗВАННОГО РАЗНЫМИ СЕРОТИПАМИ ВИРУСА****Чудакова Т. К., Хабаров М. А., Жигалева Е. О.***Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация*

Актуальность. Наибольшую экономическую значимость среди инфекционных заболеваний с учетом величин экономического ущерба, нанесенного данными заболеваниями, представляют ОРВИ и грипп, занимающие 1 и 9 место в рейтинге экономических затрат.

Цель исследования: изучение клинических особенностей гриппа у детей, вызванного разными серотипами вируса гриппа, в 2017 г.

Пациенты и методы. Изучены 100 медицинских карт больных гриппом детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет, госпитализированных в ГУЗ «5 ДИКБ» г. Саратова в 2017 г. Грипп А диагностирован у 67% больных, Грипп В — у 33%. Лабораторную верификацию этиологии заболевания проводили методом ПЦР и иммунохроматографии ноглоточных смывов.

Результаты. Грипп протекал в большинстве случаев в среднетяжелой форме (87%), тяжелая форма гриппа диагностирована у 13% больных. Выявлены клинические особенности гриппа, вызванного разными серотипами вируса. У больных гриппом А тяжелая форма заболевания встречалась в 1,6 раза чаще по сравнению с гриппом В. У больных гриппом А гипертермический синдром и гемодинамические нарушения выявлены в 2,5 раза чаще по сравнению с гриппом В, кишечный синдром — в 1,3 раза чаще по сравнению с гриппом В.

У больных гриппом А в 1,3 раза чаще отмечено поражение нижних дыхательных путей и развитие пневмонии — в 2 раза чаще по сравнению с гриппом В. У больных с гриппом А геморрагический синдром был выявлен в 5% случаев и отсутствовал у больных с гриппом В. Ацетонемический синдром отмечался у 12% больных с гриппом А и отсутствовал у больных с гриппом В. Продолжительность симптомов интоксикации и катаральных симптомов у больных с гриппом А была статистически достоверно больше по сравнению с гриппом В.

Заключение. Выявлены клинические особенности гриппа у детей, вызванного разными серотипами вируса гриппа. У больных гриппом А чаще развивается тяжелая форма заболевания с гипертермическим и геморрагическим синдромом, гемодинамическими нарушениями и развитием осложнений по сравнению с гриппом В.

374

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ 11–12 ЛЕТ г. БЛАГОВЕЩЕНСКА

Чупак Э. Л., Арутюнян К. А.

*Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск,
Российская Федерация*

Актуальность исследования обусловлена охранением и укреплением здоровья школьников.

Цель исследования: изучить структуру заболеваемости детей 11–12 лет и взаимосвязь выявленной патологии с наследственной отягощенностью.

Пациенты и методы. Изучена структура заболеваемости, наследственная отягощенность у 284 девочек и у 260 мальчиков 11–12 лет.

Результаты. В структуре патологии подростков школьного возраста преобладают заболевания опорно-двигательного аппарата, на II месте — сердечно-сосудистые болезни. На III месте — органов зрения у девочек и заболевания органов пищеварения у мальчиков, на IV — пищеварительной системы у девочек и патологии эндокринной системы у мальчиков, на V месте — заболевания нервной и эндокринной систем у девочек и заболевания органов зрения у мальчиков. При изучении состояния здоровья подростков 11–12 лет выявлено, что семейная отягощенность по психоневрологическим заболеваниям оказывает прямое влияние на развитие кардиологической ($r = 0,43$ — у девочек и $0,46$ — у мальчиков), психоневрологической патологии ($r = 0,33$ — девочки и $r = 0,46$ — мальчики). Наследственная отягощенность по заболеванию сердечно-сосудистой системы на развитие кардиологической ($r = 0,50$ и $r = 0,48$), психоневрологической ($r = 0,33$ и $r = 0,35$) и патологии пищеварительной системы только у мальчиков ($r = 0,32$). Наличие заболеваний пищеварительной системы в семейном анамнезе оказывает влияние на развитие гастроэнтерологической патологии ($r = 0,34$ — у девочек и $r = 0,53$ — у мальчиков) и сердечно-сосудистой патологии только у мальчиков ($r = 0,36$). Семейная отягощенность по болезням органов дыхания оказывает прямое влияние на развитие кардиологической ($r = 0,35$ — у девочек и $0,54$ — у мальчиков), гастроэнтерологической ($r = 0,33$ и $r = 0,41$) и психоневрологической патологии у подростков ($r = 0,34$ — девочки и $r = 0,45$ — мальчики).

Заключение. Из всех перечисленных взаимосвязей наиболее четкие связи отмечены с отягощенностью по кардиологическим, психоневрологическим и гастроэнтерологическим заболеваниям.

375

ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕРМИНИРОВАНИЯ СПОРАДИЧЕСКИХ СЕПТАЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА БЕЗ ХРОМОСОМНЫХ БОЛЕЗНЕЙ МАТЕРИНСКИМИ ГЕНАМИ *HLA-G*, *GST* И *CYP1A2***Шабалдин А. В., Цепочкина А. В., Понасенко А. В., Шабалдина Е. В.***Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний, Кемерово, Российская Федерация*

Актуальность. Известно, что тератогенный эффект ксенобиотика, в том числе и в отношении эмбриогенеза сердца, будет максимально представлен при нарушенных иммунных взаимодействиях в системе «мать-эмбрион». Неоднократно показано, что женский гомозиготный генотип *HLA-G* 3'UTR 14-bp *ins/ins ассоциирован с репродуктивными потерями и нарушенными иммунными взаимодействиями в системе «мать-эмбрион» (Xue S., Yang J., Yao F. 2011, Fan W., Li S., Huang Z. 2014).

Цель исследования: изучение распределения аллелей и генотипов генов биотрансформации ксенобиотиков среди женщин, имеющих детей с ВПС: с гомозиготным генотипом *HLA-G* 3'UTR 14-bp *ins/ins и без него.

Пациенты и методы. Было обследовано 103 женщины, имеющих детей с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) без хромосомных болезней и 103 женщины, имеющих двух и более здоровых детей. Все женщины были подвержены типированию генов *HLA-G* 3'UTR; *CYP1A2*; *GSTM1*; *GSTT1*; *GSTP1*; *GSTR*. Основная группа была разделена на две подгруппы с наличием или отсутствием гомозиготного генотипа *HLA-G* 3'UTR 14-bp *ins/ins. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 8.0 for Windows и с использованием генетических калькуляторов (SNPstats).

Результаты. Проведенное исследование показало, что значимые различия с контрольной группой были получены для группы женщин, имеющих детей с ВПС и гомозиготный генотип *HLA-G* 3'UTR 14-bp ins/ins. Именно в этой подгруппе достоверно чаще встречались гетерозиготные генотипы *GSTP1* (rs6591256) A/G, *GSTR* (rs1793068) G/T, *CYP1A2* (rs762551) A/C и гомозиготный минорный генотип *GSTP1* (rs1871042) T/T. По минорному генотипу *GSTM1* (rs74837985) G/G женщины с ВПС у детей и с гомозиготной мутацией в гене *HLA-G* 3'UTR достоверно отличались от группы женщин, имеющих детей с ВПС, но гетерозиготных по мутации *HLA-G* 3'UTR 14-bp ins/del.

Заключение. Тем самым показано, что женщины, имеющие детей с ВПС и мутантные аллели генов биотрансформации ксенобиотиков, достоверно чаще встречались в группе с *HLA-G* 3'UTR 14-bp ins/ins.

376

ЭФФЕКТИВНОСТЬ «ШКОЛЫ КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ» В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Шадрин С. А., Бурлуцкая А. В., Статова А. В.

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,
Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время сохраняется тенденция к преобладанию когорты детей с избыточной массой тела, что требует от практического здравоохранения не только лечения таких больных, но и своевременной профилактики. Школы правильного питания существуют во многих городах России и показали положительный результат своей работы.

Цель исследования: оценить эффективность «Школы коррекции и профилактики ожирения».

Пациенты и методы. В исследование включены 63 ребенка в возрасте от 7 до 18 лет с избыточной массой тела и ожирением, прошедшие обучение в Школе. Данная группа детей регулярно наблюдалась на протяжении 2-х лет, в ходе наблюдения проводился контроль антропометрических показателей, коррекция питания, занятия в зале ЛФК, психологическая коррекция. Группу сравнения составили 58 детей с избытком массы и ожирением, не проходившие обучение.

Результаты. На этапе снижения массы тела в среднем потеря веса у детей в неделю составила 480 гр, в месяц — 1200 гр. При этом показатели снижения массы тела у девочек были выше, чем у юношей (400 гр — юноши и 570 гр — девушки). В неделю снижение массы тела составило 1080 гр и 1380 гр, соответственно. Через 6 месяцев от начала занятий положительный результат отмечен у 82% детей, которые прошли обучение в Школе. Почти вдвое сократилось число детей со 2-й и 3-й степенями ожирения, снижение массы тела отмечалось эффективно у обоих полов. При этом в группе сравнения всего у 12% детей была некоторая положительная динамика. Через 2 года от начала занятий 78% детей из исследовательской группы сохранили достигнутый результат, в то время как в группе сравнения имелась отрицательная динамика (набор массы тела).

Закключение. Индивидуальный подход и динамическое наблюдение в программе снижения массы тела показал свою эффективность.

377

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ
С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ****Шамраева В. В.***Амурская государственная медицинская академия, Благовещенск,
Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время, несмотря на значительное распространение синдрома дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у детей, многие вопросы диагностики и тактики ведения таких больных остаются плохо знакомы врачам педиатрам, что обуславливает недооценку выявленных симптомов у детей с кардиопатологией.

Цель исследования: изучение клинических особенностей ДСТ у кардиологических больных.

Пациенты и методы: 80 детей, в возрасте от 2 до 17 лет, находящихся на лечении в кардиологическом отделении. 80 условно-здоровых детей, не имеющих кардиологическую патологию. Методы исследования: оценка фенотипических признаков по критериям Милковской-Димитровой, ЭКГ, УЗИ диагностика, статистическая обработка.

Результаты. У кардиологических больных (с диагнозами ВСД, НЦД, ВПС, миокардиодистрофия, нарушения сердечного ритма) достоверно чаще встречались такие главные признаки ДСТ, как плоскостопие (45% против 12%); гипермобильность суставов (17,5% против 5% $p < 0,05$), увеличение растяжимости и дряблости кожи (85% против 15% $p < 0,001$). Среди второстепенных признаков ДСТ достоверно чаще встречались аномалии ушных раковин (42,5% против 20%); аномалии зубов (45% против 20%); малые аномалии развития сердца (55% против 18,8% в контроле) $p < 0,05$. Другие главные и второстепенные проявления ДСТ встречаются чаще у детей с кардиопатологией, но разница статистически не достоверна. Признаки ДСТ с примерно одинаковой частотой встречались у мальчиков и у девочек. В среднем диагноз ДСТ средней степени тяжести можно было выставить 54% больных с кардиопатологией и только 12% детям контрольной группы.

Заключение. Проявления ДСТ достоверно чаще встречаются в группе детей с кардиологической патологией в сравнении с группой контроля. Нет зависимости данного синдрома от пола. Постановка диагноза ДСТ является обязательной, так как позволяет адекватно оценить множественность выявленных отклонений, тщательнее интерпретировать данные УЗИ сердца, во избежание осложнений, назначать необходимую при этом синдроме терапию.

378

ПРОБЛЕМА ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В г. СМОЛЕНСКЕ

Шаробаро В. Е., Бекезин В. В., Пересецкая О. В., Сорокина Л. А.

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,
Российская Федерация*

Актуальность. Проблема детской инвалидности в г. Смоленске как и во многих регионах РФ, так и в целом в мире является чрезвычайно важной, поскольку охватывает сотни тысяч детей, которые нуждаются во внимании и поддержке общества, социальной, медицинской и других видах помощи.

Цель исследования: оценка распространенности и динамики инвалидности детей г. Смоленска за последние 20 лет.

Пациенты и методы. Анализ общей и впервые установленной детской инвалидности проведен по обусловившему заболеванию, главному нарушению состояния здоровья, ведущему ограничению жизнедеятельности за период 1996–2016 гг. с использованием формы 19 «Сведения о детях инвалидах».

Результаты. Отмечен прирост уровня общей детской инвалидности на 9,7%. В структуре патологии детской инвалидности первое место заняли врожденные аномалии и пороки развития (28,4%). Второе ранговое место в структуре причин детской инвалидности заняли болезни нервной системы (18,3%). Третье место — болезни эндокринной системы (9,6%), болезни глаз и его придатков (8,6%). Значительно реже причинами детской инвалидности были болезни костно-мышечной системы (8,1%), уха и сосцевидного отростка (7,6%), органов дыхания (7,4%), мочеполовой системы (4,6%), новообразования (3,9%), болезни крови и кроветворных органов (2,6%), органов пищеварения (0,5%), психические расстройства (0,4%), инфекционные и паразитарные болезни (0,2%).

Заключение. Генетические данные и комплекс природно-климатических условий, социальной среды определяют здоровье плода и ребенка, создают предпосылки изменению резистентности и повышению заболеваемости. Это диктует необходимость улучшить пренатальную диагностику заболеваний плода и проводить лечение его, разработать мероприятия по профилактике и целенаправленному формированию комплексной системы медико-социальной помощи детям-инвалидам и их семьям.

379

**ДИНАМИКА МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В г. СМОЛЕНСКЕ
ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ****Шаробаро В. Е., Бекезин В. В., Пересецкая О. В.***Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,
Российская Федерация*

Актуальность. Основным направлением работы здравоохранения является улучшение качественных показателей работы педиатрической службы, одним из основных показателей которой является уровень младенческой смертности.

Цель исследования: проанализировать динамику изменения показателей младенческой смертности в г. Смоленске за последние 20 лет.

Пациенты и методы. Работа выполнена на основании годовых отчетов департамента здравоохранения г. Смоленска.

Результаты. С 1996 г. наметилась стойкая тенденция к снижению уровня младенческой смертности с 16‰ в 1996 г. до 5,4‰ в 2016 г. В структуре смертности детей первого года жизни в 2016 г наблюдалось стойкое снижение врожденных аномалий развития — с 6,5‰ до 3,3‰, болезней новорожденности с 6,5‰ до 1,8‰. Третье место занимают инфекционные заболевания (0,2‰) и прочие (0,1‰). Не было случаев смертности от бронхолегочной патологии. В настоящее время уровень младенческой смертности в г. Смоленске приближается к европейским значениям. При этом показатели смертности в более старших возрастных группах на протяжении последних лет остается достаточно стабильно низкими 0,7‰.

Заключение. В г. Смоленске с 1996 г. наблюдается устойчивая тенденция к снижению уровня младенческой смертности в основном за счет неонатальной, бронхолегочной патологии и врожденных аномалий развития.

380

НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ У МАТЕРЕЙ С ТРАНСПЛАНТИРОВАННЫМИ ОРГАНАМИ

Шаталова Е. А., Зубков В. В., Ванько Л. В., Матвеева Н. К.,
Подуровская Ю. Л.

*Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. По данным литературы во всем мире отмечается увеличение количества трансплантаций у женщин репродуктивного возраста

Цель исследования: оценить состояние здоровья детей, родившихся у матерей с трансплантированными органами.

Пациенты и методы. Проведено исследование и анализ медицинской документации с 2015–2017 гг. в ФГБУ «НМИЦАГиП им. В. И. Кулакова». Обследование включало ультразвуковое исследование, клинический анализ крови, оценка иммунного статуса.

Результаты. Обследовано 16 детей: 2-е от матерей с трансплантированной печенью, 14 с пересаженной почкой. Причины трансплантации: хронический пиелонефрит ($n = 4$), гломерулонефрит ($n = 7$), двухсторонний гидронефроз ($n = 1$), СКВ ($n = 2$), гепатит В ($n = 1$), болезнь Вильсона-Коновалова ($n = 1$). Среднее время наступления беременности после пересадки органов 5,5 лет ($\min = 2$ года, $\max = 14$ лет). Все женщины продолжали получать иммуносупрессивную терапию во время беременности: преднизолон ($n = 14$), циклоспорин ($n = 6$), азатиоприн ($n = 7$), такролимус ($n = 10$). В связи с тяжестью состояния и отягощенным соматическим анамнезом, 13-ти женщинам проводилось оперативное родоразрешение, три беременности завершились самопроизвольными родами. Родилось 12 доношенных и 4 недоношенных ребенка. Средняя оценка по шкале Апгар на первой минуте составила 7,8, на пятой — 8,7 баллов. Масса новорожденных при рождении 960–3612 гр, 1 ребенок маловесный к сроку гестации, остальные соответствовали массо-ростовым показателям к сроку гестации. При обследовании детей выявлено стойкое фетальное кровообращение ($n = 3$), псевдокиста сосудистого сплетения головного мозга ($n = 2$), неонатальная желтуха ($n = 1$), эпителиально-копчиковый ход ($n = 1$), гемангиома кожи ($n = 1$), недоношенность ($n = 4$), грубой патологии и пороков развития среди детей не наблюдалось. При оценке иммунного статуса детей значимых изменений, за исключением снижения содержания В-лимфоцитов, не выявлено.

Заключение. Наличие трансплантированного органа у матери и иммуносупрессивная терапия во время беременности не оказали выраженного патологического влияния на состояние здоровья новорожденных детей.

381

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕЛЕНА У ШКОЛЬНИКОВ С ДИФфуЗНЫМ
НЕТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ И БЕЗ НЕГО****Шебалина А. О., Анфиногенова О. Б.***Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово,
Российская Федерация*

Актуальность. Роль селена в организме человека многообразна. Он необходим для гармоничной работы щитовидной железы (ЩЖ), участвуя в метаболизме тиреоидных гормонов совместно с йодом. Интересна роль селена в развитии йододефицитных состояний.

Цель исследования: определить уровень селена у школьников с ДНЗ в сравнении со сверстниками без патологии ЩЖ.

Пациенты и методы. Изучен уровень селена в утренней порции мочи 78 школьников от 7 до 17 лет. Сформировано две группы. Первая — 31 человек (основная группа) по данным визуально-ультразвукового исследования и изучения гормонального профиля ЩЖ был подтвержден ДНЗ. Вторая группа 47 детей, без ДНЗ, составили группу контроля. Определение селенурии проводилось методом катодной инверсионной вольтамперометрии. За норму принимали значения селенурии > 100 мкг/л. Легкий дефицит селена 50–99 мкг/л, 50–25 мкг/л — средний дефицит, при значениях < 25 мкг/л регистрировали тяжелую недостаточность селена.

Результаты. Сравнительный анализ содержания селена у школьников с ДНЗ с результатами, полученными в группе контроля, позволяет констатировать более низкие показатели микроэлемента у первых ($p < 0,01$). Показатели экскреции селена с мочой в основной группе характеризовались более глубокими изменениями в количественном отношении: медиана селена во всех возрастных подгруппах составила 61,0 мкг/л. Дефицит легкой степени регистрировали у 23 школьников (74,2%). Среднетяжелый дефицит отмечался у 7 пациентов (22,6%), тяжелый — у 1 подростка (3,2%). В группе контроля медиана селенурии равнялась 87 мкг/л. Показатели селенурии, находящиеся в субоптимальном диапазоне регистрировались у 10 пациентов (21,3%). Легкий дефицит — у 36 (76,6%), средней степени — у 1 подростка (2,1%).

Заключение. Среди пациентов с ДНЗ отмечалась тенденция к формированию среднетяжелого дефицита, что могло спровоцировать развитие и усугубление патологии ЩЖ. Вероятно, дефицит селена патогенетически связан с развитием зубной трансформации ЩЖ. Определение селенурии позволяет быстро и достаточно информативно судить о возможных сбоях в тиреоидном статусе.

ИММУННЫЕ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Шенец С. Г., Кувшинников В. А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Актуальность. Тромбоцитопения является самой частой гематологической патологией плода и новорожденного и регистрируется у 1–5% детей. В структуре тромбоцитопений плода и новорожденного на иммунные формы, опосредованные материнскими антителами, приходится около 1/3 случаев.

Цель исследования: изучить причины и структуру неонатальных тромбоцитопений для выявления иммунных форм заболевания, их верификации, адекватного лечения и своевременной профилактики.

Пациенты и методы. Анализ 20 историй болезни новорожденных, лечившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии 3-й ГКБ г. Минска в 2011–2015 гг., при наличии у них тромбоцитопении.

Результаты. У 4-х новорожденных (20%) был диагностирован сепсис, у 7-х (35%) тяжелые множественные аномалии развития, генетические заболевания с нарушением обмена веществ, мальабсорбцией и БЭН тяжелой степени, у 2-х (10%) лейкоз и нейробластома, у 4-х (20%) порэнцефалия и гидроцефалия с тяжелыми неврологическими нарушениями, у 2-х (10%) массивное внутричерепное кровоизлияние в перинатальном периоде, и у одного (5%) новорожденного выявлена тромбоцитопения, не сопровождавшаяся тяжелыми осложнениями. В 7-ми последних случаях тромбоцитопения тяжелой степени выявлялась еще в роддоме. Именно у этих 7-х новорожденных детей была заподозрена иммунная тромбоцитопения. Возраст матерей составил от 20 до 32-х лет, первая беременность.

Заключение. Неиммунные тромбоцитопении наблюдались у 65% обследованных новорожденных. У 35% был заподозрен иммунный характер тромбоцитопении. При развитии тромбоцитопении у новорожденного необходимо проводить дифференциальную диагностику с целым рядом патологических состояний.

383

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ
ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ****Шестакова В. Н., Голанцев И. А., Ермашева М. А.***Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,
Российская Федерация*

Актуальность. Лейкоцитарный показатель интоксикации (ЛПИ) является интегральным косвенным критерием функциональной активности клеточных механизмов защиты организма при воспалительных процессах. Различают четыре степени изменения: ЛПИ 0 — показатель меньше 1 характерен для здоровых детей; ЛПИ 1 — показатель от 1,0–1,9 и ЛПИ 2 — показатель от 2,0 до 2,9 характерен для детей с функциональными нарушениями; ЛПИ 3 — показатель от 3,0 и более характерен для детей с хронической патологией.

Цель исследования: оценить особенности лейкоцитарного показателя интоксикации у детей с ОВЗ.

Пациенты и методы. Объектом исследования стали дети школьного возраста. В основную группу вошли 60 детей с ОВЗ. Группу сравнения составили дети без ОВЗ ($n = 60$). ЛПИ рассчитывался методом предложенным В. Ф. Шеметовым (1979). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты. Установлено, что у здоровых школьников уровень ЛПИ колебался от 0,09 до 0,279. Средний показатель в возрасте 7–9 лет составлял 0,127; в 10–11 лет — 0,136; в 12–15 лет — 0,17 и в от 16–17 лет — 0,268, что совпадает с литературными данными В. Н. Шестаковой (2003). У школьников со II группой здоровья этот показатель колебался от 1,24 до 1,84, средний показатель составлял 1,37. У детей с III группой здоровья ЛПИ колебался от 1,39 до 5,63, средний показатель не превышал 2,79, что соответствует 2 степени изменения ЛПИ. При обострении хронической патологии его результаты колебались от 1,5 до 5,78, средний показатель составлял 3,09, что соответствовал 3 степени изменения лейкоцитарного показателя интоксикации. У детей с ОВЗ ЛПИ колебался от 2,79 до 6,3, средний показатель составлял 3,57, что соответствовал 3 степени изменения ЛПИ. У детей без ОВЗ, средний показатель составлял не более 2,0, что соответствовал 1 степени изменения ЛПИ.

Заключение. Дети с ОВЗ имеют более высокие данные ЛПИ, чем дети без ОВЗ. При наличии результатов ЛПИ более 3,5 детей с ОВЗ должны быть проконсультированы педиатром для решения вопроса о состоянии его здоровья.

384

ЧАСТОТА И СТРУКТУРА ДЕФЕКТОВ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Шестакова В. Н., Войтенко В. А., Харламенкова Р. А., Ермашева М. А.

*Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск,
Российская Федерация*

Актуальность. По данным популяционных исследований синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) встречается приблизительно у 5,0% детей и 2,5% взрослых. Данный синдром характеризуется невнимательностью, импульсивностью, гиперактивностью и нарушением речи.

Цель исследования: изучить частоту и структуру дефектов речи у детей дошкольного возраста с СДВГ.

Пациенты и методы. Исследование выполнено с участием 98 детей дошкольного возраста. Анализ анкетирования родителей проводился при помощи опросника, включающего 2 блока диагностических критериев СДВГ согласно DSM-V. Первый раздел содержал пункты, направленные на выявление симптомов невнимательности, второй — симптомов гиперактивности и импульсивности. Диагностически достоверным считалось наличие 6 и более симптомов по обоим разделам или по одному из них. Все дети проконсультированы профильными специалистами. Клиническая оценка состояния здоровья осуществлялась в соответствии с методическими рекомендациями, разработанными НИИ гигиены детей и подростков. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты. У 8,2% дошкольников выявлен синдром дефицита внимания и гиперактивность. У всех детей встречался дефект речевого развития. Из них у 25,0% диагностирована дислексия, у 12,5% — дислалия, у 12,5% — дизартрия, у 50,0% — общее недоразвитие речи, что важно учитывать при разработке развивающих программ и проведении своевременной коррекции. Обращало на себя внимание, что у половины детей встречались симптомы двигательной гипермоторной активности, возникающие в любой обстановке. У 75,0% дошкольников отмечалось нарушение сна. В структуре сопутствующей патологии были наиболее распространены задержка нервно-психического развития (46,9%), функциональные изменения сердца (33,7%), а также плоско-вальгусная стопа (27,5%).

Заключение. У всех детей с СДВГ формируются нарушения речи, что свидетельствует о необходимости введения коррекционных мероприятий с раннего возраста.

385

РОЛЬ РАННЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСОВ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**Шин В. Ф., Усейнова Н. Н., Шульгина О. Ф., Зазьян А. В., Овчаренко С. Г., Воскобоева М. Б.***Детская городская больница № 1, Ростов-на-Дону, Российская Федерация*

Актуальность. Осложнение ОРВИ присоединением бактериальных инфекций. Принципиальным является назначение антибиотикотерапии только после верификации бактериальной этиологии болезни.

Цель исследования: изучить этиологическую структуру ОРВИ у детей 1-го года жизни и частоту присоединения бактериальных инфекций.

Пациенты и методы. Клинические наблюдения и лабораторные исследования проведены у 175 детей первого года жизни с клиническими проявлениями ОРИ. Вирусологические исследования проводились методом ПЦР на базе вирусологической лаборатории ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области».

Результаты. Этиологический спектр ОРВИ: респираторно-синцитиальный (РС) вирус — 32% (56), аденовирус — 31% (55), риновирус — 19,4% (34), бокавирус — 4,3% (9), парагрипп — 5,6% (8), коронавирус — 5,4% (6), грипп — 3,3% (7). Маркеры тяжелой бактериальной инфекции ТБИ: лейкоцитоз более 15 тыс/мкл, нейтрофилёз более 10 тыс, СРБ более 30 мг/л, прокальцитонин более 2 нг/мл обнаружены у 9 детей с аденовирусной инфекцией, 1 ребенка с гриппом, что определило назначение антибактериальной терапии. У детей с другими типами респираторных вирусов маркеры ТБИ не были обнаружены, что не требовало назначения антибактериальной терапии.

Закключение. Ранняя клиническая диагностика различных типов респираторных вирусов в сопряженности с лабораторной диагностикой позволяет вовремя определить врачебную тактику, избежать осложнений.

386

ОРГАНИЗАЦИЯ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Шин В. Ф., Усейнова Н. Н., Порутчикова Ю. А.

Детская городская больница № 1, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время уделяется большое внимание доступности, качеству и безопасности оказания медицинской помощи. В существующей системе организации первичной медико-санитарной помощи детям много не решенных проблем.

Цель исследования: пересмотреть работу врачей педиатров участковых в системе оказания неотложной медицинской помощи.

Пациенты и методы. С ноября 2016 года в поликлиниках МБУЗ «ДГБ № 1 г. Ростова-на-Дону» в качестве пилотного проекта изменена система организации оказания неотложной медпомощи. В кабинетах неотложной медпомощи были организованы лаборатории для экспресса-обследования, манипуляционные и фельдшерско-диспетчерский пункт. Все вызовы на дом принимаются старшим фельдшером, который уже на этапе разговора проводит первичную сортировку пациентов: помощь в поликлинике, выезд СП, активный выход на дом. К детям старше 1,5 лет выход осуществляется фельдшерами, а к детям младше 1,5 лет выходят врачи-педиатры по участковому принципу. При обращении в кабинеты неотложной медпомощи осуществляется лабораторное обследование и на основании результатов назначается лечение.

Результаты. За 10,5 мес. 2017 года при более 24 тыс. прикрепленного детского населения было осуществлено только 4222 вызова: 1791 врачами-педиатрами и 2431 фельдшерами, а прием в поликлинике по неотложным состояниям было 19818 посещений. За 10,5 мес. 2016 года было практически также, только наоборот.

Заключение. Все эти организационные преобразования позволили снизить нагрузку врачей-педиатров участковых путем ограниченного выхода на необоснованные вызовы на дом, увеличить время приема врача-педиатра участкового в поликлинике до 6 часов в день для профилактической работы на участке, проводить раннюю качественную диагностику неотложных состояний, основанную на объективных лабораторных и инструментальных методов обследования в день обращения, а не на субъективных ощущениях врача и свести к минимуму неадекватного использованию лекарственных средств, в первую очередь антибактериальных препаратов.

387

**АНАЛИЗ ПРИЧИН ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ****Штанько С. И., Борщев В. И., Келасьева О. И., Королева А. В.,
Панченко О. В., Леонтьева Е. С.***Детская городская поликлиника № 1, Таганрог, Российская Федерация*

Актуальность. Повышение уровня жизни и изменение качества питания, с преобладанием продуктов, бедных пищевыми волокнами и медленными углеводами, приводит к росту заболеваемости ожирением среди детей, что в последствие является ведущей причиной в развитии социально-значимых заболеваний у взрослых: сахарный диабет, гипертония и атеросклероз.

Цель исследования: проведение анализа заболеваемости и причин ожирения у детей и подростков.

Пациенты и методы. Дети от 1–17 лет, прикрепленные к МБУЗ «ДГП № 1» г. Таганрога. Статистическая обработка результатов профилактических осмотров с 2015 по 2017 гг и анализ результатов анкетирования по изучению образа жизни и пищевых привычек.

Результаты. По итогам профилактических осмотров отмечается четкая тенденция роста заболеваемости ожирением среди детского населения в каждой возрастной группе: от 0 до 5 лет с 7,74% до 11,56% (на 3,82%); от 5 до 9 лет с 10,13% до 11,62% (на 1,49%); от 9–14 лет с 16,82% до 23,66% (на 6,84%); от 15 до 18 лет с 47,4% до 54,2% (на 6,8%). Особенно этот рост имеет место среди подросткового населения. При анализе анкетирования по образу жизни и питания детей, выявлена низкая двигательная активность, нерегулярность приемов пищи с частыми перекусами с преобладанием высокоуглеводной пищи

Заключение. Таким образом, гиподинамия и нерациональное питание основные факторы роста заболеваемости. Дети перестали играть в подвижные игры, заниматься спортом и ходить пешком. Все это приводит к снижению расхода энергии и повышению потребления пищи за счет перекусов, что в совокупности содействует накоплению жира в организме. Исключение пищи быстрого приготовления, адекватная двигательная активность, занятия с пациентами и их родителями в «школах по ожирению», проведение факультативов с детьми в школах по здоровому питанию являются хорошим началом в борьбе с проблемой ожирения.

388

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ ПОДРОСТКОВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Шумова А. Л., Аблицов А. И., Пришвин В. И., Лошина З. Т.

Рязанский медицинский колледж, Рязань, Российская Федерация

Актуальность. Успехи в повышении уровня санитарной грамотности подростков напрямую зависят от диагностики потребности в информации и предоставлении ее в соответствующем контексте.

Цель исследования: определение актуальных тем для проведения просветительских мероприятий по профилактике туберкулеза.

Пациенты и методы. Был проведен опрос 210 человек (72,3% девушек) в возрасте 15–18 лет ($16,7 \pm 0,1$). Анкета включала вопросы по оценке информированности о факторах риска, клиническим проявлениям, методам лечения и профилактики туберкулеза. Составлению вопросов предшествовало собеседование с подростками по анализу их отношения к профилактическим осмотрам и пониманию роли профилактики туберкулеза в снижении его распространенности.

Результаты: 99,5% опрошенных считают туберкулез опасным заболеванием, 81% правильно определили пути передачи. Среди методов диагностики 45,7% указали туберкулинодиагностику, 38% анализ мокроты и 68% рентгенофлюорографическое исследование. Различные клинические проявления заболевания указали от 44,3% до 57,6%, однако возможность бессимптомного начала развития заболевания всего лишь 10,9% опрошенных. Представление об источнике заражения — больном человеке 84,3%, соблюдении личных гигиенических мер 21,4%. К группе риска в 33,3% были отнесены люди, имеющие вредные привычки.

Выводы. Были выявлены проблемы, которые создают препятствия для повышения эффективности профилактических мероприятий и обуславливают отказ от своевременного прохождения медицинских осмотров. Таким образом, при проведении профилактических образовательных программ следует обращать внимание на личную ответственность и важность своевременной профилактики и диагностики начальной стадии заболевания, влияние факторов риска, приводя примеры из реальных жизненных ситуаций, связанных с молодыми людьми, влиянии заболевания на семейные отношения, выбор профессии и круг общения.

389

**ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ИММУННОГО СТАТУСА В РАЗВИТИИ
ХЕЛИКОБАКТЕР-АССОЦИИРОВАННОГО ХРОНИЧЕСКОГО
ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ****Щербак В. А.***Читинская государственная медицинская академия, Чита,
Российская Федерация*

Актуальность. Хронический гастрит (ХГ) является распространенным заболеванием среди детей, однако многие стороны патогенеза остаются не до конца изученными.

Цель исследования: установить значение иммунных нарушений в патогенезе ХГ у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 53 больных и 20 здоровых детей в возрасте 10–16 лет. У 24 больных был эрозивный гастрит, у 29 — поверхностный. *Helicobacter pylori* определялся гистологическим и цитологическим методами. Клетки иммунной системы определяли проточной цитометрией, иммуноглобулины — иммуноферментным анализом. Лимфоцитарно-тромбоцитарную адгезию (ЛТА) исследовали по Ю. А. Витковскому.

Результаты. Установлено, что у больных ХГ содержание CD4⁺ уменьшалось, а CD8⁺ было выше на 30,5%, благодаря чему наблюдалось уменьшение CD4⁺/CD8 до 1,3 [1,1; 1,6] при 2,1 [1,8; 2,3] в контроле ($p < 0,05$). Также установлено увеличение числа натуральных киллеров (CD16⁺) на 9,8%. Зарегистрировано увеличение IgG на 52,2% и IgM на 40,1% по сравнению со здоровыми детьми.

Выявив нарушения в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета, мы решили продолжить свои исследования, изучив взаимодействие клеток иммунной системы с тромбоцитами. Установлено, что в стадию обострения ХГ у детей отмечается уменьшение содержания лимфоцитарно-пластиночных коагратов до 9,1% [8,0; 10,3] ($p < 0,05$) по сравнению с контролем 14,0% [13,2; 15,4], а в период ремиссии этот показатель возвращается к норме.

Закключение. У детей с хроническим гастритом, ассоциированным с *Helicobacter pylori*, выявлено напряжение клеточного и дисбаланс гуморального звеньев иммунитета. При хроническом гастрите образование лимфоцитарно-тромбоцитарных коагратов снижено.

390

НЕОНАТАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ КУРЯЩИХ МАТЕРЕЙ

Эйберман А. С., Бочкова Л. Г., Егорова М. В.

*Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация*

Актуальность: характер и течение расстройств неонатальной адаптации, возникающих у новорожденных с табачным синдромом, требуют более тщательного изучения.

Цель исследования: определение особенностей периода неонатальной адаптации у новорожденных детей, родившихся от курящих матерей.

Пациенты и методы. Клиническое и лабораторно-инструментальное обследование 125 новорожденных, из которых 102 ребенка родились у курящих матерей.

Результаты. Отмечено, что масса тела при рождении детей курящих матерей была значительно ниже, чем в группе контроля. 48% детей курящих матерей имели массу тела менее 2500 гр. Проявлением перинатальной энцефалопатии в этой группе явился синдром общего угнетения в виде мышечной гипотонии, слабого крика, сниженной двигательной активности и гипорефлексии. У новорожденных от курящих матерей неонатальный период осложнился также желтухой, которая выходила за рамки физиологической как по уровню билирубина, так и по продолжительности течения. Выраженные проявления токсической эритемы также отмечались только у детей из основной группы, в то время как в группе контроля кожных осложнений не было выявлено. Были выявлены различия в уровнях ТТГ пуповинной крови у маловесных детей обеих групп, возможно как результат воздействия токсичных метаболитов табака на организм ребёнка. Процессы ПОЛ в исследуемых группах также имели выраженные различия, при этом интенсивность хемолюминесценции в группе детей от курящих матерей была значительно выше, чем в группе контроля. Более высокие уровни общего холестерина и триглицеридов по сравнению с детьми некурящих матерей можно расценить, как проявления нарушения липидного обмена, связанные с токсическим эффектом табака.

Закключение. Расстройства неонатальной адаптации наиболее часто выявлялись у детей, родившихся от курящих матерей, в виде нарушений билирубинового и липидного обменов, токсико-метаболической энцефалопатии, задержки внутриутробного развития. Отмеченная активация ПОЛ у новорожденных от курящих матерей, возможно, является компенсаторной реакцией на табачные метаболиты.

391

**НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ
С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ****Эфендиева М. З., Кулиева С. А., Гаджизаде Г. Х., Агаева Х. Г.***Научно-исследовательский институт педиатрии имени К. Я. Фараджевой, Баку,
Азербайджан*

Актуальность. Известно, что полноценное питание является основой жизнедеятельности организма. Однако хирургическое вмешательство способно вызвать изменения обмена веществ. Недостаток нутриентов, возникающий при этом сказывается на растущем организме нарушением физического развития, неврологического статуса, ослаблением иммунитета. Налаживание рационального кормления новорожденных с хирургической патологией является важным условием их выживания.

Цель исследования: изучить нутритивный статус новорожденных с хирургической патологией желудочно-кишечного тракта.

Пациенты и методы. В первом полугодии 2016 г. в НИИ Педиатрии было прооперировано 123 ребенка с различной патологией. Пилоростеноз — 24, синдром Ледда — 4, атрезия пищевода — 16, атрезией ануса — 11, дуоденальной атрезия — 6, НЭК — 13, кишечная непроходимость — 17, диафрагмальная грыжа — 2, синдром короткой кишки — 4, меконеальный илеус — 6, болезнь Гиршпрунга — 9, анальный стеноз — 9, некроз желудка — 1, желудочно-кишечная кровотечения — 1. Летальный исход у 24 (19,6) детей.

Результаты. Сравнительный анализ характера кормления в постоперационный период показал, что состояние новорожденных, которым было назначено минимальное энтеральное питание материнским молоком, стабилизировалась раньше, чем у детей длительно находящихся на полном парентеральном питании и в качестве энтеральной поддержки, получающим адаптированные смеси. У детей с синдромом короткой кишки энтерально использовали смесь Neocate, что улучшало их клиническое состояние.

Заключение. Таким образом, результаты проведенного анализа еще раз подтверждают важность адекватной нутритивной поддержки новорожденных с хирургической патологией желудочно-кишечного тракта для их полноценного восстановления и выживания.

392

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ НА СЕЛЕ И В ГОРОДЕ

Юдина В. П., Крутикова Н. Ю.

СГМУ клинический ординатор

Актуальность. Вакцинация требует значительных финансовых затрат, что обусловлено целью вовлечения в данную процедуру как можно большей части населения. В этом отношении важно сформировать правильное представление об эффективности иммунизации.

Цель исследования: изучить качество проведения вакцинации детей на первом году жизни на педиатрическом участке в сельской местности и в городской поликлинике.

Пациенты и методы. Был проведен анализ 60 карт профилактических прививок форма № 063-У детей первого года жизни на педиатрическом участке в сельской местности и столько же на участке в городской поликлиники. Возраст детей от 8 дней до 12 месяцев.

Результаты. Охват вакцинированных в: 1) от туберкулеза составил 96% в сельской местности, из них все дети вакцинированы в родильном доме и 90% в городе; 2) от гепатита В 83,4% детей из села, и 70% городских детей первую вакцинацию все дети получили до выписки на участок; 3) против дифтерии и столбняка 66,6% на обоих участках; 4) против полиомиелита 58,3% детей из сельской местности и 66,6% детей из городской поликлиники; 5) против пневмококковой инфекции 54% сельских детей и 66,6% городских. При этом привитость от гепатита В в первой группе составила составила 66,6%, во второй — 50%, от дифтерии и столбняка 75% в обеих группах, против полиомиелита 58,3% в первой группе и 66,6% во второй группе, против пневмококковой инфекции 45% в первой группе, и 58% во второй. Своевременность прививок от туберкулеза 96% в сельской местности, 90% в городской сети, от дифтерии и столбняка 75% на обоих участках, от полиомиелита 75% в первой группе, 80% во второй группе, вирусного гепатита В 100% на обоих участках.

Заключение. При оценке охвата профилактическими прививками были получены различные показатели. Следует учитывать тот факт, что при расчете этих показателей учитываются и дети, не достигшие возраста первой вакцинации. Итоги вакцинации детей первого года жизни свидетельствует о проведении процедуры на высоком уровне. При этом на селе эти показатели несколько выше, чем в городе.

393

ГЕНОМНАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ (ХРОМОТРИПСИС) В КЛЕТКАХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ КАК НОВЫЙ МЕХАНИЗМ БОЛЕЗНЕЙ МОЗГА У ДЕТЕЙ

**Юров И. Ю., Ворсанова С. Г., Зеленова М. А., Колотий А. Д.,
Демидова И. А., Куринная О. С., Кравец В. С., Васин К. С., Шаронин В. О.,
Юров Ю. Б.**

*Научный центр психического здоровья, Москва, Российская Федерация
Научно-исследовательский клинический институт педиатрии имени академика
Ю. Е. Вельтищева, Москва, Российская Федерация
Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. В серии предыдущих работ по исследованию генома клеток головного мозга было показано, что при нервных и психических заболеваниях наблюдается геномная нестабильность в центральной нервной системе. Тем не менее, остается острой необходимостью оценки характера данной нестабильности и её роли в патогенезе болезней мозга у детей.

Цель исследования: оценка геномной нестабильности в центральной нервной системе детей с умственной отсталостью и аутизмом.

Пациенты и методы. Было обследовано 502 ребенка с аутизмом/умственной отсталостью и образцы головного мозга пациентов с аутизмом ($n = 24$) с помощью молекулярного кариотипирования с использованием SNP array (разрешение более 1000 пн), а также технологий на базе флуоресцентной гибридизации in situ (FISH), включая интерфазное многоцветное окрашивание (ICS-MCB).

Результаты. Обнаружено, что у 7 (1,4%) из 502 детей с аутизмом и умственной отсталостью наблюдается такой вид геномной/хромосомной нестабильности, как хромотрипсис, характеризующийся увеличенным количеством вариаций числа копий последовательностей ДНК (от нескольких тысяч до десятков тысяч уменьшений или увеличений копийности последовательностей ДНК, нарушающих структуру хромосом клеток головного мозга). Хромотрипсис был обнаружен в 3 образцах головного мозга пациентов с аутизмом и умственной отсталостью. Необходимо отметить, что хромотрипсис был выявлен в тех образцах головного мозга, в которых были выявлены высокие уровни соматического мозаицизма. Молекулярно-цитогенетический анализ 25 контрольных образцов головного мозга не выявил хромотрипсиса ни в одном образце.

Заключение. В нашей работе впервые продемонстрировано, что хромотрипсис в клетках головного мозга наблюдается у детей с нервно-психическими заболеваниями. Таким образом, специфическая и тканеспецифическая геномная/хромосомная нестабильность может являться причиной нервно-психическими заболеваний у детей. Исследование выполнено в рамках проектов, поддержанных РФФИ (17-04-01366А и 16-54-76016 ERA.Net RUS Plus).

394

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Юрова И. Ю., Буданова М. В., Ширяева Л. И., Савченко Н. А.,
Стеньшинская Е. В.

*Воронежский государственный медицинский университет
имени Н. Н. Бурденко, Воронеж, Российская Федерация*

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) самое распространенное хроническое заболевание у детей. Существуют варианты нервно-психических расстройств при астме: тревожная депрессия в приступном периоде, астенизация в периоде ремиссии, социальная дезадаптация. Для успешной терапии БА необходима оценка эмоциональной сферы таких больных.

Цель исследования: изучить психологические особенности детей, страдающих БА, в зависимости от течения неонатального периода.

Пациенты и методы. Исследование включало 138 детей с БА в возрасте от 4 до 8 лет. I группу составили 67 детей, родившиеся недоношенными: 46 (68,66%) мальчиков и 21 (31,34%) девочек. II группа состояла из 71 доношенного ребенка: 47 (66,2%) мальчиков и 24 (33,8%) девочки.

Результаты. Анализ течения БА показал, что 51 (76,11%) ребенок I группы, по сравнению с контрольной группой 37 (46,89%), чаще страдали персистирующей бронхиальной астмой средней и тяжелой степени ($p = 0,0426$). В I группе астматический статус в анамнезе был зафиксирован в 19,4% случаев, в группе сравнения этот процент был значительно ниже (8,45%), ($p = 0,0372$).

В I группе ваготонический тип ИВС был у 42 (62,69%), симпатикотонический — у 16 (23,88%), эйтонический — у 3 (4,48%), смешанный — у 6 (8,95%) детей, тогда как во второй — у 19 (26,76%), 12 (16,9%), 35 (49,29%) и 5 (7,04%), соответственно ($p = 0,0379$). Полученные результаты, вероятно, связаны с гипоксическим поражением ЦНС в неонатальном периоде и более тяжелым течением БА у детей I группы. В патогенезе БА существенная отводится тревожности, которая не только зависит от проявлений заболевания, но и сама влияет на тяжесть БА. В I группе достоверно чаще ($p = 0,0074$) регистрировался высокий уровень тревожности при тяжелой БА — у 34 (43,28%) детей, по сравнению со II — 12 (16,9%).

Закключение. У детей с БА, родившихся недоношенными, отмечается статистически значимое повышение уровня тревожности по сравнению с доношенными детьми, причем, высокий уровень тревожности преобладает у пациентов с тяжелыми формами БА, что необходимо учитывать при лечении для обеспечения адекватного контроля заболевания.

395

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**Яворский К. М., Шинкаренко И. В., Болотникова В. А., Московчук А. Ф., Брумариу А. Г.***Институт фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк», Кишинев, Молдова
Государственный университет медицины и фармации имени Н. Тестемицану,
Кишинев, Молдова*

Актуальность. Риск прогрессирования латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ) до манифестных форм туберкулеза (ТБ) требует реализации эффективных комплексных действий со стороны различных специалистов.

Цель исследования: привлечь внимание к проблеме ЛТИ и предотвращению её угрозы как резервуара будущего ТБ.

Пациенты и методы. Анализ и оценке были подвергнуты данные о факторах риска ЛТИ и результаты превентивной противотуберкулезной терапии и использования комплаентных немедикаментозных лечебно-реабилитационных технологий у 225 детей с ЛТИ в возрасте от 3–17 лет в поликлинических и санаторно-оздоровительных учреждениях Республики Молдова.

Результаты. Национальные стратегические планы в отношении лечебно-профилактической помощи детям как одной из наиболее уязвимых по ТБ групп населения следуют принципу обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения, предусмотренных в стратегии Здоровье-2020 (основа европейской политики в интересах здоровья и благополучия, программа ООН «Цели в области устойчивого развития номер 3»). Установлено, что основным фактором риска ЛТИ является контакт с больным ТБ. Отягощают бремя ЛТИ: сопутствующая патология, особенно ВИЧ-инфекция, частые ОРЗ, лекарственная устойчивость МБТ, неудовлетворительные жилищные условия, низкий социальный статус семьи. Проводимые в стране профилактические мероприятия в первую очередь были ориентированы на корректируемые медико-социальные факторы риска. При этом санаторный этап оздоровления является наиболее эффективным. О положительном эффекте в 97% случаев свидетельствовало улучшение качества жизни, снижение частоты ОРЗ, изменение туберкулиновой чувствительности до нормергической. Ни у кого из наблюдавшихся детей не было развития активного ТБ.

Заключение. Междисциплинарное взаимодействие и концептуальный подход к всевозрастающей проблеме ЛТИ — это реалии сегодняшнего дня и важные составляющие охраны здоровья детей.

396

ВЛИЯНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ НА РАЗВИТИЕ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Яковенко М. П., Клещенко Е. И., Каюмова Д. А.

*Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар,
Российская Федерация*

Актуальность. Благодаря совершенствованию реанимационной помощи детям, всё больше глубоко недоношенных детей остаются в живых. Однако у детей, рожденных с весом менее тысячи пятисот грамм, сохраняется высокий риск нейродеструктивных нарушений. Одним из факторов риска развития неврологического дефицита является бронхолегочная дисплазия.

Цель исследования: оценка влияния бронхолегочной дисплазии на развитие неврологического дефицита у глубоконедоношенных детей с учетом структурных изменений головного мозга по данным нейротрактографии.

Пациенты и методы. В данное исследование вошло 56 детей с весом при рождении менее полутора килограмм. У всех детей были клинические и нейросонографические признаки гипоксически-ишемического поражения головного мозга, а также развившаяся бронхолегочная дисплазия. Было сформировано две группы: I — 17 детей с повреждением кортикоспинального тракта по данным нейротрактографии, II — 39 детей с интактными кортикоспинальными трактами. Дети наблюдались в течение первого года жизни. Для оценки психомоторного развития применялась шкала INFANIB.

Результаты. Достоверных различий в течение перинатального и неонатального периода в группах сравнения не выявлено. Перед выпиской из отделения выхаживания все дети набрали баллы, соответствующие транзиторным изменениям по шкале INFANIB. К скорректированному возрасту 12 месяцев у 17,5% детей из I группы количество баллов по данной шкале соответствовало патологии, у 17,5% норме у остальных транзиторные нарушения, все дети из II группы набрали баллы, соответствующие норме.

Закключение. В первые месяцы жизни восстановление и реабилитация детей с бронхолегочной дисплазией происходит медленно, но при отсутствии структурных повреждений по данным нейротрактографии неврологический дефицит не формируется.

397

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
НОВОРОЖДЕННЫХ****Янковская Н. И., Квач А. П.***Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь*

Актуальность. Частота гемолитической болезни новорожденных (ГБН) составляет от 3–6%. В связи с различной степенью тяжести ее течения, от легкой формы до тяжелой, вплоть до летального исхода (2,5%) является актуальным выявление особенностей клинических проявлений ГБН с целью профилактики возможных последствий.

Цель исследования: анализ течения гемолитической болезни у новорожденных.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ карт стационарных пациентов младенцев, родившихся от Rh и АВ0-конфликтной беременности. В группе наблюдаемых пациентов (33) было 14 (42,0%) мальчиков и 19 (58,0%) девочек, доношенных — 21 (64,0%), недоношенных — 12 (36,0%).

Результаты. Чуть больше половины исследуемых (54,0%) родились путем операции кесарево сечение. ГБН была диагностирована у 67,0% новорожденных. Из них у 45,0% детей болезнь развилась в результате несовместимости матери и плода по АВ0-системе, в одном случае — по системе Kell. ГБН вследствие изоиммунизации по Rh-фактору была отмечена у 18,0% новорожденных. Общая частота ГБН составила 3,5% от всех детей, прошедших через отделение. У 45,0% младенцев клинических проявлений ГБН не отмечено. У них развилась изоиммунизация по АВ0-системе (36,0%) и по Rh-фактору (9,0%), подтвержденная наличием анти-А, анти-В, анти-С и анти-Д антител в титре от 1:16 до 1:32. Анализ клинических проявлений ГБН по АВ0-системе показал, что желтушная форма встречалась чаще всего (42,0%), анемическая — 27,0% и смешанная форма — (3,0%). Из клинических проявлений ГБН по Rh-фактору превалирует анемическая форма с желтухой (6,0%) и была отмечена одна тяжелая отечная форма. ГБН, возникшая вследствие изоиммунизации по редкому антигену (Kell), протекала в виде тяжелой анемической формы.

Закключение. Гемолитическая болезнь новорожденных встречается с частотой 3,5%, что согласуется с данными литературы. Из клинических проявлений ГБН по АВ0-системе наиболее частой формой является желтушная, по Rh-фактору — анемическая с желтухой. ГБН по редким антигенным факторам (Kell) протекала тяжело, что не согласуется с данными литературы.

398

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ
УЧАЩИХСЯ КОЛЛЕДЖЕЙ ПРИ ОБУЧЕНИИ ПРОФЕССИЯМ
С УЧЕТОМ ВЫРАЖЕННОСТИ ФАКТОРОВ
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ**

Янушанец О. И., Шубочкина Е. И., Чепрасов В. В.

*Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Актуальность. Поиск причинно-следственных связей ухудшение состояния здоровья подростков остается актуальным в настоящее время.

Цель исследования. Для оценки влияния условий производственно-профессиональной подготовки на здоровье учащихся колледжей профессионального образования были обследованы учащиеся, осваивающие разные группы профессий.

Пациенты и методы. Изучались показатели КЖ, связанного со здоровьем (MOS SF-36), состояния здоровья и самочувствия 415 человек, обучающихся на 1-х и 3-х курсах профессиям с условно «легкими» и «тяжелыми» условиями труда. К первой группе были отнесены профессии деревообработки и реставрации, ко второй — сварщики и слесари по ремонту автомобилей. Для статистической обработки использованы критерии χ^2 , риск RR, этиологическая доля EF.

Результаты. Обучение профессиям первой группы происходило на фоне сохранения возрастных закономерностей (снижение заболеваний ОРВИ, рост индекса здоровья с 18,2% до 29,7%). Показатели КЖ характеризовались повышением к 3 году физического здоровья (по шкале РФФ, что соотносится с тренировкой профессионально-значимых качеств. Суммарное влияние учебно-производственной нагрузки проявлялось ростом случаев выраженного утомления с 11,5% до 18,0% (RR = 1,57, EF = 36,1% средняя степень связи) и снижением психического здоровья КЖ (по шкале ПЗ). Освоение профессий второй группы сопровождалось более выраженными изменениями: ростом жалоб повторяющегося характера (RR = 2,37, EF = 57,7%, ухудшением психоэмоционального состояния (RR = 2,9, EF = 65,2%) с высокой связью с условиями обучения. Показатели КЖ были снижены у учащихся 3 курса по двум параметрам физического здоровья (ФФ и ОЗ) и двум параметрам психического (РЭФ и ПЗ), что может говорить об ухудшении состояния здоровья и формировании выраженного утомления.

Заключение. Учащиеся колледжей профессионального образования требуют особого внимания при проведении медицинских осмотров и привлечения, при необходимости, специалистов-профпатологов, проведения соответствующих профилактических и оздоровительных мероприятий.

399

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ-ВЕГЕТАРИАНЦЕВ**Ясаков Д. С., Намазова-Баранова Л. С., Макарова С. Г., Семикина Е. Л.,
Кожевникова О. В., Баканов М. И., Чумбадзе Т. Р., Гордеева И. Г.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация**Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. В современном мире число семей, следующих нетрадиционным типам питания (в том числе вегетарианским), неуклонно увеличивается. Повышение интереса к вегетарианству актуально и для России. Учитывая риск возникновения дефицита ряда макро- и микронутриентов у нетрадиционно питающихся детей, актуальным является изучение их нутритивного статуса.

Цель исследования: оценить нутритивный статус, включая некоторые лабораторные показатели у детей-вегетарианцев.

Пациенты и методы. Работа выполнялась в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. Обследовано 140 детей-вегетарианцев в возрасте от 3 мес до 17 лет 6 мес. Проведены клинико-лабораторное обследование, оценка фактического питания, оценка физического развития по программе ANTHRO+.

Результаты. Показатели физического развития соответствовали норме у 87% детей. Низкая масса тела у 9% детей, избыточная у 4% детей. Анализ фактического питания, проведенный у 64 детей, выявил снижение калорийности рациона у 14, избыточную калорийность у 20, снижение потребления белка у 22 детей. 96% детей получают/получали грудное вскармливание (ГВ). У детей, получавших ГВ, продолжительность этого периода составляла от 2 до 60 месяцев (23 ± 11 мес). На момент исследования возраст детей, находящихся на ГВ 3–23 мес. По данным лабораторного обследования выявлено: снижение уровня общего белка у 1,4%, железодефицитная анемия у 15%, латентный железодефицит у 19%. Сниженная обеспеченность цинком ($n = 101$) у 18,1% детей, при этом повышенный уровень цинка у 53,3%. Уровень кальция был в пределах нормы у всех детей. Уровень общего холестерина был снижен у 15,7% детей. Дефицит витамина B12, связанный с отсутствием или редким потреблением животного белка и отсутствием саплементации, выявлен у 29,2%, пограничный уровень обеспеченности у 37% детей.

Закключение. Проведенное исследование показало необходимость врачебного контроля над состоянием здоровья детей, получающих нетрадиционные типы питания, а также актуальность создания национальных рекомендаций.

400 ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ

Ясин И. А., Сетко Н. П., Апрелев А. Е., Булычева Е. В.

*Оренбургский государственный медицинский университет, Оренбург,
Российская Федерация*

Актуальность. В результате глобальной компьютеризации учебного процесса, гиперинформатизации обучения и повседневной жизни, внедрения новых технических средств обучения, актуализации использования интернет-ресурсов для поиска информации существенно усилилась нагрузка на зрительный анализатор современных обучающихся (Кучма В. Р., 2017). В связи с этим, регистрируется резкий подъем среди учащихся заболеваний органа зрения.

Цель исследования: установить особенности распространенности патологии органа зрения у современных учащихся.

Пациенты и методы. У здоровых (1 группа, n = 200) и с миопией (2 группа, n = 180) учащихся 5–9 классов проведена оценка определения остроты зрения. При выявлении снижения остроты зрения у учащихся для дифференциальной диагностики применялся тест с диафрагмой (pin-hole test).

Результаты. Установлено, что каждый третий обследованный учащийся имел патологию зрения (36,9%). В структуре патологии зрения первое место занимала миопия (86%), второе место нарушение аккомодации (9,1%), третье место гиперметропия (3,3%), четвертое место астигматизм (1,6%). Среди всех обследованных 79% учащихся имели миопию легкой степени, 19% — средней степени и лишь 2% — высокой степени.

На протяжении шести лет обучения в среднем и старшем звене образовательного учреждения доля учащихся с миопией оставалась практически на одном уровне и составляла 39,4% в пятом классе, 33,6% в шестом классе, 24,8% в седьмом классе, 40,0% в восьмом классе, 25,8% в девятом классе и 27,6% в десятом классе. При этом, число учащихся с миопией слабой степени к десятому классу уменьшилось в 2,3 раза и составило всего лишь 16,3%, в то время как учащихся со средней степенью миопии увеличилось в 3,6 раза и составило 10,2%.

Заключение. Таким образом, показано, что каждый третий современный школьник имеет патологию зрения, среди которой ведущей является прогрессирующая миопия, что диктует необходимость внедрения обязательных профилактических мероприятий, направленных на снижение прогрессирования близорукости у учащихся современных образовательных учреждений.

ЧАСТЬ II

VI ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «НЕОТЛОЖНАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ»

401

ЛАЗЕРНАЯ ОСТЕОПЕРФОРАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА С ФЛЕГМОНОЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У МЛАДЕНЦА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Абушкин И. А., Чуриков В. В., Денис А. Г.

Центр медицинских лазерных технологий, Челябинск

Актуальность. Метод лазерной перфорации костей (ЛОП), как способ лечения острого гематогенного остеомиелита (ОГО), до настоящего времени не получил должного распространения.

Цель исследования: показать на клиническом примере возможности ЛОП в лечении ОГО с флегмоной мягких тканей.

Пациенты и методы. Мальчик в возрасте 11 месяцев поступил в клинику более чем через 2 недели от начала заболевания в очень тяжелом состоянии. При ультразвуковом и рентгенологическом обследовании выявлена параоссальная флегмона дистальной части левого плеча, артрит левого локтевого сустава, перикардит, двухсторонняя полисегментарная пневмония, осложненная плевритом. Выполнена пункция флегмоны и сустава — 20 мл гноя. Кончиком иглы установлено оголение плечевой кости. Голым кварцевым световодом диаметром 0,4 мм выполнена чрескожная множественная 0,97 мкм-лазерная перфорация дистальной части плечевой кости (диафиза и метафиза). Пункция и дренирование перикарда — 10 мл густого гноя. Пункция левой плевральной полости — 5 мл серозного выпота. Через два дня, учитывая наличие густого гноя в полости перикарда, выполнена перикардотомия и смена дренажа. В реанимационном отделении проводилась антибактериальная, заместительная иммунная и инфузионная терапия.

Результаты. Через 7 дней ребенок переведен в гнойное хирургическое отделение. Отека в области левого локтевого сустава и дистальной части плеча нет, движения в полном объеме. Через 12 дней удалены все дренажи. Через три недели на контрольной рентгенограмме линейный периостит в нижней трети левой плечевой кости, остеопороз. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой с диагнозом: ОГО нижней трети левой плечевой кости, гнойный артрит левого локтевого сустава, остеомиелитическая флегмона левого плеча. Тяжелый сепсис. 2-х сторонняя септическая пневмония, осложненная справа пиотораксом, слева — плевритом. Гнойный перикардит. Этиология не выявлена.

Заключение. Данный случай показал высокую эффективность и малую инвазивность ЛОП в комплексном лечении острого гематогенного остеомиелита с флегмоной мягких тканей у малыша.

402

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ

Агаджанян В. В., Довгаль Д. А., Сеница Н. С., Обухов С. Ю.

Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров, Ленинск-Кузнецкий

Актуальность. В последнее время отмечается значительный рост не только числа пострадавших, но и степени тяжести травмы у детей. В структуре смертности детей смертность от травм составляет 28,7% и основными причинами её являются дорожно-транспортные происшествия. Большинство пострадавших поступают в стационар в тяжелом или крайне тяжелом состоянии с явлениями травматического шока.

Цель исследования: улучшить результаты лечения переломов длинных трубчатых костей у детей с политравмой.

Пациенты и методы. Анализируются результаты лечения 101 ребенка с политравмой, которые лечились в центре с 2000 по 2012 годы. Дети поступали со всей Кемеровской области, как в первые часы, так и в отсроченный период. Были доставлены в течение первых двух часов 59 пациентов (56,4%). Из общего числа госпитализированных позже двух часов с момента травмы в течение первых суток поступило 42 ребенка (41,5%). Средний возраст пострадавших составил $10,54 \pm 3,25$. Основную часть пострадавших составили дети в возрасте от 7 до 14 лет — 63,7%. Главной причиной политравмы у детей является ДТП — 82,2%. У 72 детей (77,2%) с политравмой присутствовала скелетная травма различной степени тяжести. 51 ребенок (65,3%) прооперированы, им проведен оперативный остеосинтез костей. Проводился остеосинтез накостный, чрезкостный, интрамедуллярный напряженными стержнями.

Результаты. Анализ показал, что закрытый остеосинтез напряженными стержнями бедра сокращает пребывание в стационаре по сравнению с накостным остеосинтезом пластинами на 4 койко-дня ($p < 0,05$), а при переломах голени на 11 койко-дней ($p < 0,05$).

Заключение. Применение малоинвазивных методов остеосинтеза переломов длинных трубчатых костей у пациентов с политравмой, позволяет улучшить результаты лечения данной группы больных.

403

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА**Айкин В. С., Назарова И. М., Шарапов В. И.***Нижневартонская окружная клиническая детская больница*

Актуальность. В настоящее время сохраняется высокий показатель химических ожогов пищевода у детей. Это обусловливается повышенным использованием в повседневной жизни бытовой химии, содержащей кислоты и щелочи, способные спровоцировать тяжелые ожоги пищевода.

Цель исследования: улучшение качество оказания медицинской помощи детям с химическими ожогами пищевода (ХОП).

Пациенты и методы. Проанализировано 72 истории болезни детей с диагнозом химический ожог пищевода, проходивших лечение в хирургическом отделении НОДКБ в период с 2008 по 2016 гг. Мальчиков было 58 мальчиков (80,5%) девочек — 14 (19,5%). Среди пациентов 63 (87,5%) поступило в первые сутки, 4 (5,5%) — на 2 сутки и 5 (7%) — в более поздние сроки после лечения в других стационарах. Классификация ожогов пищевода была следующей: ожоги уксусной кислотой были у 38 (52,7%), моющими средствами у 16 (22,2%), перманганатом калия у 6 (8,3%), батарейками у 6 (8,3%), другими химическими веществами (ацетон, паяльная кислота, аммиак) у 6 (8,3%).

Результаты. Во всех случаях отмечались болевой и интоксикационный синдромы. У всех пациентов химический ожог пищевода различной степени. Стеноз пищевода отмечался у 24 (33,3%) детей. Начало бужирования пищевода проводили с 18–21 дня от начала заболевания. Применялось бужирование пищевода эластичными бужами (Rusch) под эндоскопическим контролем с постепенным увеличением размера бужа до возрастного. На втором этапе выполнялось поддерживающее бужирование пищевода возрастным размером бужа, достигнутого на 1 этапе лечения по схемам: 1 мес — 3 раза в неделю, 1 мес — 2 раза в неделю, 1 мес — 1 раз в неделю, 1 мес — 1 раз в 2 недели, 6 мес — 1 раз в месяц. Длительность бужирования составила один год. Полная непроходимость пищевода у 9 (12,5%) детей потребовала наложения гастростомы для осуществления бужирования пищевода за нить.

Закключение. Применение вышеприведенной схемы бужирования пищевода позволило у 99,9% детей добиться хороших отдаленных результатов.

404

ОПЕРАЦИИ РАЗОБЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Акилов Х. А., Алимова Х. П., Урманов Н. Т., Ходжаяров Н. Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Синдром портальной гипертензии одна из основных причин тяжелых пищеводно-желудочных кровотечений, угрожающих жизни ребенка.

Цель исследования: анализ результатов азигопортального разобщения детей с портальной гипертензией.

Пациенты и методы. В клинике РНЦЭМП с 2005 по 2017 гг. было выполнено 83 операции разобщения по поводу портальной гипертензии в возрасте от 3 до 18 лет. Внутривенечная форма отмечалась у 58 (69,8%), внепеченочная — у 25 (30%) детей. Операции разобщения у 49 (59%) детей выполнены на высоте кровотечения при неэффективности консервативной терапии, в 18 (21,6%) случаях показанием явился рецидив кровотечения, а у остальных 10 (12%) детей они выполнены при отсутствии пригодных для анастомозирования сосудов. В 6 (7,2%) произведено эндоскопическая перевязка. Операция Пациора выполнена 34 (41%) детям, операция Назырова — 27 (32,5%), операция Таннера-Баирова — 22 (26,5%). Сроки наблюдения составили от 6 месяцев до 5 лет. Рецидив кровотечения в сроки до 5 лет после операции Пациора составил 14%, Таннера-Баирова 6%, Назырова 4%.

Результаты. Наилучшие результаты были получены у больных после операции Назырова. В сроки от 6 до 36 месяцев у пациентов после операции Назырова эндоскопически продолжалось уменьшение степени флешэктазий, полностью исчезли признаки эрозивного и рефлюкс эзофагитов. Сохранившиеся вариксы легко спадались, не были напряженными и не могли расцениваться, как угроза кровотечения из них.

Заключение. Таким образом, для эффективной остановки кровотечения из флешэктазий пищевода и желудка у детей с портальной гипертензией, по нашему мнению, можно рекомендовать операций Назырова.

405

**СЛУЧАЙ РЕДКОГО НАБЛЮДЕНИЯ АТРЕЗИИ ТРАХЕИ
У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА НА ФОНЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ
ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ****Аксельров М. А., Евдокимов В. Н., Связян В. В., Сергиенко Т. В., Хрупа Д. А.***Тюменский государственный медицинский университет
Областная клиническая больница № 2, Тюмень*

Актуальность. Врожденные пороки развития в РФ занимают второе место среди причин смерти детей первого года жизни.

Цель исследования: описание редкого наблюдения врожденной хирургической патологии.

Пациенты и методы. Недоношенный ребенок, рожденный в сроке 35–36 недель.

Результаты. Состояние при рождении тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью, гемодинамическими расстройствами. Ребенок госпитализирован в АРО для проведения интенсивной терапии. На 13-е сутки жизни ребенок переведен в хирургический стационар с подозрением на наличие трахеопищеводного свища. При осмотре обращало на себя внимание западение грудной клетки на фоне резкого увеличения объема живота. Выполнена эзофагоскопия, интубационная трубка располагается в пищеводе, до уровня с/3, на 1 см ниже визуализируется трахеопищеводный свищ до 0,4 см в диаметре, с отхождением воздуха и жидкости. При реинтубации трахеи выяснено, что за голосовыми связками входа в трахею нет. При попытке трахеостомии: трахея на долженствующем месте отсутствует, т. е. имеет место полная атрезия трахеи. На 14 сутки жизни, по экстренным показаниям, выполнена торакотомия справа, выявлено полное отсутствие трахеи, правый и левый главные бронхи отходят от пищевода. Произведено разобщение пищевода и желудка. На шею выведена верхняя эзофагостомы, которая канюлирована для проведения ИВЛ. Выполнена верхнесрединная лапаротомия, наложена нижняя эзофагостомы для питания. Дальнейшее течение заболевания сопровождалось тяжелой ДН на фоне двухсторонней аспирационной пневмонии, бронхообструкции, периодически возникающих апноэ, гемодинамических нарушений, связанных с ВПС (ДМЖП, ДМПП). На 13 сутки после разобщения пищевода, под эндоскопическим контролем, выполнено стентирование верхнего отрезка пищевода через эзофагостому сосудистым протезом до бифуркации бронхов с целью придания каркасной функции. На 53 сутки жизни наступил летальный исход на фоне дыхательной, сердечно-сосудистой и полиорганной недостаточности.

Заключение. Данное наблюдение имеет практический интерес для детских хирургов и реаниматологов.

406

ЛЕЧЕНИЕ ФЛОТИРУЮЩИХ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР У ДЕТЕЙ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ

Аксельров М. А., Сатывалдаев М. Н., Скрыбин Е. Г., Евдокимов В. Н.,
Хрупа Д. А.

*Тюменский государственный медицинский университет
Тюменский научный центр Северного отделения
Российской академии наук*

Актуальность. Закрытая травма груди с флотирующими переломами ребер в 80–90% случаев сопровождается внутриплевральными осложнениями и в 10–35% случаев заканчивается летально.

Цель исследования: улучшение результатов лечения детей с множественными переломами ребер и нарушением каркасной функции грудной клетки путем разработки оптимального способа внешней фиксации.

Пациенты и методы. За период с 2016 по 2017 гг. двум детям применен оригинальный способ внешней стабилизации грудной клетки с использованием шины Крамера, которая моделируется по грудной клетке ребенка.

Результаты. Шина фиксировалась капроновой нитью за стабильные участки ребер по краям и за нестабильный фрагмент грудного каркаса. Прошивание одному ребенку проводилось в палате интенсивной терапии. Причина — нестабильное состояние. Второму ребенку фиксация смоделированной шины Крамера проводилась в операционной с использованием видеоторакоскопии.

Заключение. Разработанный метод восстановления каркасной функции грудной клетки с помощью внешней фиксации смоделированной шины Крамера позволяет надежно, малоинвазивно стабилизировать грудную стенку. Внешняя стабилизация грудного каркаса позволяет в ранние сроки переводить пострадавших на самостоятельное дыхание, сокращает длительность лечения в палате интенсивной терапии. Видеоторакоскопическая поддержка показана при подозрении на свернувшийся гемоторакс, обеспечивая контроль фиксации лигатур к ребрам.

407

**ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ. ТАКТИКА, ДИАГНОСТИКА
ПО ДАННЫМ ГБУЗ ТО ОКБ № 2 г. ТЮМЕНИ****Аксельров М. А., Свазян В. В., Евдокимов В. Н., Хрупа Д. А.***Тюменский государственный медицинский университет
Тюменский научный центр Северного отделения
Российской академии наук*

Актуальность. Основным клиническим критерием острого аппендицита является абдоминальный болевой синдром, который также может сопровождать другие заболевания, не требующие хирургического вмешательства. Количество диагностических ошибок при данной патологии составляет 12–31%.

Цель исследования: изучение результатов лечения детей с острым аппендицитом, госпитализированных в детские хирургические отделения ОКБ № 2 г. Тюмени.

Пациенты и методы. С абдоминальным болевым синдромом обратилось 15180 детей. Обработаны статистические данные приемного отделения ОКБ № 2 за период с 01 января по 01 декабря 2017 г.

Результаты. Частота обращений мальчиков и девочек практически одинакова, 50,4% (7641) и 49,6% (7539) соответственно. Наиболее часто с болями в животе обращались дети в возрасте 7–11 лет 37,9% (5761). Превалирует самообращение детей с болями в животе, что составляет от общего числа 63%. 22% детей доставлено БСМП, 15% направлены участковым педиатром. После осмотра и обследования 14% (2156) детей госпитализированы с подозрением на острый аппендицит, 86% (13024) направлены на амбулаторное лечение или госпитализированы в соматические отделения. У 8% (176) детей выполнено экстренное оперативное вмешательство. После динамического наблюдения хирургическое лечение выполнено 28% (574) пациентов. У 64% (1406) детей в ходе динамического наблюдения острый аппендицит исключен. Морфологические изменения червеобразного отростка: флегмонозный аппендицит у 48,2% (362), катаральный аппендицит у 36,5% (274), гангренозный аппендицит у 6,6% (50), гангренозно-перфоративный у 6,4% (47), разлитой перитонит аппендикулярного генеза у 2,1% (16). Традиционно в нашей клинике применяется лапароскопически дополненная аппендэктомия.

Закключение. Боли в животе являются самой частой причиной обращения детей в хирургический стационар. В этих случаях требуется проведение тщательного обследования и дифференциальной диагностики, с возможным использованием диагностической лапароскопии.

408 НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ ОТДЕЛЕНИЯ НЕЙРОХИРУРГИИ

Актерьян И. А.

Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону

Актуальность. От грамотно выстроенного процесса сопровождения пациента во многом зависит его восстановление, дальнейшее развитие и возвращение к нормальной социальной и общественной жизни.

Цель исследования: раскрытие возможностей нейропсихологической реабилитации детей (в отделении нейрохирургии) с использованием комплексных методов нейропсихологии и психотерапии.

Пациенты и методы. Методы работы с детьми и родителями. Нейропсихологическая реабилитация проходит в трёх направлениях: 1) работа с когнитивными процессами и преодоление когнитивного дефицита (коррекция нарушенных когнитивных функций способствует повышению социальной адаптации); 2) работа с эмоционально-волевой сферой (терапия ориентирована на адаптацию пациента к ситуации болезни, снижение эмоционально-психологического напряжения); 3) разъяснительная работа с близкими и родственниками (проводятся регулярные беседы о специфике болезни пациента, о принципах его функционирования и непосредственно о поэтапном процессе реабилитации).

Результаты. Как показывает анализ клинического материала, организация комплексной реабилитации перспективна в работе с детьми отделения нейрохирургии.

Заключение. В процессе комплексной реабилитации проводится лекарственная терапия, ЛФК, физиотерапия, занятия с дефектологом и логопедом, работа с психологом. Работа всегда идет в тесном сотрудничестве с семьей пациента. Полученные положительные результаты говорят о том, что предложенный нами подход позволяет добиться оптимальных результатов.

409

**ФОРМАЛИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ
С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ****Александрович Ю. С., Миронов П. И., Пшениснов К. В., Юнусов Д. И.***Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет*

Актуальность. Сочетанная травма является одной из основных причин летальности у пациентов детского возраста. Оценка тяжести состояния и прогноза исхода — основополагающими критериями для оптимизации мероприятий интенсивной терапии, при этом следует учитывать, что в различные периоды травматической болезни меняется и ключевое звено патогенеза, что требует использования соответствующих систем оценки.

Цель исследования: сравнительный анализ дискриминационной способности различных систем оценки тяжести у детей с тяжелой сочетанной травмой в зависимости от сроков заболевания.

Пациенты и методы. Обследовано 217 пациентов. Травмы опорно-двигательного аппарата имелись у 217 (100%), черепно-мозговая травма была у 207 (95,4%) детей и повреждения внутренних органов у 35 (15,6%). Среди пациентов преобладали дети старше 7 лет — 159 (73,61%). Проведено 46 оперативных вмешательств. Летальность составила 3,24%. Для оценки клинической значимости шкал оценки тяжести состояния пациентов с тяжелой сочетанной травмой использовались Pediatric Trauma Score, Index Severity Score и PELOD.

Результаты. Максимальная прогностическая способность для прогнозирования летального исхода характерна для шкалы PELOD, а минимальная — для шкалы ISS. Установлено наличие прямой зависимости между оценками по всем шкалам и длительностью госпитализации выживших детей. В первые сутки после травмы наиболее высокая дискриминационная способность характерна для оценочной системы ISS и наименее значимая — у шкалы PELOD. Установлено, что шкалы ISS и PELOD позволяют корректно стратифицировать пациентов с тяжелой травмой по риску развития летального исхода в различные периоды заболевания. На четвертые сутки лечения в ОРИТ существенно возростала значимость шкалы оценки текущего состояния PELOD.

Заключение. При оценке тяжести состояния детей с тяжелой сочетанной травмой в первые сутки целесообразно использовать шкалу ISS. Шкала PELOD обладает высокой прогностической способностью летального исхода и длительности стационарного лечения спустя трое суток после травмы*.

* Результаты исследования опубликованы // Детская хирургия. — 2017. — № 4. — С. 207–210.

410

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВАЛЬГУСНЫХ ДЕФОРМАЦИЯХ СТОП У ДЕТЕЙ

Аллаберганов К. О.

Детская городская поликлиника № 131, Москва

Актуальность. На современном этапе развития медицинской науки для решения проблем ортопедии актуальным является применение высоких технологий. По данным многих авторов вальгусная деформация стоп составляет от 40 до 80% всех патологий ортопедического характера. Более 50% случаев — вторичная деформация коленных, тазобедренных суставов и позвоночника, что показывает актуальность данной проблемы.

Цель исследования: сравнить различные методы лечения детей с вальгусными деформациями стоп, показать эффективные методы лечения и контроля путем создания непрерывного, последовательного и взаимосвязанного процесса с разработкой алгоритма лечения.

Пациенты и методы. За последние 2 года на базе ДЗМ ДГП 131 наблюдали 112 больных с различными методами лечения вальгусных деформаций стоп. Основная группа лечилась консервативно 98 (90%). В оставшихся 14 случаях в различных клиниках города произведено: подтаранный артродез 10 (8%) пациентам и 4 (2%) пациентам арторэрез с помощью имплантата эндотреза sinus tarsi с коррекцией вальгусной ротационной деформации как дополнение укреплением сухожилия задней большеберцовой мышцы и удлинение ахилла.

Результаты. Через 3 месяца с начала наблюдения происходила оценка объема движения сустава и потенциала реабилитации по десятибалльной ВАШ. В основной группе производилась оптическая томограмма. На её основании разрабатывали схему лечения. С медленным уменьшением болевого синдрома увеличивался объем движения с высоким потенциалом реабилитации. Сроки от 9 до 12 месяцев. В группе подтаранный артродез стабилизация у больных затянулась до 16–18 месяцев. Одному пациенту сделана повторная операция. В группе имплантатом стабилизация к 9 месяцам со снижением болевого синдрома на 10–15%.

Заключение. У 88% пациентов основной группы хороший потенциал реабилитации, во 2 и 3 группах потенциал реабилитации соответственно 33% и 64%. В основной группе посещение ортопеда-травматолога с возможностью контроля цифровой передачи данных уменьшилась в три раза, тогда как в 1 группе она увеличилась на 15%, а во 2 группе соответствовала директивным срокам.

411

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ГОМЕОСТАЗА В КОМПЛЕКСЕ МНОГОПАРАМЕТРИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА У ДЕТЕЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ**Амчеславский В. Г., Арсеньев С. Б., Лукьянов В. И., Хмельницкий К. Е.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва*

Актуальность. Тяжелая механическая травма (ТМТ) у детей является сложной и актуальной проблемой в связи с высокой летальностью и значительной инвалидизацией выживших. Рутинно применяемым в комплексе многопараметрического мониторинга методом в остром периоде ТМТ является анализ кислотно-щелочного состояния (КЩС). Между тем, анализ данных КЩС представляет проблему, учитывая многофакторность получаемых данных, необходимость правильной интерпретации получаемых показателей гомеостаза и дефицит времени. В связи с этим, актуальна разработка интегрального показателя оцениваемых параметров.

Цель исследования: клиническая верификация, а также анализ валидности интегрального показателя гомеостаза (ИПГ), определяемого на основе измеряемых параметров КЩС, путем сопоставления с данными клинической оценки и исходами.

Пациенты и методы. Для определения КЩС использовали газоанализатор «Radiometer Copenhagen ABL — 500» (Дания). На основе регрессионного уравнения:

$$F (\text{ИПГ}) = 0,05 * (\text{Hb}) - 0,2 * (\text{Na}^+) + 4 * (\text{Ca}^{++}) + 10,6 * (\text{pH}) - 0,05 * (\text{pCO}_2) - 0,5 * \text{Lac} - 53,7;$$

где F — интегральный показатель кислотно-щелочного гомеостаза (ИПГ) — исследовано 345 пациентов. Всего расчет ИПГ проведен 7322 раза. Количество экспертных оценок (сопоставление клинического состояния и его динамики с величиной ИПГ) составило 1414.

Результаты. Рандомизация всех 345 больных по длительности пребывания в ОАР (> 5 сут) и тяжести травматических повреждений по шкале ISS (> 16 баллов), позволила выделить 32 — в возрасте 10 ± 6 лет, мальчиков — 19 (59,4%), девочек — 13 (40,6%) с нахождением в ОАР — 10 ± 4 дней. Анализ полученных в результате статической обработки средних величин ИПГ в сопоставлении с исходами острого периода травмы определил точность прогноза динамики и исхода в 97%.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о возможности применения ИПГ для оценки динамики клинического состояния и прогноза у детей в остром периоде травмы. Дальнейшее развитие методики, в рамках системы поддержки принятия клинических решений, позволит улучшить результаты лечения пострадавших с тяжелой механической травмой.

412

ДЕЭСКАЛАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ

Анастасов А. Г., Щербинин А. В., Некрасов А. Д.

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

Актуальность. Некротическим энтероколитом (НЭК) болеет от 2 до 7% недоношенных новорожденных. Выбор режима антибактериальной терапии (АБТ) определяет эффективность лечения и исход заболевания.

Цель исследования: оценка эффективности схемы деэскалационной АБТ у новорожденных с НЭК.

Пациенты и методы. Проведено проспективное когортное исследование 26 новорожденных в возрасте от 5 до 14 дней жизни, получивших хирургическое лечение и проходивших интенсивную терапию в РДКБ с 2014 по 2017 гг. Критерии включения в исследование — новорожденные с НЭК II–III стадии. Применяли антибактериальную терапию в режиме деэскалации путем комбинации антибиотиков. Стартовая АБТ у новорожденных цефоперазон + ванкомицин. На 7 сутки в схему АБТ терапии включали метронидазол. Оценка эффективности АБТ проводилась на основании результатов микробиологического исследования (флоры полости рта) и изменений в клиническом анализе крови (уровня С-реактивный белок (СРБ) на этапах поступления в стационар, затем на 3 и 7 сутки лечения).

Результаты. На момент поступления бактериальное исследование флоры полости рта было представлено: гр. условно-патогенными штаммами, а в клиническом анализе крови имело место увеличение общего числа лейкоцитов до $18,8 \pm 1,0$ г/л. Отмечался сдвиг лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов $8,6 \pm 0,9\%$, палочкоядерных лейкоцитов — $12 \pm 1,3\%$, а также высокий уровень СРБ $36 \pm 11,4$ мг/л. На 3 сутки терапии зарегистрировано понижение общего количества лейкоцитов до $12 \pm 1,1$ г/л, миелоцитов — до $2,1 \pm 0,4\%$, палочкоядерных лейкоцитов — $5,4 \pm 0,6\%$, СРБ до $12 \pm 3,3$ мг/л ($p < 0,05$). На 7 сутки отмечено дальнейшее снижение исследуемых показателей, а также стабилизация клинических показателей гомеостаза у новорожденных. Таким образом, выбор АБП должен основываться на данных анамнеза заболевания с учетом того, что новорожденные уже получали АБТ, а также локализацию основного инфекта у пациентов с НЭК ЖКТ.

Заключение. Деэскалационная антибактериальная терапия (цефоперазон + ванкомицин + метронидазол) целесообразна и эффективна как компонент интенсивной терапии у новорожденных с НЭК.

413

**БЛОКАДЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ
ДЕФОРМАЦИЙ СТОП У ДЕТЕЙ****Анохин М. С., Васильев В. В., Шаршов Ф. Г., Богданов И. В., Малыхин А. А.,
Рябоконов С. Г., Дубинский А. В., Симонов А. В., Потанина Н. В.***Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону*

Актуальность. В структуре заболеваний опорно-двигательного аппарата деформации стоп являются частой патологией у детей, а операции по их устранению травматичным вмешательством с выраженным послеоперационным болевым синдромом.

Цель исследования: оптимизация проводниковой анестезии и схемы послеоперационного обезболивания у детей с деформацией стоп.

Пациенты и методы. Пролечено 65 детей в возрасте от 3 до 14 лет с врожденной косолапостью, вальгусной деформацией, эквино-варусной деформацией и артрогрипозом. Использовалась ингаляционная анестезия севофлураном в сочетании с проводниковой анестезией седалищного и бедренного нервов. Блокады выполнялись ропивакаином под контролем нейростимулятора и УЗИ. В зависимости от вида блокад пациенты разделены на 2 группы. В I группе (33 пациента) выполнялась блокада только седалищного нерва. Во II группе (32 пациента) выполнялась блокада седалищного и бедренного нервов. Оценивались интенсивность и длительность болевого синдрома по балльной шкале FLACC, необходимость обезболивания опиатами, трамadolом и НПВС, длительность пребывания в стационаре.

Результаты. У 36,4% пациентов I группы болевой синдром развивался в течение 1 часа после операции и достигал 7–8 баллов. У остальных пациентов I группы интенсивность боли оценивалась как 5–6 баллов в течение 2–3 часов после операции. У всех детей I группы использовались промедол, трамadol, парацетамол. Анальгетики отменялись на 6 сутки, дети выписывались на 7–8 сутки. У 25% пациентов II группы болевой синдром развивался в течение 3–4 часов после операции и достигал 4–5 баллов. У остальных детей боль развивалась в течение 4–6 часов, достигая 4–5 баллов. У детей II группы промедол не использовался, трамadol у 25% детей, парацетамол у всех пациентов. Анальгетики отменялись на 3–4 сутки, дети выписывались на 4–5 сутки.

Заключение. Одновременная блокада бедренного и седалищного нервов у пациентов с деформациями стоп уменьшает длительность и интенсивность болевого синдрома, снижает потребность в обезболивании опиатами и трамadolом, сокращает сроки пребывания пациентов в стационаре.

414

ПРОДЛЕННАЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ БЛОКАДА СПЛЕТЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Арестова Е. С., Кравчук С. В., Иванов А. В., Харькина А. В.

Морозовская Детская городская клиническая больница, Москва

Актуальность. Артроскопические операции не исключают возникновения болевой импульсации. Применение данных технологий возможно при соответствующей аналгезии. Продленная регионарная блокада позволит предохранить от боли, повлиять на систему интегративной реакции ЦНС, обеспечивающей формирование ряда соматических и вегетативных реакций.

Цель исследования: оценка эффективности использования продленной блокады при артроскопических операциях КС у детей.

Пациенты и методы. Проведено сравнение двух групп: с применением регионарной анестезии 40 и контрольной 23 пациента, получавших центральную аналгезию. Возраст детей, структура патологии и объем оперативного вмешательства в обеих группах одинаков. Индукция: закись азота, кислород севофлюран. Проходимость дыхательных путей через ларингеальную маску. Поддержание седации газонаркоотической смеси (O₂: N₂O: SEV с МАК1–1,2). Выполнение блокады нервов с установкой катетера для введения анестетика. Аналгезия 0,5% раствором ропивакаина в дозе 2 мл/кг. Параметры гемодинамики (ЧСС, АД, ЭКГ), контроль МАК, капнометрию и сатурацию регистрировали на этапах: индукции; проведения блокад; наложения швов. Проводилась оценка времени возникновения и выраженности боли, расход аналгетиков, время купирования боли. Дети первой группы получали обезболивание 0,1% ропивакаином, пациентам контрольной группы вводились наркотические и ненаркотические аналгетики.

Результаты. Продленная регионарная блокада интра- и постоперационно дает достаточную аналгезию. Не провоцирует тошноту и рвоту, создает комфортные условия и позволяет раньше активизировать больного. В послеоперационном периоде показатели боли в первой группе снижены или вообще отсутствуют. В контрольной группе требовалось обезболивание аналгетиками центрального действия, с частотой введения до трех раз в сутки.

Заключение. Продленные регионарные блокады расширяют базу обезболивающих средств у детей. Метод предохраняет от боли, не вызывает послеоперационной рвоты, способствует быстрой реабилитации пациентов.

415

**СОЗДАНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ
ПРИНЯТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В ОАР****Арсеньев С. Б., Амчеславский В. Г.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии
и травматологии, Москва*

Актуальность. Объективная информация о больном в критическом состоянии (КС) является основой стратегии и тактики при проведении анестезии и интенсивной терапии. Способы и методы получения этой информации объединяются термином «многопараметрический мониторинг» (МПМ). Обилие и разнородность данных МПМ, дефицит времени для принятия решений определяет актуальность создания информационной среды для поддержки врачебных решений на этапах диагностики и лечения.

Цель исследования: улучшение результатов лечения детей в КС путем создания алгоритмов поддержки клинических решений (CDS).

Пациенты и методы. Исследовано более 700 детей в КС в остром периоде травматической болезни. МПМ включал: методы продолженного прикроватного мониторинга жизненно-важных функций (АД, ЧСС, ЧД, SatO₂ и др.); дискретно применяемые методы визуализации (КТ, МРТ, УЗИ и др.); данные лабораторной оценки состояния внутренней среды, гемостаза и клеточного состава крови; результаты инструментальных исследований интракраниальных и функциональных системных процессов. Данные МПМ — интегрировали в среду электронной истории болезни госпитальной информационной системы, что позволило создать программно-аппаратный комплекс (ПАК) «виртуальная реанимация».

Результаты. ПАК «виртуальная реанимация» обеспечил доступ врача ко всему объему многопараметрической медицинской информации в режиме реального времени с использованием различных системных платформ: текстовые документы, изображения (КТ, МРТ, УЗИ и др.), данные следящих мониторинговых систем, результаты инструментального обследования и лечения, данные лабораторных исследований.

Заключение. Создание ПАК «виртуальная реанимация», обеспечивающего доступ к многопараметрической медицинской информации в режиме реального времени, явилось основой улучшения качества лечения детей в КС, применением алгоритма поддержки принятия клинических решений. Дальнейшее развитие данного направления предусматривает внедрение международного стандарта формализации медицинских знаний на основе Arden Syntax.

416

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Бабич И. И., Мельников Ю. Н.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону

Актуальность. Широкий спектр осложнений стомирующих операций в значительной степени ухудшает качество жизни пациентов и достигает по данным современной литературы 20–55%.

Цель исследования: улучшение результатов лечения детей раннего возраста, нуждающихся в проведении стомирующей операции.

Пациенты и методы. В клинике детской хирургии РостГМУ на базе ГБУ РО «ОДКБ» за период с 2010 по 2016 гг. находилось на лечении 72 пациента в возрасте от 1 месяца до 3 лет, которым формировалась временная кишечная стома. В 59,7% случаев (43 пациентам) накладывалась двустольная илеостома, в 25% (18 пациентам) — двустольная илеоколостома, в 15,3% (11 пациентам) — одностольная терминальная колостома.

Результаты. Осложнения кишечных стом наблюдались в 45% случаев (32 пациента). Наибольший процент составил перистомальный дерматит — 59% (19 пациентов). Эвагинация кишечной стомы выявлена в 40,6% наблюдений (13 пациентов). Остальная доля осложнений приходилась на ретракцию кишечной стомы, некроз выведенных отделов кишечника, стеноз, парастомальную грыжу. Для профилактики наиболее частых хирургических осложнений, таких как эвагинация кишечной стомы, ретракция и т. д., считаем необходимым формирование стомы «столбиком» с фиксацией петель кишечника по противобрыжеечному краю тремя серозно-мышечными швами. Подобная техника формирования кишечной стомы позволяет в значительной мере снизить количество данных осложнений. Возвышающаяся слизистая стомы над поверхностью кожи на 3–5 мм позволяет при обработке регионарных тканей высокоспециализированным препаратом на гидроколлоидной основе «Стомагезив» (порошок, паста) купировать и профилактировать явления перистомального дерматита, создает адекватные условия для герметизации калоприемника, значительно снижает потребность в их смене.

Заключение. Дифференцированный подход к технике формирования кишечной стомы у детей раннего возраста и адекватный уход в послеоперационном периоде позволяет радикально профилактировать наиболее частые осложнения стомирующих операций.

417

АНАЛИЗ ОРГАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ С КАТАТРАВМОЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**Багаев В. Г., Чернышева Т. А., Амчеславский В. Г., Быков М. В.,
Давыдов М. Ю., Коваленко М. И., Леонов Д. И.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии
и травматологии, Москва*

Актуальность. Кататравма является одной из важных причин детского травматизма и смертности в России и за рубежом.

Цель исследования: анализ органных повреждений при кататравме у детей на госпитальном этапе.

Пациенты и методы. За период с 2010 по 2017 гг. в отделении реанимации НИИ НДХиТ обследовано и пролечено 257 детей с кататравмой. Средний возраст пострадавших $6,4 \pm 5,3$ лет, из них 95 (36,9%) были девочки и 162 (63,1%) мальчики.

Результаты. Тяжесть сочетанных повреждений у поступивших детей с кататравмой по шкале ISS соответствовала $27,2 \pm 10,1$ баллам, а по шкале RTS $6,4 \pm 1,4$ баллам. Были выявлены следующие повреждения: мягкотканые — в 257 (100%) случаях, ЧМТ — 255 (99,2%), травма грудной клетки с ушибом легких — 248 (96,4%), скелетная травма — 179 (69,6%), травма живота с повреждением паренхиматозных органов — 174 (67,7%), краниофациальная травма — 69 (26,8%), спинальная травма — 61 (23,7%). В состоянии шока поступило 154 (60,1%) ребенка, в коматозном состоянии — 120 (46,7%), с дыхательной недостаточностью, потребовавшей проведения ИВЛ — 133 (51,8%). Течение посттравматического периода осложнилось развитием пневмонии у 60 (23,5%) детей, нарушением деятельности ЖКТ с развитием эрозивно-язвенных процессов у 35 (13,6%), синдромом полиорганной недостаточности у 38 (14,8%) и сепсисом у 26 (10,1%). Средняя продолжительность лечения детей с кататравмой в клинике составила $26,9 \pm 21,3$ суток, в том числе в реанимации $6,9 \pm 10,1$ суток. Летальность составила 4,7%.

Заключение. Тяжесть состояния детей с кататравмой обусловлена тяжелыми сочетанными повреждениями, из которых доминируют мягкотканые, ЧМТ, травма грудной клетки с ушибом легких, скелетная травма, травма живота и внутренних органов брюшной полости. Посттравматический период наиболее угрожаем развитием воспалительных, трофических и септических нарушений.

418

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ОЖГОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ В СТРУКТУРЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

**Баиндурашвили А. Г., Митрофанова Е. В., Бразоль М. А.,
Митрофанова Е. В., Голяна С. И.**

Детская городская больница № 1, Санкт-Петербург

Актуальность. По данным ВОЗ смертность от термических травм у детей занимает 3-е место в мире (после утоплений и ДТП) среди всех травматических факторов.

Цель исследования: сокращение длительности лечения и сроков пребывания пациентов в стационаре, а также улучшение функциональных и эстетических результатов в последующем.

Пациенты и методы. В 2016 г. на лечении находилось 628 детей с термическими поражениями. Из них с глубокими ожогами 3 Б-4 степени было 77 детей, с площадью поражения до 10% — 567 человек, от 10–30% — 47 человек, свыше 30% — 13 человек.

Результаты. Всем детям производился туалет ожоговых ран, при наличии глубоких циркулярных ожогов — выполнение некротомических разрезов. Реанимационное отделение оснащено флюидизирующими кроватями (Сат), внедрены современные методы эфферентной терапии, в т. ч. ультрагемофильтрация. Стационар имеет вертолетную площадку. Для местного лечения ожогов у детей применялся повязочный метод лечения как с использованием традиционных мазевых препаратов, так и современные раневые покрытия на основе гидрогелей. Для ускорения очищения ран 3 степени от некротических тканей применялись как консервативные методики, так и хирургические — гидрохирургическая обработка ран аппаратами Сонока 180 и Версоджет.

При наличии глубоких ожогов применялась активная хирургическая тактика: тангенциальные и радикальные некрэтомии с одномоментным закрытием ран аутокожей при локальных ожогах и этапным закрытием с использованием искусственных раневых покрытий. При наличии глубоких раневых дефектов 4 степени с поражением подлежащих структур (сухожилий, сосудисто-нервных пучков, капсулы суставов, костей) использовались микрохирургические методики с применением лоскутов с осевым типом кровотока.

Закключение. Мультифункциональный подход с привлечением микрохирургов, сосудистых хирургов, врачей-реабилитологов, психологов, специалистов амбулаторно-поликлинического звена облегчил процесс лечения детей с термической травмой, а также последующую их функциональную, бытовую и социальную реабилитацию.

419

**ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ПЕРИТОНИТАМИ,
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЧИНЫ ЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ****Баиров В. Г., Салахов Э. С., Лядышева А. А., Казиахмедов В. А.***Детская городская клиническая больница № 5 имени Н. Ф. Филатова
Национальный медицинский исследовательский центр
имени В. А. Алмазова, Санкт-Петербург*

Актуальность. Проблема диагностики и лечения перитонитов постоянно находится в центре внимания детских хирургов. Внедренные новые методики лечения (лапароскопия) и развитие химической промышленности (антибактериальной терапии) позволило уменьшить число осложнений.

Цель исследования: анализ результатов лечения детей с перитонитом в ДГКБ № 5 имени Н. Ф. Филатова г. Санкт-Петербурга.

Пациенты и методы. За период 2012–2017 гг. пролечен 571 ребенок с диагнозом перитонит. Большинство детей, поступивших с острым аппендицитом, имели сопутствующий диагноз: острый гастроэнтерит у 49,8%, ОРВИ у 11,9%, другие патологии у 6,5%, без сопутствующей патологии было 31,8% детей. Из всех детей, оперированных с диагнозом перитонит, у 78,9% причиной явился деструктивный аппендицит, деструктивный Дивертикул Меккеля — 3,6%, перфорация кишечника инородными телами (магнитами) — 2,9%, инвагинация кишечника — 2,8%, перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки — 2,7%, воспалительные заболевания органов малого таза — 1,6%, перфорация прямой кишки — 0,5% и др. осложнения.

Результаты. С внедрением лапароскопии в 2004 г. большинство детей (59%) прооперировано лапароскопически или с лапароскопическим видеоассистированием. После оперативного лечения детям проводилось: ПЭБ (периэпидуральная блокада), назначалась антибактериальная терапия по схеме. При наличии осложнений после оперативного лечения в виде инфильтратов, абсцессов лечение было продолжено с назначением второго курса антибактериальной терапии. Из всех осложнений только в 12 случаях потребовалось повторное оперативное лечение: в 4 случаях — это ранняя спаечная кишечная непроходимость, в 6 — абсцесс Дугласова пространства, в 2 случаях была наложена двойная илеостома.

Закключение. Таким образом, проведение диагностической лапароскопии в ряде случаев позволяет дифференцировать диагноз, при сложности его постановки и наличия сопутствующей инфекционной или гинекологической патологии. Лечение больных с перитонитом должно проводиться высококвалифицированным хирургом в связи с различной этиологией развития.

420

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ

Барская М. А., Варламов А. В., Завьялкин В. А., Зеброва Т. А., Терехина М. И.

Самарский государственный университет

Самарская областная клиническая больница имени В. Д. Середавина

Актуальность. Инвагинация кишечника частая хирургическая патология детского возраста. Инвагинация кишечника относится к смешанной форме механической непроходимости (сочетание обтурации и странгуляции) и встречается в основном у детей грудного возраста.

Цель исследования: анализ результатов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей.

Пациенты и методы. Проанализированы результаты лечения 386 детей с инвагинацией кишечника в возрасте от 4 месяцев до 7 лет включительно. Всем больным проводилось клиническое обследование, применялись лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы исследования. Клинические проявления кишечной инвагинации практически во всех наблюдениях были ярко выраженными.

Результаты. У 312 больных кишечная инвагинация устранена консервативно, у 2 больных инвагинация расправилась самопроизвольно, 72 ребенка оперированы. Показания к оперативному лечению были следующими: клинические признаки перитонита, тонко-тонкокишечная инвагинация (диагностирована при УЗИ), безуспешность консервативного лечения. Всего хирургическое лечение предпринято у 72 пациентов. Дезинвагинация из лапароскопического доступа выполнена в 48 наблюдениях. Остальным детям производилась лапаротомия, в 4 наблюдениях диагностирован некроз подвздошной кишки, по поводу которого выполнена резекция с наложением анастомоза. В 2-х наблюдениях причиной инвагинации явился Меккелев дивертикул. Этим детям после дезинвагинации выполнена клиновидная резекция тонкой кишки с наложением анастомоза. Летальных исходов при инвагинации кишечника не наблюдалось. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Все дети выписаны в удовлетворительном состоянии.

Заключение.

1. В диагностике инвагинации кишечника у детей, кроме клинической картины, большое значение имеют ультразвуковое и рентгенологическое исследования.
2. Абсолютное большинство детей с данной патологией при своевременном поступлении в хирургический стационар могут быть вылечены консервативно.
3. Органическая патология кишечника является достаточно редкой причиной инвагинации кишечника.

421

МОНИТОРИНГ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ, ВКЛЮЧАЮЩЕЙ ЧМТ У ДЕТЕЙ**Бережная М. А., Бережной Ю. Ю., Аверьянов С. Н., Амчеславский В. Г.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва*

Актуальность. Церебральная гипертермия при ЧМТ является вторичным фактором поражения головного мозга (ГМ), коррекция церебральной гипертермии при тяжелой ЧМТ — актуальная проблема.

Цель исследования: оценить возможности термомониторинга, терморегуляторных воздействий при тяжелой сочетанной травме, включающей ЧМТ у детей.

Пациенты и методы. В исследование включено 40 пациентов с тяжелой сочетанной травмой. Тяжесть состояния оценивалась по ISS, среднее значение составило $27,3 \pm 2,8$ балла, и по педиатрической шкале комы Глазго 5 ± 2 балла. Медиана возраста составила 10,5. Метод термоярковой термометрии применяли для контроля терморегуляторных воздействий, в том числе при краниocereбральной гипотермии. У 10 пациентов провели сравнительный анализ температур, зарегистрированных имплантированным термодатчиком ($T_{инв}$) со значениями, полученными при регистрации температуры методом термоярковой термометрии ($T_{рад}$). Сеанс КЦГ: 16 пациентам в режиме гипотермии (до 34°C) и в режиме нормотермии (температура $36,5\text{--}37,5^{\circ}\text{C}$). Одновременно у всех пациентов проводили многократное измерение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), при помощи простой рост-независимой формулы Pottel.

Результаты. Полученные итоги сравнения $T_{инв} = 37,2 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ и $T_{рад} = 36,7 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ не выявили достоверных различий между измеренными значениями температур (коэффициент корреляции по Спирмену = 0,845). При этом, при проведении КЦГ было выявлено увеличение разницы температур $\Delta T_{рад}$ (г/м) = $2,7^{\circ}\text{C}$, $\Delta T_{инв} = 1,9^{\circ}\text{C}$ (ΔT до и во время). При оценке воздействия КЦГ в режиме нормотермии на СКФ было выявлено, что КЦГ является статистически достоверным, снижает СКФ согласно точному (двустороннему) критерию Фишера ($p = 0,02$; $p < 0,05$).

Закключение. Неинвазивный термомониторинг (методом термоярковой термометрии) является методом контроля церебральной температуры при интенсивной терапии в остром периоде тяжелой ЧМТ и имеет преимущество для применения в детской практике. Краниocereбральная гипотермия — эффективный метод коррекции церебральной гипертермии, однако, является фактором риска снижения СКФ.

422

ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ЛОЖНОЕ КРИТИЧЕСКОЕ ПЕРФУЗИОННОЕ ДАВЛЕНИЕ В ГОЛОВНОМ МОЗГЕ КРЫС ПРИ ПОВЫШЕННОМ ВНУТРИЧЕРЕПНОМ ДАВЛЕНИИ

Брагин Д. Е.

Department of Neurosurgery, University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque, NM, USA

Актуальность. Церебральное перфузионное давление (ЦПД) определяется как разница между артериальным (АД) и внутричерепным (ВЧД) давлениями и является суррогатным показателем перфузии. Критическое ЦПД определяет нижнюю границу ауторегуляции мозгового кровообращения, при котором церебральный кровоток (ЦК) начинает снижаться. Исторически, критическое ЦПД ~50 мм рт. ст. было определено в экспериментах над животными методом кривых ауторегуляции, т. е. ступенчатого снижения АД с параллельной регистрацией ЦК. В клинических условиях ЦПД чаще снижается вследствие повышения ВЧД. При этом экспериментально было показано, что при ступенчатом повышении ВЧД, ЦК начинает снижаться при ЦПД ~30 мм рт. ст.

Цель исследования: установить причины несоответствия критического ЦПД при повышении ВЧД и при понижении АД.

Пациенты и методы. Серия экспериментов на крысах-самцах, интактных и с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), у которых ЦПД ступенчато снижалось либо путем увеличения ВЧД, либо — уменьшения АД.

Результаты. При помощи двухфотонной лазерной сканирующей микроскопии мы показали, что снижение критического ЦПД при увеличении ВЧД связано с перераспределением кровотока от стагнирующих капилляров к патологическим микрососудистым шунтам, ведущим к тканевой гипоксии, повреждению ГЭБ, отеку мозга и гибели нейронов.

Заключение. Реальное состояние церебральной ауторегуляции и реальное критическое ЦПД можно определить только методом индуцированной реактивности внутричерепного давления (iPRx) и индуцированной цереброваскулярной реактивности (iCVRx).

423

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЯРНОГО УДВОЕНИЯ ДПК, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРФОРАТИВНЫМ ДИВЕРТИКУЛИТОМ, ДИФFUЗНЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ, ФЛЕГМОНОЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**Варламов А. В., Барская М. А., Завьялкин В. А., Мазнова А. В., Быков Д. В., Леонтьев А. В., Кузьмин А. И.***Самарский государственный университет**Самарская областная клиническая больница имени В. Д. Середавина*

Актуальность. Удвоение пищеварительного тракта сравнительно редко встречающееся врожденное заболевание. Этот своеобразный и сложный порок имеет различные названия: желудочная киста, энтерогенная киста, гигантский дивертикул, желудочно-грудная киста, интрамуральная киста и др. Большое количество синонимов связано с индивидуальными особенностями различных форм удвоений, которые могут возникнуть на любом уровне пищеварительного тракта. Протяженность удвоения колеблется от нескольких сантиметров до 1 м, диаметр — от 1 до 20 см и более. Возникающие в грудной и брюшной полостях острые процессы, связанные с наличием удвоения, требуют неотложной хирургической помощи у детей любого возраста, даже периода новорожденности.

Цель исследования: изучить результаты лечения ребенка с дивертикулярным удвоением ДПК, осложненным распространенным гнойным перитонитом, забрюшинной флегмоной.

Пациенты и методы. Ребенок Д. поступил 10.10.2017 г. в хирургическое отделение ГБУЗ СОКБ им. В. Д. Середавина с клиникой перитонита. После проведенной предоперационной подготовки выполнено оперативное лечение: верхнесрединная лапаротомия, при которой обнаружены перфорации дивертикулярных удвоений двенадцатиперстной кишки, распространенный гнойный перитонит, выполнена резекция двенадцатиперстной кишки несущей дивертикуллы 3/4. Санация, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. В послеоперационном периоде получал инфузионную, антибактериальную терапию, обезболивание и физиотерапию, на 6 сутки дренажи удалены.

Результаты. Ребенок выписан на 14 сутки с выздоровлением.

Заключение. Таким образом, дивертикулы ДПК крайне редко встречающаяся патология, осложняющаяся перитонитом.

424

МАГНИТНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Великанов А. В., Огарков И. П., Чукреев В. И., Чукреев А. В., Макаров П. А.

Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург

Актуальность. Несмотря на проводимую в СМИ пропаганду о недопустимости игры детей с магнитными конструкторами, количество случаев проглатывания инородных магнитных тел (ИМТ) увеличивается.

Цель исследования: выработка оптимальной хирургической тактики при наличии ИМТ желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), определение сроков оперативного вмешательства.

Пациенты и методы. Пролечено 19 детей в возрасте от 1,5 до 13 лет с магнитными инородными телами ЖКТ. Факт проглатывания ИМТ у 5 детей был неизвестен родителям. В 3-х случаях ИМТ выявлены на рентгенографии брюшной полости при подозрении на непроходимость кишечника, у 2-х детей ИМТ выявлены интраоперационно. В возрастной структуре преобладали дети от 1 года до 7 лет 78,9% (15 детей). Срок от момента проглатывания до обращения к врачу составил от 1 часа до 6 суток.

Результаты. Было выделено 3 группы больных: 1) дети, у которых ИМТ вышли естественным путем; в этой группе инородные тела изначально обнаружены в проекции толстой кишки, жалобы отсутствовали, средний срок госпитализации в стационар 2,5 дня; 2) дети (5), которым ИМТ извлечены с помощью ФГДС в сроки от 1 часа до 19 часов; в этой группе отмечается ранняя обращаемость (от 1 до 20 часов, в среднем 7,7 часа); 3) дети, которым потребовалось оперативное вмешательство; в этой группе преобладает поздняя обращаемость (58 ± 5 часов), обусловленная неизвестным для родителей фактом проглатывания ИМТ. В то же время клинические проявления были яркими — боли и рвота. Выполнена лапаротомия, ушивание межкишечных соустьев. В послеоперационном периоде сформировалась ранняя спаечная непроходимость у одного ребенка, выполнена релапаротомия.

Выводы. При наличии ИМТ в ЖКТ основными факторами, определяющими тактику лечения, являются временные промежутки при проглатывании нескольких инородных тел, сроки обращения за хирургической помощью, местоположение ИМТ, клиника перитонита. Необходимый метод диагностики обзорная рентгенография брюшной полости. Сила компрессии при интерпозиции кишечной стенки между ИМТ способствует быстрому формированию межкишечных соустьев.

425

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БОЛИ В СПИНЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
В ВОЗРАСТЕ 9-17 ЛЕТ С КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
ИЗ МОСКОВСКОГО РЕГИОНА****Ветрилэ М. С., Кулешов А. А., Кокорев А. И.***Национальный медицинский исследовательский центр травматологии
и ортопедии имени Н. Н. Приорова, Москва*

Актуальность. Скелетно-мышечные боли представляют собой серьезную проблему современного общества. Исследования, проведенные в разных странах, выявили неодинаковые показатели распространенности болей в спине у детей и подростков: в Финляндии — 20%, Швеции — 29%, Швейцарии — 51%, Канаде — 33%.

Цель исследования: определить распространенность болей в спине у детей и подростков в возрасте 9–17 лет с костно-мышечной патологией в московском регионе.

Пациенты и методы. Для определения распространенности дорсалгий в детской популяции был проведен скрининг методом анкетного опроса 230 учащихся в возрасте от 9 до 17 лет. В обследовании приняли участие 76 мальчиков и 154 девочки. У всех без исключения детей имеется подтвержденная клинически и рентгенологически ортопедическая патология. В качестве инструмента исследования использовался анкетный опросник.

Результаты. Статистический анализ включал 230 вопросников, которые были выполнены полностью и корректно. Среди всех опрошенных, 80% признали, что испытали боль в спине с различной частотой в предыдущем году. Боль в спине чаще всего проявляется в сегменте поясницы. Умеренная боль доминировала, об этом сообщили 63,4% всех опрошенных. Анализ ситуаций, при которых наблюдалась боль в спине, показал, что они включали физические нагрузки (26,88%), тяжелый рюкзак (25,8%), неудобное положение тела (17,2%), стресс (16,13%) и другие причины (29,03%).

Закключение. Проведенный скрининг болей в спине среди школьников свидетельствует о высокой распространенности дорсалгий в детской популяции. В структуре дорсалгий по обращаемости доминирует болевой синдром в поясничном (36,84%) отделе. Исследование, проводимое в группе детей и подростков с ортопедической патологией из московского региона, показало, что боль в спине частый феномен. Статистика показывает высшие показатели средних значений, чем у других авторов, что связано с наличием подтвержденной костно-мышечной патологии у детей, в проведенном исследовании. Боль чаще умеренная и расположена главным образом в поясничном сегменте позвоночника.

426

ПРИМЕНЕНИЕ ГБО У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Вечеркин В. А., Гисак С. Н., Нейно Н. Д., Тома Д. А., Королев П. В.,
Птицын В. А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко

Актуальность исследования связана с высоким уровнем заболеваемости плевропневмониями, наличием осложнений, тяжелым течением заболевания у детей.

Цель исследования: повышение эффективности лечения детей с острыми гнойными деструктивными пневмониями.

Пациенты и методы. В клинике детской хирургии ВГМУ им. Н. Н. Бурденко и ОДКБ г. Белгорода с 2015 по 2017 гг. находились на лечении 97 детей с острыми гнойными деструктивными пневмониями (ОГДП) в возрасте от 5 до 15 лет. Острая эмпиема плевры была диагностирована у 42 больных: пиоторакс — у 27 детей, а пиопневмоторакс — у 15, с деструктивной пневмонией в стадии инфильтрации и серозного плеврита — 55 пациентов. Больным с острой эмпиемой плевры производились пункции и дренирование плевральной полости с активной и пассивной аспирацией, с ОГДП — проведение плевральных пункций. В раннем послеоперационном периоде, после стабилизации ЦГ и купировании дефицита ОЦК, начиная со 2–3 суток, 85 больным проводились сеансы ГБО аппаратом БЛКС — 303 МК в режиме 1,5–1,6 АТА (0,3 кгс/см²). Продолжительность сеанса 45–50 минут. При этом скорость компрессии и декомпрессии составляла 0,02 кгс/см², количество сеансов на курс лечения составило 3–4. У 26 пациентов с ОГДП, получавших ГБО, изучали ЦГ аппаратом «Кардиокод».

В результате проведения интенсивной терапии, включая сеансы ГБО, уменьшались симптомы интоксикации, достоверно купировалась гипоксемия в первые 1–2 часа после сеанса, в 2 раза быстрее нормализовались показатели КОС. Кроме того, ГБО уменьшала частоту дыхания и сердечных сокращений, усиливала действие антибиотиков. ГБО, наряду с медикаментозной терапией, способствовало коррекции метаболических нарушений миокарда, показатели центральной гемодинамики восстанавливались.

Закключение. ГБО у детей с ОГДП является эффективным методом борьбы с гипоксемией, токсикозом и способствует нормализации параметров ЦГ. ГБО больным с деструктивными пневмониями рекомендуется проводить только после дренирования плевральной полости. Противопоказанием к проведению сеансов ГБО является нестабильная гемодинамика и значительный дефицит ОЦК.

427

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГБО В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
АППЕНДИКУЛЯРНЫХ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ****Вечеркин В. А., Нейно Н. Д., Коряшкин П. В., Птицын В. А., Колесников Н. С.***Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко*

Актуальность исследования обусловлена высоким уровнем летальности, послеоперационных осложнений и трудностями лечения пациентов с различными формами перитонита.

Цель исследования: повышение эффективности лечения детей с аппендикулярным перитонитом.

Пациенты и методы. В клинике детской хирургии ВГМУ им. Н. Н. Бурденко с 2015 по 2017 гг. находились на лечении 126 детей с аппендикулярным перитонитом в возрасте от 4 до 16 лет. Девочек было 49, мальчиков — 77. Ограниченный перитонит был диагностирован у 52 больных, разлитой — у 45 детей и отграниченный — у 29 пациентов. В раннем послеоперационном периоде после стабилизации ЦГ и купировании дефицита ОЦК, начиная со 2–3 суток, 85 больным проводили сеансы ГБО аппаратом БЛКС — 303 МК в режиме 1,3 АТА (0,3 кгс/см²). Продолжительность сеанса 45–50 минут. При этом скорость компрессии и декомпрессии составляла 0,02 кгс/см². Количество сеансов на курс лечения составило от 3 до 6. У всех пациентов с ГБО изучали ЦГ аппаратом «Кардиокод».

В результате проведения интенсивной терапии, включая сеансы ГБО, уменьшались симптомы интоксикации, достоверно купировалась гипоксемия в первые 1–2 часа после сеанса, в 2 раза быстрее нормализовались показатели КОС. Кроме того, ГБО уменьшала в 1,5 раза риск развития пневмонии за счёт корригирующего влияния на перфузионно-вентиляционные процессы, усиливала действие антибиотиков. ГБО, наряду с медикаментозной терапией, способствовало коррекции метаболических нарушений миокарда и параметров ЦГ, купированию проявлений пареза кишечника: на ЭКГ увеличивался вольтаж, уменьшалась продолжительность электрической систолы, нормализовалась форма сегмента S–T и зубца T, исчезала волна U, восстанавливались в 1,5–2 раза быстрее по сравнению с контрольной группой показатели центральной гемодинамики и функции кишечника.

Закключение. ГБО у детей с аппендикулярным перитонитом является эффективным методом борьбы с гипоксемией, токсикозом, парезом кишечника и способствует нормализации параметров ЦГ. Противопоказанием к проведению сеансов ГБО является нестабильная гемодинамика и значительный дефицит ОЦК.

428

ПРОФИЛАКТИКА ОРХИОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕКРУТОМ ЯИЧКА

**Володько Е. А., Годлевский Д. Н., Мираков К. К., Буркин А. Г.,
Дружинин В. Р., Стоногин С. В., Бурякова Е. М., Окулов А. Б.**

*Детская городская клиническая больница имени З. А. Башляевой, Москва
Российская медицинская академия последипломного образования, Москва*

Актуальность. Проблема сохранения репродуктивного здоровья пациентов, перенесших перекрут яичка (ПЯ), не решена. Необходимость реабилитации детей после хирургического лечения ПЯ обусловлена высоким риском повреждения гематотестикулярного барьера и нарушения функции яичка. Вопросы о сроках и объеме реабилитации на сегодняшний день не разрешены.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с ПЯ посредством разработки схемы адекватной реабилитации.

Пациенты и методы. В ДГКБ им. З. А. Башляевой в 2017 году проходили лечение 34 ребёнка с диагнозом ПЯ в возрасте от одного года до 15 лет. Со сроком заболевания до шести часов госпитализировано 25 пациентов, больше шести часов — 9. Пациентам проводили тщательный сбор анамнеза, оценивали клиническую картину заболевания, выполняли эхографию мошонки и паховых каналов с доплерометрией. Ревизия мошонки, деторзия и орхопексия выполнена 33 детям, орхэктомия выполнена у одного ребенка со сроком заболевания 2 суток.

Результаты. В послеоперационном периоде дети получали Преднизолон в возрастной дозировке для предотвращения аутоиммунного поражения контрлатерального яичка и для улучшения микроциркуляции гонады. Физиотерапевтическое лечение назначали с первых суток послеоперационного периода, что способствовало уменьшению болевого синдрома и гипоксии гонады. Ангиопротекторы и антиоксиданты назначали по индивидуальным показаниям в сроки от семи дней до четырёх недель. Контрольное обследование осуществляли в сроки 2, 4, 8 недель и 6 месяцев с момента выписки. Детям пубертатного возраста оценивали ЛГ, ФСГ, тестостерон, ингибин-В. Независимо от возраста пациентам проводили эхографию органов мошонки. Для определения дальнейшей тактики лечения пяти детям выполнена скintiграфия яичек, позволяющая достоверно оценить функцию яичек. Орхиопексия с противоположной стороны выполнялась в сроки до 3 месяцев.

Заключение. Лечение детей с ПЯ не ограничивается оперативным вмешательством. Эти пациенты нуждаются в реабилитации, сроки и объем которой зависят от степени функционального состояния гонады.

429

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ В ОРИТ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВЖК**Гаевый О. В., Тетерин И. А., Подкопаев В. Н., Судакова Н. М., Шабля В. В., Медоев С. Б.***Детская городская клиническая больница имени З. А. Башляевой, Москва
Российская медицинская академия последиplomного образования, Москва*

Актуальность. Необходимость улучшения исходов лечения новорожденных с поражением ЦНС.

Цель исследования: разработка целесообразной нейрохирургической тактики в лечении новорожденных с ВЖК.

Пациенты и методы. Изучены истории болезни новорожденных, включая данные лабораторных исследований, методов нейровизуализации: НСГ, СКТ, с установленным ВЖК.

Результаты. На основе проведенного анализа можно сделаны следующие выводы:

1. Поражения ЦНС занимают значимое место в структуре патологии новорожденных.
2. Тяжесть течения, степень и, следовательно, исход поражений ЦНС у новорожденных тесно связаны со сроком гестации. В нашем исследовании тяжелые поражения ЦНС развивались только у недоношенных новорожденных.
3. Развитие гидроцефалии у недоношенных новорожденных, требующей хирургического пособия, напрямую связано со степенью внутрижелудочкового кровоизлияния. Однако вмешательство нейрохирурга зачастую не может повлиять на исход развития заболевания.
4. Активные нейрохирургические действия в нашем исследовании проводились 12 детям из 52.

Попытки купировать нарастающую внутричерепную гипертензию всегда начинались с проведения вентрикулярных и люмбальных пункций (12 детей), при неэффективности последних устанавливался наружный вентрикулярный дренаж (3 ребенка). Исходом наружного дренирования всегда являлась шунтирующая операция. Дети с медленно прогрессирующей гидроцефалией оперированы в более поздние сроки — при полной санации ликвора.

Заключение. Активная нейрохирургическая тактика у недоношенных новорожденных была оправдана при наличии массивных внутрижелудочковых кровоизлияний III–IV ст. с развитием злокачественной прогрессирующей внутричерепной гипертензии. Она всегда была сопряжена с риском развития инфекционных или геморрагических осложнений ввиду того, что в данном контингенте не существует пациентов с изолированным поражением ЦНС, т. к. всегда имеется сопутствующая тяжелая соматическая патология.

430

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Гисак С. Н., Вечеркин В. А., Черных А. В., Черников А. Н., Шалагинов В. Б., Нейно Н. Д.

Воронежский государственный медицинский университет

Актуальность. Тяжесть течения сочетанной травмы, трудности диагностики и лечения больных, значительный уровень летальности и инвалидизации детей.

Цель исследования: разработка и внедрение в практику способа раннего выявления органной недостаточности у пострадавшего ребенка при развивающейся тяжелой травматической болезни.

Пациенты и методы. В клинике детской хирургии г. Воронежа 34 (23,4%) пострадавшим детям с тяжелым сочетанным ушибом или сдавлением головного мозга в возрасте от 3 до 15 лет была проведена ранняя биохимическая диагностика полиорганной недостаточности. Комплекс обследования (РКТ, МРТ, УЗИ, лапароскопия) клинических и биохимических исследований крови дополнен количественным определением уровня фермента биологического окисления лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и ее изоферментов (ЛДГ1, ЛДГ2, ЛДГ3, ЛДГ4, ЛДГ5) в сыворотке крови по Варбургу (1) для ранней диагностики органной недостаточности у больных.

Результаты. У детей с сочетанной травмой путем исследования лактатдегидрогеназы сыворотки крови и ее органоспецифичных изоферментов (ЛДГ1, ЛДГ2, ЛДГ3, ЛДГ4, ЛДГ5) имеется практическая возможность видеть начало недостаточности внутреннего органа по возрастающим показателям его органоспецифичного изофермента в сыворотке крови. У пострадавших вместе с доминированием тяжелой органной недостаточности головного мозга возникали функциональные нарушения других органов жизнеобеспечения, включая сердце, легкие, печень, почки. В основе их развития мы обнаруживали преимущественно шок, кровопотерю, гипоксию и другие патологические нарушения в организме.

Закключение. По возрастающему в сыворотке крови изоферментному спектру лактатдегидрогеназы, в том числе: ЛДГ1 — органоспецифичного для мозговой ткани, ЛДГ2 — тканей сердца, ЛДГ3 — тканей легкого, ЛДГ4, ЛДГ5 — тканей печени, мы исследовали и оценивали метаболизм в указанных органах и возможную прогрессирующую органную недостаточность при развивающейся травматической болезни.

431

**ПОЛИМОРФИЗМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА
У ДЕТЕЙ ВОЗРАСТА 1,5-3 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ
ПРИ ПЕРФОРАЦИИ КИШЕЧНОЙ ТРУБКИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА****Гисак С. Н., Склярова Е. А., Вечеркин В. А., Черных А. В., Птицын В. А.,
Баранов Д. А., Шестаков А. А.***Воронежский государственный медицинский университет*

Актуальность. Гнойный перитонит у детей вызванный перфорацией кишечника, известен высоким уровнем летальности и инвалидизации больных.

Цель исследования: дифференцировать тяжесть состояния больных гнойным перитонитом в зависимости от возбудителя болезни и генеза заболевания.

Пациенты и методы. У 20 пациентов раннего возраста от 1,5 до 3 месяцев жизни (исключая новорожденных) с очень тяжелым и крайне тяжелым разлитым гнойным перитонитом, заболевание вызывали: перфорация некротизированной кишки при спаечном процессе кишечника, некроз дивертикула Меккеля, некроз кишки в завороте. Степень тяжести течения разлитого гнойного перитонита у них устанавливалась количественной оценкой биохимического показателя прокальцитонина по Brachms. Идентификация гноеродной флоры в бакпосеве выпота брюшной полости осуществлялась при помощи баканализатора Labsystems iEMS Reader MF, с использованием коммерческих микротест-систем. и компьютерных программ «Микроб-автомат» и «Микроб-2».

Результаты. У 20 больных возраста 1,5–3 месяцев возбудителями гнойного перитонита обнаружена опасная гноеродная энтерококковая инфекция: *Enterococcus faecium* в монокультуре, обнаружил активный рост у 7 больных, *Enterococcus faecium* — в микст-инфекции с *Candida albicans* обнаружился в бакпосеве у 4 больных. *Enterococcus aerogenes* обнаружился возбудителем гнойного перитонита у других 2 детей. Микст-инфекция *Klebsiellae oxytoca* + *Candida albicans* выявила рост культур в бакпосеве выпота брюшной полости 2 детей. У 5 больных, находившихся в крайне тяжелом состоянии, с исходом гнойного перитонита в абдоминальный синегнойно-кандидозный сепсис, вначале обнаруживался высеv *Pseudomonas aeruginosae* + *Streptococcus viridans spp*, и присоединением *Candida cruseiy* 2 других — *Klebsiella oxytoca* + *Candida kruzei*.

Заключение. Сегодня в связи с дифференцированным этиопатогенетическим лечением детей раннего возраста больных гнойным перитонитом при перфорации кишечной трубки, летальность снижена с 19,4% до 12,8%.

432

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ КОЖИ У ДЕТЕЙ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Глуткин А. В., Бурак Е. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Актуальность. Одно из лидирующих мест бытового травматизма принадлежит термическим ожогам кожи, которые являются наиболее распространенным видом детских повреждений. Две трети от общего числа пострадавших от ожогов составляют дети, не достигшие 7 лет, но самая многочисленная группа от 1 года до 3 лет. В Республике Беларусь ежегодно за стационарной медицинской помощью обращаются около 10 тысяч детей.

Цель исследования: изучение распространенности термических ожогов кожи у детей на основании данных Гродненской областной детской клинической больницы.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 467 историй болезней детей с термическими поражениями, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной детской клинической больнице за период с 2013 по 2017 гг.

Результаты. Всего с 2013 по 2017 гг. госпитализировано 467 пациентов с термической травмой. Из них 78% госпитализировано в отделение экстренной хирургии, 22% в отделение реанимации с признаками ожогового шока. По гендерному признаку: девочек — 40%, мальчиков — 60%. По возрасту: до 1 года было 39%, от 1 года до 3 лет — 48%, старше 3 лет — 13%. Наиболее частый термический агент, воздействующий на кожу ребенка, горячая жидкость — 96% (вода — 67%, чай — 18%, кофе — 10%, бульон — 3,7%, молоко — 1,3%). Распределение детей по дням получения ожога: понедельник — 18%, вторник — 14,7%, среда — 14,5%, четверг — 14,5%, пятница — 12,2%, суббота — 13,3%, воскресенье — 12,7%. По нашим данным в общей структуре госпитализированных пациентов наиболее часто ожоговая травма отмечается летом (26,6%) и осенью (27%), весной (26%), зимой (20,4%). По времени получения ожога пациенты распределились следующим образом: с 6.00–12.00 — 24%, с 12.00–18.00 — 42%, с 18.00–24.00 — 29%, с 24.00–06.00 — 5%.

Заключение. Проведенный анализ ожоговой травмы у детей позволил установить влияние эпидемиологических факторов на формирование детского ожогового травматизма в Гродненской области, что позволит создать алгоритм профилактических мероприятий.

433

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ РЕЦИДИВЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШОК У ДЕТЕЙ**Голиков Д. Е., Карасева О. В., Горелик А. Л., Тимофеева А. В., Уткина К. Е., Сологуб Э. А., Хорчинова Э. Э., Рошаль Л. М.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва*

Актуальность. В настоящее время не существует единой точки зрения на ведение и лечение детей с рецидивирующей инвагинацией кишок (ИК).

Цель исследования: разработать лечебно-диагностический алгоритм при рецидиве инвагинации кишок у детей.

Пациенты и методы. В период 2007–2017 гг. в НИИ НДХиТ пролечено 13 детей с рецидивирующей илеоцекальной ИК (мальчики — 61,5%, девочки — 38,5%). Все дети были старше 1 года, средний возраст детей составил $2,9 \pm 2,02$ лет. В качестве метода консервативного лечения использовали гидростатическую дезинвагинацию под УЗ-контролем гидроэхоколоноскопию (ГЭК).

Результаты. Рецидивы заболевания были диагностированы в 10,2% от общего числа наблюдений. В 92,3% наблюдений рецидив произошел в раннем периоде (до 72 ч), у 1 (7,7%) ребенка через 1 месяц после консервативного лечения. При диагностике рецидива выполняли лапароскопию, за исключением 2 детей, которым повторно была выполнена ГЭК. У 3-х детей произошел второй рецидив, причем у 2-х из них — после лапароскопической дезинвагинации. Анатомическая причина была установлена в 30,8% (4) наблюдений: при лапароскопии — в 3 (дивертикул Меккеля — 1, лимфома Беркитта — 1, ювенильный полип слепой кишки — 1); при колоноскопии — в 1 (лимфома Беркитта) при рецидиве после лапароскопической дезинвагинации. В остальных наблюдениях была выявлена и подтверждена в биопсийном материале (брыжеечные л/у, лестничная биопсия при колоноскопии) лимфаденопатия илеоцекального угла. Таким образом, пошаговое использование лапароскопии и колоноскопии при рецидиве ИК позволяет своевременно диагностировать причину заболевания и определить хирургическую и лечебную тактику.

Закключение. При рецидиве инвагинации кишок консервативное лечение противопоказано.

434

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ

Горелик А. Л., Карасева О. В., Ахадов Т. А., Тимофеева А. В., Голиков Д. Е.,
Уткина К. Е., Рошаль Л. М.

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

Актуальность. В последнее десятилетие в связи с широким внедрением современных методов визуализации и мониторинга отмечена стойкая тенденция к неоперативному лечению травмы селезенки у детей.

Цель исследования: определить эффективность локального Протокола диагностики и лечения травмы селезенки у детей.

Пациенты и методы. За 5 лет в Институт поступили 108 детей, имеющих в структуре диагноза травму селезенки. Большинство детей (66,7%) получили высокоэнергетичную травму (кататравма, ДТП). В структуре повреждений преобладала сочетанная травма (75,9%). Диагностику и лечение травмы селезенки, в том числе у больных с политравмой, проводили на основе локального Протокола, базирующегося на 3 основных факторах: стабильность гемодинамики, объем гемоперитонеума по данным УЗИ, тяжесть травмы селезенки по данным СКТ.

Результаты. Определяющим фактором Протокола является оценка гемодинамики. При стабильной и условно стабильной гемодинамике выполняли УЗ-скрининг и СКТ брюшной полости с в/в контрастированием. При выявлении нетяжелой травмы органа (AIS = 1–3) с малым или средним гемоперитонеумом, а также тяжелой травмы (AIS = 4) с средним гемоперитонеумом и отсутствием экстравазации контрастного вещества, проводили консервативную терапию на фоне мониторинга. Появление гемодинамических нарушений в сочетании с увеличением объема гемоперитонеума и снижением уровня гемоглобина, так же, как и выявление признаков продолженного кровотечения по данным СКТ, являлось показанием к хирургическому лечению. При нестабильной гемодинамике диагностика большого гемоперитонеума по данным УЗ-скрининга являлась показанием к лапаротомии для остановки внутрибрюшного кровотечения. При использовании предложенного Протокола консервативное лечение было эффективно в 91,8% наблюдений.

Заключение. Протокол, основанный на стабильности гемодинамики, объеме гемоперитонеума и тяжести повреждения органа, позволяет дифференцированно подходить к определению тактики лечения и уменьшить хирургическую агрессию при травме селезенки у детей.

ИНТЕРМИТТИРУЮЩИЙ ПЕРЕКРУТ ЯИЧКА**Григорьева М. В., Гасанова Э. Н., Батунина И. В.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Интермиттирующий перекрут яичка является нередкой патологией у мальчиков пубертатного возраста. Однако диагноз часто остается неясным. При тщательном анализе жалоб, динамики симптомов заболевания, клинической картины и данных УЗИ состояние после самопроизвольного раскручивания перекрута яичка становится очевидным.

Цель исследования: совершенствование диагностики лечения детей с перекрутом яичка.

Пациенты и методы. В период с 2006 по 2017 гг. под наблюдением было 28 мальчиков в возрасте 10–17 лет с неполным перекрутом яичка после спонтанного самопроизвольного раскручивания, 18 из них — с повторным приступом болей. Больные были направлены в НИИ НДХиТ с подозрением на перекрут гидатиды яичка, ущемленную паховую грыжу и острый аппендицит. Боль в области яичка с иррадиацией в паховую область и живот возникала без какой-либо причины, была интенсивной и постоянной, продолжалась около 0,5–3 часов и проходила самостоятельно (в некоторых случаях после изменения положения тела или во время транспортировки). Тошноту в момент приступа болей отмечали 13 больных, рвота была у 7 из них. На момент осмотра общее состояние было удовлетворительным, значительных местных изменений не выявлялось, отмечалась только небольшая отечность мошонки на стороне поражения у 9 больных. При пальпации яичка придатка болезненности не было. При УЗИ мошонки в первые 12 часов после приступа отмечалось скопление небольшого количества жидкости, размеры яичка и придатка были не изменены, эхоструктура однородная, средней эхогенности. При ЦДК — усиление кровотока в яичке и придатке на пораженной стороне. Описанные изменения были расценены как постишемическая гиперемия.

Результаты. Всем пациентам была рекомендована орхопексия для исключения фатального рецидива перекрута яичка, 13 больным после 2-х и более эпизодов неполного перекрута яичка была выполнена профилактическая операция в плановом порядке.

Закключение. Клинический и эхографический контроль продемонстрировал эффективность метода лечения интермиттирующего перекрута яичка у детей.

436

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

Григорьева М. В., Гасанова Э. Н., Саруханян О. О., Хорчинова Э. Э.

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

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Трудности дифференциальной диагностики острых заболеваний и травм яичка приводят к расширению показаний к экстренной операции на органах мошонки. УЗИ позволяет с максимальной точностью и в ранние сроки провести дифференциальную диагностику и избежать эксплоративных операций.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с острыми заболеваниями и травмой яичка.

Пациенты и методы. В исследование было включено 1252 пациента в возрасте от 1 мес до 18 лет, поступивших в НИИ НДХиТ в период с 2009 по 2017 гг. с диагнозом: «Синдром отечной и гиперемизированной мошонки». На основании данного исследования был разработан протокол диагностики и лечения острых заболеваний и травм яичка у детей, предусматривающий дифференцированный подход.

Результаты. Перекрут яичка у 82 пациентов (6,5%) являлся абсолютным показанием к экстренной операции. Наиболее часто отмечался перекрут гидатиды у 918 больных (73,5%). При осложненном течении перекрута гидатиды 661 пациенту было проведено хирургическое лечение — гидатидэктомия. 245 пациентам с неосложненным течением проведено консервативное лечение. Неэффективность терапии послужила показанием к хирургическому лечению в отсроченном порядке у 12 пациентов. С травмой органов мошонки поступил 71 пациент (5,5%). УЗИ позволило выявить локализацию и степень поражения. При гематоме оболочек яичка, ушибе яичка, посттравматическом эпидидимите проводилось консервативное лечение. У 10 пациентов с разрывом яичка проведено оперативное вмешательство в экстренном порядке. При установлении диагнозов «эпидидимит», «эпидидимоорхит», «орхит» было проведено консервативное антибактериальное и противовоспалительное лечение 181 больному (14,5%).

Закключение. Таким образом, разработанный нами протокол с использованием ультразвукового исследования позволил улучшить результаты лечения острых заболеваний и травм яичка у детей в 38,1% случаев без операционной травмы.

437

ГЕМАРТРОЗ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ**Гумеров Р. А., Псянчин Т. С., Гумеров А. А., Игнатьев А. Ю.***Республиканская детская клиническая больница, Уфа
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

Актуальность. Повреждения коленного сустава (КС) у детей остается актуальной проблемой. Поздняя диагностика и несвоевременное лечение приводят к формированию рецидивирующих синовитов и артритов.

Цель исследования: улучшение диагностики и лечения гемартроза КС у детей.

Пациенты и методы. Под наблюдением находился 61 ребенок в возрасте от 5 до 17 лет с травмой КС, осложненной гемартрозом. Наиболее частой причиной возникновения гемартроза КС у детей являются: прямой удар по суставу (23), удар КС о неподвижный предмет (18), падение на КС с различной высоты (11), прочие (9). Сроки поступления детей в стационар после травмы колебались от 3 до 16 суток.

Результаты. Основными жалобами детей с гемартрозом КС были припухлость, увеличение размеров КС, боли в суставе, ограничение объема движений. У 16 детей периодически отмечались блокады в суставе и ограничение функции сустава в связи с болевым синдромом. Для определения причины гемартроза всем пациентам проводилась стандартная рентгенография КС в двух проекциях. Мы наблюдали типичные повреждения для детей: перелом межмыщелкового поля большеберцовой кости, эпифизиолиз бедренной и большеберцовой костей, а также перелом межмыщелкового поля большеберцовой кости с отрывом передней крестообразной связки. Переломы костей, выявленные при рентгенологическом исследовании, не исключают возможности повреждения мягкотканых образований сустава. Сохраняющиеся боли, хромота, отеки после снятия фиксирующей повязки и после реабилитации явились показанием для последующего МРТ-исследования. У 61 пациента с гемартрозом КС в результате МРТ дополнительно были выявлены 106 повреждений сустава. На основании анализа клинической картины и степени гемартроза, а также данных, полученных на МРТ, мы выбрали рациональную тактику консервативного и артроскопического лечения детей с гемартрозом КС.

Заключение. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что при травме КС, осложненной гемартрозом, МРТ должна предшествовать артроскопии. Это позволит снизить количество инвазивных вмешательств на 45,9%.

438

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Гусейнзаде Г. М.

Азербайджанский медицинский университет, Баку

Актуальность. Проблема лечения спаечной кишечной непроходимости (СКН) возникла параллельно с развитием абдоминальной хирургии, но по сей день остаётся актуальной и представляет собой большой практический интерес.

Цель исследования: совершенствование методов лечения СКН у детей.

Пациенты и методы. За последние 15 лет (на кафедре детской хирургии) получали лечение 92 ребенка с СКН в возрасте до 14 лет. Ранняя СКН подозревалась у 71 (77%) пациента, поздняя форма у 20 (22%). Среди причин СКН преобладали осложнённые формы острого аппендицита у 61 (68%). Всем больным проведены лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые исследования. С момента поступления в клинику проведена комплексная консервативная терапия, при отсутствии эффективности которой, было выполнено оперативное вмешательство. Оперативное лечение заключалось в ликвидации странгуляции, разделении спаек, при необходимости наложении илеостомы и назоинтестинальной интубации. Для профилактики пареза кишечника в послеоперационном периоде на фоне инфузионной терапии 23 больным проведена продлённая перидуральная анестезия. В послеоперационном периоде с целью профилактики спаечных осложнений 20-ти больным был назначен пеницилламин.

Результаты. Консервативные мероприятия были эффективны только у 17 больных, а остальные 75 пациентов были экстренно оперированы. Оперативное лечение заключалось в ликвидации странгуляции, разделении спаек, при необходимости, наложении илеостомы и назоинтестинальной интубации. Для профилактики пареза кишечника в послеоперационном периоде на фоне инфузионной терапии 23 больным проведена продлённая перидуральная анестезия. Среди оперированных у 2 (2,2%) больных был летальный исход. У больных, получивших курс лечения пеницилламином, осложнений в течение 1 года не наблюдалось.

Заключение. Одним из важных моментов в лечении СКН является своевременное назначение консервативных мероприятий, снижение травматичности операции и назначение препарата пеницилламин с целью профилактики рецидива СКН в послеоперационном периоде.

439

**МНОЖЕСТВЕННЫЕ МЛАДЕНЧЕСКИЕ ГЕАНГИОМЫ
КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ АНЕМИЕЙ,
БИЛИРУБИНЕМИЕЙ И ИЗЪЯЗВЛЕНИЕМ ПОСЛЕ КРИОТЕРАПИИ****Денис А. Г., Абушкин И. А., Юсуфов А. А., Белякова Т. Б., Бревдо Ю. Ф.,
Гаврилова О. А.***Детская областная клиническая больница, Тверь
Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск
Тверской государственный медицинский университет*

Актуальность. Сочетанная множественная локализация гемангиом в коже и печени с развитием анемии и билирубинемии, кровотечения после криотерапии — явление редкое, что создает значительные трудности как в диагностике, так и в выборе оптимального метода лечения.

Цель исследования: показать необходимость комплексного обследования малышей при множественных наружных младенческих гемангиомах (МГ), риск кровотечения после криотерапии и эффективность комбинированного лечения пропранололом и лазерной термотерапией данной патологии.

Пациенты и методы. У мальчика с рождения в области лба и левой щеки бледно-розовые округлые образования с белым ободком. В дальнейшем они стали резко увеличиваться. Появились новые МГ в области шеи, брюшной стенки и конечностей. В возрасте 34 дней амбулаторно проведена криотерапия гемангиом на лице, а через двое суток из этих гемангиом открылось кровотечение. При поступлении в клинику состояние мальчика тяжелое, общий билирубин 360 ммоль/л, Hb 92 г/л, эритроциты $2,8 \times 10^{12}$. Из гемангиом лица обильное кровотечение. По данным УЗИ в печени также множество гемангиом. Диагноз — множественные МГ кожных покровов и печени. Билирубинемия. Анемия I степени. С учетом наличия язв выполнена экстренная (0,97 мкм) лазерная термотерапия МГ лица. Внутрь: пропранолол (Анаприлин) в дозе 1,4 мг/кг в сутки.

Результаты. Через неделю после госпитализации общий билирубин крови 50 ммоль/л, Hb 104 г/л, эритроциты $3,5 \times 10^{12}$. Очаги в печени уменьшились в 1,5 раза. Наружные МГ стали плоскими, бледными, раны полностью эпителизировались.

Закключение. Множественные наружные МГ и гемангиомы печени могут вызвать анемию и билирубинемия. Криотерапия МГ в этих условиях не желательна из-за риска кровотечения. 0,97 мкм — лазерная термотерапия позволяет быстро остановить рост язвы, а системное лечение пропранололом вызвать их быструю инволюцию.

440

СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Денис А. Г., Бревдо Ю. Ф., Духова А. Е., Осипова Е. В., Абушкин И. А.

Детская областная клиническая больница, Тверь.

Центр медицинских лазерных технологий, Челябинск

Актуальность. Сочетанные множественные повреждения челюстно-лицевой области у детей являются тяжелой патологией. В последние годы отмечается тревожная тенденция не только количества, но и тяжести травм. Зачастую травмы сочетаются с закрытыми черепно-мозговыми травмами (ЗЧМТ), которые осложняют и тем самым усугубляют их течение и своевременное лечение.

Цель исследования: изучить структуру патологии и результаты лечения детей с сочетанными травматическими повреждениями челюстно-лицевой области.

Пациенты и методы. С 2011–2017 гг. на стационарном лечении по поводу травм челюстно-лицевой области находилось 1207 детей, в том числе 171 ребенка (14,2%) с сочетанными травматическими повреждениями, из них сочетающие с закрытой черепно-мозговой травмой (ЗЧМТ) — 3,2%, в возрасте от 1 года до 17,5 лет. Возраст от 1 года до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в Детской областной клинической больницы г. Твери.

Результаты. Пациенты с ЗЧМТ поступали в 1 хирургическое отделение ДОКБ г. Тверь, (челюстно-лицевые койки) на 10–15 суток с момент травмы по причине проводимого им пособия в условиях нейрохирургического отделения. В связи с этим челюстно-лицевые хирурги сталкивались с определенными трудностями их лечения: смещение костных отломков и их начавшаяся консолидация, тем самым, ведущие к выраженным функциональным и эстетическим нарушениям.

Заключение. Сочетанная травма челюстно-лицевой области у детей нуждается в ранней совместной квалифицированной помощи.

441

ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В АМУРСКОЙ ОБЛАСТИ**Дудкин В. С., Белоус Р. А., Смирнова О. Н.***Амурская областная детская клиническая больница, Благовещенск*

Актуальность. Оказание специализированной травматологической помощи детям возложено на Амурскую областную детскую клиническую больницу (ГАУЗ АО «АОДКБ»), центр детской политравмы (ЦДП). По данным ГИБДД в 2016 г. погибло 933 ребенка, в 2015 г. — 1028 (снижение на 9,2%). Число раненных в 2016 г. составило 26 060 детей, в 2015 г. — 26 838 (снижение на 2,9%). По Амурской области в 2016 г. количество погибших детей в ДТП — 1, снижение по сравнению с 2015 г. на 80% (5 погибших). Всего ДТП в 2016 г. с участием детей 160 (уменьшилось на 8,0%), ранено 185 (уменьшилось на 4,6%).

Цель исследования: оценка организации и эффективности травматологической помощи детям в Амурской области.

Пациенты и методы. На базе ГАУЗ АО «АОДКБ» с 01.07.2011 г. создан Центр детской политравмы (травматологический центр первого уровня). Специалисты нашего центра (травматологи, хирурги, анестезиологи, рентгенологи) обучены на базе ведущих клиник страны: НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, ФГУ НИДОИ им. Г. И. Турнера и др. Центр детской политравмы (ЦДП) 1 уровня с травматологическими и нейрохирургическими койками рассчитан на 30 коек (15 двух-кочных палат).

Для проведения консультативной и организационной помощи создан телемедицинский центр. В круглосуточном режиме врачи имеют возможность согласовывать тактику лечения, диагностики и вопросы перевода больных в травмцентр 1 уровня. По линии санавиации в 2017 г. травматолог ЦДП выезжал в районы области 15 раз, осмотрено и эвакуировано 6 больных.

Результаты. В ЦДП в 2016 г. всего пролечено 1226 пациентов, что в сравнении с 2015 г. на 10,6% меньше. С сочетанной травмой было 15 детей, что на 3,4% меньше, чем в предыдущем году, с множественной — 13, что в сравнении с предыдущим годом меньше на 3,1%. Всего было выполнено 752 операции (по сравнению с 2015 г. больше на 1,8%). При сочетанной травме сделано 18 операций, при множественной травме — 16. За 2016 г. после ДТП лечилось 32 ребенка, оперирован 21 пациент, операционная активность — 51,0%, летальность — 0%.

Заключение. Организация ЦДП будет способствовать дальнейшему совершенствованию неотложной травматологической помощи детям.

442

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАСТИЧНОСТАБИЛЬНОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА (ESIN) ПРИ ПЕРЕЛОМАХ У ДЕТЕЙ

Дудкин В. С., Борозда И. В., Оразлиев Д. А.

Амурская областная детская клиническая больница, Благовещенск

Актуальность. Сейчас появились новые функциональностабильные способы лечения переломов, современные антибиотики. В операционных повсеместно имеются передвижные рентгеновские аппараты. Всё это позволило пересмотреть «консервативную концепцию» лечения переломов трубчатых костей у детей, применяя принципы ускоренной реабилитации.

Цель исследования: обоснование широкого практического применения высокоэффективного интрамедуллярного остеосинтеза гибкими стержнями при переломах трубчатых костей у детей и подростков.

Пациенты и методы. С 2008 г. в нашей клинике при лечении переломов трубчатых костей выполнено более 2000 операций с применением этого типа фиксаторов у детей от 0 до 18 лет, с переломами костей как верхних, так и нижних конечностей, с сочетанной политравмой. С 2012 г. начали внедрять интрамедуллярный остеосинтез при закрытых переломах коротких трубчатых костей и при закрытых метаэпифизарных переломах длинных трубчатых костей.

Результаты. Отмечается ежегодное снижение дооперационного койко-дня (с 4,6 — в 2011 г. до 1,0 — в 2016 г.), среднего койко-дня оперированных детей в центре (с 21,2 — в 2011 г. до 8,5 — в 2016 г.). В нашем центре использование малоинвазивного интрамедуллярного остеосинтеза неуклонно растёт: в 2015 г. — 467 (66,4%), в 2016 г. — 544 (66,6%). Во всех случаях достигнута консолидация. Ни в одном из них в отдалённом послеоперационном периоде (наблюдение до 8 лет) не выявлено осложнений, повлиявших на результат лечения.

Закключение. Применение метода позволяет создать оптимальные условия для лечения больных с изолированной, сочетанной и политравмой. Выполнение остеосинтеза без обнажения зоны повреждения кости и ранняя активизация детей являются профилактикой инфекционных осложнений и контрактур смежных с оперированным сегментом суставов. Широкое применение данного метода остеосинтеза позволяет значительно сократить сроки пребывания больного в стационаре, улучшить качество жизни пациентов, снизить финансовые затраты на лечение.

443

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ, КАК МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ, У ДЕТЕЙ С УРГЕНТНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПРОТЕКАЮЩИМИ ПОД МАСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ. СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ**Дьяконова Е. Ю., Поддубный И. В., Глыбина Т. М., Бекин А. С., Романова Е. А., Хроленко П. В., Куликов К. А., Яцык С. П.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва*

Актуальной проблемой в клинической практике хирурга является своевременность постановки диагноза при ургентных состояниях у детей. Клиническая картина хирургической патологии, протекающей под маской терапевтических заболеваний, увеличивает сроки постановки правильного диагноза и адекватного лечения данной категории пациентов.

Цель исследования: продемонстрировать необходимость своевременного проведения диагностической лапароскопии на примере 4 клинических случаев пациентов с ургентной патологией, сопровождавшейся абдоминальным болевым синдромом.

Пациенты и методы. Представлено 4 клинических случая пациентов, поступивших в отделение хирургии с неотложной и плановой помощью ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в период с 04.2016 по 12.2017 с жалобами на боли в животе. До момента поступления в хирургический стационар абдоминальный болевой синдром обуславливался наличием терапевтической патологии, при консервативной терапии которой отмечалось ухудшение состояния пациентов. Для верификации диагноза всем детям из данной группы была проведена диагностическая лапароскопия.

Результаты. Проведение диагностической лапароскопии позволило поставить диагноз в каждом из перечисленных клинических примеров. Причинами абдоминального болевого синдрома являлись лимфангиома брыжейки подвздошной кишки, тератома правого яичника, гангренозно-перфоративный аппендицит, инфильтрат брюшной полости, поздняя диагностика которых привела к развитию осложнений, что утяжелило процесс выздоровления. Всем детям выполнено соответствующее хирургическое лечение. Послеоперационный период протекал гладко, в среднем составляя 10 дней. Все дети были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение. К сожалению, сложная нетипичная картина у детей с ургентной патологией не позволяет в ряде случаев выполнить своевременное оперативное вмешательство, что значительно удлиняет сроки постановки правильного диагноза и приводит к ряду диагностических ошибок, в некоторых случаях не позволяя выполнить радикальную операцию и удлиняя процесс реабилитации.

444

ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ У ДЕВОЧЕК В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

**Дьяконова Е. Ю., Поддубный И. В., Намазова-Баранова Л. С.,
Чундукова М. А., Глыбина Т. М., Рязанов М. В., Яцык С. П., Бекин А. С.**

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Острая хирургическая гинекологическая патология составляет 6% от экстренной абдоминальной патологии. Важно квалифицировано оказать помощь и сохранить герминативные органы. Участились случаи судебных разбирательств в связи с неадекватно проведенными оперативными вмешательствами из-за отсутствия в дежурной бригаде детского гинеколога.

Цель исследования: разработка методов организации экстренной гинекологической помощи в условиях детского хирургического стационара.

Пациенты и методы. Проанализирован опыт оказания экстренной хирургической помощи девочкам-подросткам.

Результаты. В большинстве хирургических стационаров отсутствуют в штате детские гинекологи. Не всегда присутствуют они и в составе дежурной бригады. При выявлении гинекологической патологии возможны ошибки, проведение более радикальных оперативных вмешательств. Вопрос об удалении яичников, маточных труб и матки рекомендуется согласовывать с акушером-гинекологом. Поэтому, предлагаем в обязательном порядке в районных, областных, республиканских и городских детских хирургических стационарах введение детского гинеколога в состав дежурной бригады. Это позволит адекватно оказывать экстренную хирургическую помощь девочкам с гинекологической патологией и максимально сохранить герминативные органы, повысить уровень образования и навыков хирургов. Учитывая, что по штатному расписанию внедрение детского гинеколога в стационар возможно только при детском населении более 50 тыс. человек, в больницах, где это сделать невозможно, рекомендуем организовать непрерывное профессиональное образование хирургов по вопросам оказания экстренной гинекологической помощи детям. Сертификационные циклы по детской гинекологии должны проходить все хирурги, оказывающие круглосуточную помощь детям.

Заключение. Операции у девочек с болями в животе должны проводиться только в стационарах, где возможно совместное участие детского хирурга и детского гинеколога на всех этапах обследования и лечения. Одним из вариантов возможного улучшения качества оказания помощи девочкам является внедрение телемедицины.

445

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЦИДИВАХ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ**Журило И. П., Жиронкина В. К., Медведев А. И., Козьмин М. А.,
Бодрова Т. Н.***Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям
и детям имени З. И. Круглой, Орёл*

Актуальность. Разнообразие вариантов хирургических вмешательств при непаразитарных кистах селезенки (НКС) у детей, высокая частота рецидивов заболевания, а также дискуссионность вопросов лечебно-диагностической тактики обуславливают актуальность данной проблемы.

Цель исследования: обобщение собственного опыта диагностики и лечения, а также анализ результатов повторных оперативных вмешательств при рецидивных НКС у детей.

Пациенты и методы. За период с 2012 по 2017 гг. в НКМЦ им. З. И. Круглой находились на лечении 12 детей с НКС в возрасте от 8 до 17 лет. Лиц мужского пола было 5 (41,7%), женского — 7 (58,3%). После установления диагноза кистозного образования селезенки, больным проводилось клиническое обследование, направленное на исключение паразитарного генеза образования, определение его размеров и топографических характеристик. В зависимости от результатов принимали решение о динамическом наблюдении за пациентом или определяли показания к оперативному вмешательству. Вопрос о характере последнего решался индивидуально. Предпочтение отдавали лапароскопической резекции НКС (8 операций). У 2-х больных после резекции гигантских НКС в послеоперационном периоде сформировались остаточные полости объемом 420 и 270 см³. Им выполнено: пункция под УЗ контролем и пролонгированное дренирование НКС.

Результаты. Дренирование осуществляли катетером типа Pigtail. После эвакуации содержимого ежедневно осуществляли промывание остаточной полости кисты малыми объемами 95% этанола (10–20 мл), учитывали объем экссудата. В динамике отмечено полное исчезновение экссудации, и сокращение полости до минимума, после чего дренаж удаляли (12–14 сутки). Пациенты наблюдаются в течение 5 месяцев и 1,5 лет — данных за рецидив НКС нет.

Закключение. Пункция под УЗ контролем и пролонгированное дренирование НКС является эффективным миниинвазивным вмешательством при первичных и рецидивных формах заболевания. Главным условием возможности применения метода является наличие удобного «акустического окна», обеспечивающего безопасность процедуры.

446

ИНТРААБДОМИНАЛЬНАЯ ПОТЕРЯ УДАЛЕННОГО АППЕНДИКСА: ПАРАДОКСАЛЬНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА

Журило И. П., Жиронкина В. К., Черногоров О. Л., Медведев А. И.

*Научно-клинический многопрофильный центр медицинской помощи матерям
и детям имени З. И. Круглой, Орёл*

Актуальность. Курьезные ситуации в процессе выполнения эндоскопических операций являются объектом пристального внимания специалистов. Одним из таких случаев является потеря удаленного аппендикса (УА) в брюшной полости (БП).

Цель исследования: вынести на обсуждение альтернативный вариант оперативной тактики при потере УА в БП.

Пациенты и методы. За период с 2011 по 2017 гг. в НКМЦ им. З.И. Круглой находилось на лечении 1714 детей в возрасте от 1,5 до 18 лет, которым выполнены лапароскопические вмешательства по поводу острого аппендицита (ОА) и его осложнений. У 52 больных (3%) ограничились дренированием БП, а лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) выполнена в плановом порядке. Лишь в одном случае столкнулись с фактом потери УА в БП. Девочка Е., 6 лет госпитализирована через 19 часов от момента заболевания. Определены показания к оперативному вмешательству по поводу ОА. Выполнена типичная ЛА флегмонозно измененного аппендикса. При извлечении УА он выпал из зажима-граспер в БП. Тщательная ревизия БП на фоне изменения положения тела пациентки и промывания большим объемом жидкости не привела к положительному результату. Привлечен ведущий хирург, УА также не удалось обнаружить. Продолжительность наркоза превысила 180 мин. Решено завершить операцию и отказаться от конверсии.

Результаты. После операции ребенку назначена трех компонентная а/б терапия, обезболивание, инфузионная терапия. Нормализация температурной реакции и показателей ОАК отмечены на 5-е сутки, отменены Амикацин и Метрогил, а затем Цефтриаксон (на 8-е сутки). УЗИ органов БП: свободная прозрачная жидкость в небольшом количестве; в мезогастрии слева определяется образование до 33 мм, содержимое гипоэхогенное с гиперэхогенными включениями. На 12 сутки ребенок выписан. Через 6 месяцев выполнено МРТ органов БП: патологические образования не обнаружены.

Закключение. Потерянный в БП удаленный аппендикс не привел к развитию гнойно-воспалительных осложнений и полностью лизировался в отдаленные сроки после операции. Уточнение механизмов данного процесса требует экспериментального изучения.

447

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАНЕВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОНЕЧНОСТЕЙ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**Завражнов А. А., Шеламо́в И. В., Аргунов А. В.***Городская больница № 9, Сочи*

Актуальность. Общий рост травматизма в РФ за 2005–2015 гг. составил 3,8%, у детей и подростков 11,4 и 17,8% соответственно. Повреждения конечностей в клинической практике составляют 75% повреждений у детей (Караваев В. М. 2012). Частота хирургической инфекции в структуре хирургических заболеваний сохраняется на уровне 35–45% (Охунов А. О. 2015).

Цель исследования: определение особенностей и наиболее оптимальных подходов к хирургической обработке и послеоперационному ведению детей с раневыми повреждениями конечностей различной степени тяжести.

Пациенты и методы. Проведен анализ результатов лечения 301 ребенка с открытыми травмами конечностей, лечившихся в МБУЗ «Городская больница № 9» г. Сочи за период с 2006 по 2017 гг. Средний возраст детей составил 11 ± 6 лет. В 42 (14%) случаях ранения сопровождались повреждением мышц, сухожилий, в 9 (3,1%) — повреждением магистральных сосудов и нервов, у 9 (3%) — открытыми переломами костей конечностей.

Результаты. При проведении ПХО использовались: вакуумная обработка раны у 42 (12%), ультразвуковая кавитация у 18 (8%). У 138 (46%) детей использовались вакуумные системы, у 162 (54%) пассивное дренирование ран. Дефекты мягких тканей от 3 до 25 см имелись у 64 (22,3%) пациентов. Пластика местными тканями проводилась после ПХО 12 (4,3%) пациентам, дерматомная 49 (17,6%) пациентам на 5 ± 2 сутки после травмы, из них при ожогах 38 (13,7%), комбинированная пластика выполнена у 4 (1,3%) пациентов, итальянская у 8 (2,5%) пациентов. Метод Красовитова в 3 (1,04%) случаях. Различные компоновки АНФ применялись для проведения кожной пластики в 10 (3%) случаях. Отдаленные результаты лечения прослежены у 286 детей. Заживление ран получено в 275 (96,1%) случаях, контрактуры развились в 9 (3,14%) случаях, келоидный рубец в 4 (1,3%) случаях; ампутация конечности в 1 (0,3%) случае, инфекционные осложнения у 44 (14,6%) детей.

Заключение. Для уменьшения количества раневых осложнений у детей при ПХО ран конечностей следует соблюдать разумный консерватизм, применять атравматичную хирургическую технику и современные методы управления раневым процессом.

448

ОШИБКИ В ЛЕЧЕНИИ СКЕЛЕТНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ

Зорин В. И., Жила Н. Г.

*Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И. И. Мечникова,
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет*

Актуальность. Согласно данным государственной статистики, в структуре заболеваемости детской популяции травмы стабильно занимают 2 место, без тенденции к снижению. При этом анализ публикаций основных научных отечественных изданий показывает, что 50% работ по травматологической тематике детского возраста посвящено лечению последствий травм.

Цель исследования: анализ ошибок и осложнений в лечении скелетных повреждений у детей.

Пациенты и методы. Проведен анализ клинических наблюдений 37 пациентов на постгоспитальном этапе на базе межрайонного травматологического пункта Санкт-Петербурга. Критерием включения являлось скелетное повреждение на уровне верхней конечности в сочетании с одним из условий: неудовлетворительный анатомический и функциональный результаты, нарушение консолидации, нейротрофические расстройства.

Результаты. Средний возраст больных составил 11 лет. Большинство наблюдений приходится на переломы на уровне локтевого сустава 27 (73%). Распределение по причинам ошибок и осложнений: ошибки диагностики в 12 (32%) случаях, включая не диагностированные повреждения нервов в 9 (75%); неправильная интерпретация рентгенограмм и определение типа перелома в 3 (25%); ошибки в выборе метода лечения, «допустимые смещения» в 14 (38%); ошибки в технике остеосинтеза в 11 (30%). Сочетание нескольких типов осложнений у одного пациента 8 (21%) случаев.

Заключение. Полученные результаты указывают на целесообразность четкого соблюдения диагностического алгоритма с оценкой костной травмы во взаимосвязи всех структур поврежденной конечности. Лечебная тактика должна отвечать принципу раннего и полного анатомо-функционального восстановления травмированного сегмента. Не соответствующие этому принципу методы лечения не должны применяться в детской травматологии.

449

**ШЕЙНЫЙ СПОНДИЛИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ
ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПИЩЕВОДА****Зорин В. И., Малетин А. С., Иванов А. П., Мушкин А. Ю.***Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
фтизиопульмонологии**Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет*

Актуальность. В детской хирургии около 70% инородных тел в желудочно-кишечном тракте встречается у пациентов в возрасте до 3 лет. При этом в структуре инородных тел пищевода 10% приходится на дисковые батарейки, вызывающие местный химический ожог и ряд осложнений.

Цель исследования: представление редкого осложнения длительно стоящего инородного тела пищевода у ребенка.

Пациенты и методы. У ребенка 3 лет на фоне здоровья появилось поперхивание, гиперсаливация, рвота. Осмотрен педиатром, детским хирургом, Rg не выполнялась. В течение 3 недель отмечалось беспокойство, снижение аппетита, боли в горле. При повторном осмотре проведена Rg. Обнаружено инородное тело в 3 пищевода. ФЭГДС удалена батарейка, признаков ожога пищевода не выявлено, в 10 см от резцов дивертикулярный рубец 2×4 см. Через 10 дней появление беспокойства, «сутулости», боли в шее, гипертермия 38,0°. При лучевом обследовании выявлена деструкция тел С6-Th1 с превертебральным абсцессом. Госпитализирован в СПб НИИФ. По данным КТ и МРТ: субтотальная деструкция тела С7, контактная деструкция тел С6 и Th1 до 50%. Клинически нестабильность шейного отдела позвоночника, боли при движениях, поворотах головы. Оперирован, резекция тел С6-7-Th1, передний спондилодез С5-Th1 титановой блок-решеткой с аутокостью.

Результаты. Ранний послеоперационный период осложнился формированием пищеводного свища, открывшегося в операционную рану. На фоне консервативной терапии, зондового питания и перевязок достигнуто заживление раны с закрытием свища в течение 10 дней. Клинико-лучевые данные оценены через 6 месяцев: жалоб нет, прогрессирования деструкции, клиники нестабильности позвоночника нет, положение импланта, спондилодез удовлетворительные, клиники стеноза пищевода нет.

Закключение. Инородные тела пищевода в редких случаях могут приводить к вертебральным осложнениям. Деструктивные поражения позвоночника требуют инвазивной гистологической и бактериологической верификации, а в случае проявлений анатомо-функциональной нестабильности — реконструктивного хирургического лечения.

450

**ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ
В ОКРУЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ
г. ХАНТЫ-МАНСИЙСКА**

Зотин А. В., Ахмадуллина Л. Р.

*Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск
Ханты-Мансийская государственная медицинская академия*

Актуальность. Кишечная инвагинация, наиболее часто встречающаяся патология в детской хирургии. Ее частота — 1,5–4 случая на 1000 детей. Заболеваемость инвагинацией кишечника у детей до одного года составляет 0,6:1000. Спаечная непроходимость составляет 30% от всех видов кишечной непроходимости.

Цель исследования: анализ результатов лечения детей с инвагинацией кишечника и спаечной непроходимостью в ОКБ г. Ханты-Мансийска за 10 лет (с 2006 по 2016 гг.), улучшение диагностики и лечения детей с инвагинационной непроходимостью.

Пациенты и методы. За период с 2006 по 2016 гг. в ОКБ г. Ханты-Мансийска поступили 46 детей с различными видами кишечной непроходимости. Диагноз инвагинации выставлен 24 (52,2%) детям. В качестве диагностики у 18 (75%) детей была использована сонография. В лечении предпочтение отдавалось консервативному расправлению инвагинации, проведенному у 14 (58,3%) детей. Оперативное лечение потребовалось в 10 (41,7%) случаях. Из них лапароскопическая дезинвагинация проведена 6 (25%) детям, лапаротомия — 4 (16,7%) детям с явными нарушениями кровоснабжения участка кишки.

Результаты. 46 детей, поступивших с диагнозом кишечная непроходимость, были разделены на 2 группы: группа больных с инвагинацией — 24 (52,2%), группа больных со спаечной непроходимостью — 22 (51,8%). Традиционно применяется пневмодезинвагинация под контролем ирригоскопии, выполненная 14 (58,3%) детям. Недостатком данного метода является рентгеновское облучение ребенка. В нашей клинике применяется способ расправления инвагинации под УЗИ контролем, проведенный в 7 (29,2%) случаях с положительной динамикой. Лечение спаечной непроходимости начинаем с консервативных мероприятий. При неэффективности консервативного лечения, переходим к операции. Все операции начинаем с лапароскопии — 7 (31,8%), при необходимости выполняем конверсию — 5 (22,7%) случаев.

Заключение.

1. Расправление инвагинации под УЗИ контролем может быть успешно использовано в клинической практике.
2. У детей с давностью заболевания кишечной непроходимости более 24 часов оправдано использование лапароскопических методов лечения.

451

ГИГАНТСКАЯ ЛИКВОРНАЯ ПСЕВДОКИСТА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КАК СЛУЧАЙ ДИСФУНКЦИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ОТДЕЛА ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА**Иванов П. А., Александров С. В.***Детская городская больница № 2 св. Марии Магдалины, Санкт-Петербург*

Актуальность. Методом выбора в лечении окклюзионной гидроцефалии остаются ликворошунтирующие операции. Осложнения, связанные с имплантацией шунтирующих систем, возникают в 30–70% случаев. Наиболее распространенное осложнение — дисфункция дистального отдела шунта.

Цель исследования: показать вариант лечения пациента с гигантской перитонеальной псевдокистой на фоне повторных ВПШ.

Пациенты и методы. Пациент И., 15 лет, поступил в экстренном порядке с жалобами на головные боли, рвоту, вялость, сонливость и боли в животе. В периоде новорожденности перенес нейроинфекцию с развитием окклюзионной гидроцефалии. Оперирован впервые в возрасте 4-х месяцев — выполнено ВПШ. Повторные операции ВПШ проводились в связи с дисфункцией шунтирующих систем в возрасте 1 года и 10 лет. В результате обследования (рентгенография, КТ) констатирована дисфункция перитонеального отдела шунта и наличие гигантской ликворной псевдокисты 19×15×13 см брюшной полости. Выполнено лапароскопическое дренирование кисты, выведение перитонеального отдела шунта. Больной переведен на наружное дренирование. Проведены антибактериальная и противовоспалительная терапии. Состояние пациента улучшилось. Анализы ликвора без воспалительных изменений. На контрольном УЗИ на 10 сутки после операции: киста в брюшной полости не визуализируется. На 14 сутки проведена операция по замене и реимплантации перитонеального отдела шунта. Послеоперационный период протекал без осложнений. Швы сняты на 8 сутки, заживление первичным натяжением. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии, неврологический дефицит не вырос.

Результаты. За счет минимальной операционной травмы (не производилось попыток удаления псевдокисты) удалось избежать осложнений со стороны органов брюшной полости, а минимизация сроков наружного дренирования под контролем анализа ликвора позволила избежать инфицирования ликворных пространств и осуществить эффективное ВПШ.

Заключение. Считаем приведенный вариант ведения пациента с гигантской перитонеальной псевдокистой на фоне ВПШ возможным для использования в клинической работе.

452

АВТОМАТИЗИРОВАНИЕ ПРОЦЕССА ДИАГНОСТИКИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА И КОНСЕРВАТИВНОЙ ДЕЗИНВАГИНАЦИИ

Изосимов А. Н., Шакиров В. В., Шукман Э. Л., Васильева Е. Н., Шейко И. К.

Тольяттинская городская детская больница № 1

Актуальность. Инвагинация кишечника (ИК) является самым частым видом острой кишечной непроходимости у детей, а проблемы её диагностики и лечения актуальны до сих пор.

Цель исследования: совершенствование диагностики и лечения инвагинации кишечника.

Пациенты и методы. Мы анализировали результаты диагностики и лечения 440 детей с ИК в возрасте от 3 недель до 14 лет за период с 1986 по 2017 гг. В основную группу вошли 330 пациентов, которым для диагностики инвагинации применялась объемно-манометрическая проба (ОМП), в т. ч. у 33 пациентов — автоматизированная электронная система диагностики ИК. В группу сравнения вошли 117 детей, которым были применены рентгеновские и ультрасонографические методы диагностики.

Результаты сравнительного анализа показали, что у пациентов, поступающих с подозрением на ИК, в 15–20% случаев диагноз не подтверждается, но им применяют лучевые методы диагностики. В ОГ лучевые методы диагностики применялись в 2,5–3 раза реже, чем в ГС. Продолжительность диагностики составила в ОГ $4,1 \pm 1,2$ мин. (группа сравнения: $15,2 \pm 2,3$ мин.), время консервативной дезинвагинации в ОГ — $8,1 \pm 3,1$ мин. (группа сравнения: $45 \pm 4,1$ мин.).

Заключение. Доступность, малая травматичность, отсутствие лучевой нагрузки на пациента, непродолжительность манипуляции, автоматизация процесса исследования, возможность визуального контроля на экране дисплея за адекватностью осуществляемых процедур делают этот метод приоритетным по отношению к другим способам диагностики и консервативного лечения инвагинации кишечника.

453

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ**Ионов Д. В., Пачес О. А., Дземешко Е. Ю., Донской Д. В., Соколов Ю. Ю.***Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва*

Актуальность. Инородные тела толстой кишки в детском возрасте встречаются редко, так как в большинстве случаев они попадают в организм при проглатывании и выходят естественным путем. Еще реже в педиатрической практике регистрируются случаи инородных тел прямой, сигмовидной и нисходящего отдела толстой кишки, введенных сознательно, через анальное отверстие.

Цель исследования: показать возможности эндоскопических методов извлечения инородных тел толстой кишки у детей.

Пациенты и методы. В период с 2013 по 2017 гг., в ДГКБ св. Владимира, находились на лечении 6 пациентов в возрасте от 3 до 16 лет с инородными телами толстой кишки. У 3-х детей возрастной группы до 5 лет мелкие инородные тела, попавшие в кишечник при проглатывании, удалены из купола слепой кишки при колоноскопии (магнитные шарики, батарейки и металлический шарик). В 3-х случаях, у детей в возрасте от 14 до 16 лет диагностированы крупные инородные тела, введенные через анальное отверстие.

Результаты. В одном случае баллон дезодоранта удален корнцангом при осмотре в зеркалах. Пациенту 16 лет с инородным телом нисходящего отдела толстой кишки выполнена колоноскопия с целью извлечения инородного тела. Попытка захвата телефона эндоскопическими инструментами оказалась безуспешной, что потребовало перехода на лапаротомию с последующим извлечением инородного тела методом «выдавливания». Пациенту 14 лет с инородным телом средней трети сигмовидной кишки выполнена колоно-лапароскопия. Попытка извлечения телефона эндоскопическими инструментами также оказалась безуспешной. Под контролем колоноскопа, из лапароскопического доступа инородное тело проведено в ректосигмоидный переход и удалено ручным пособием.

Заключение. Таким образом, при инородных телах небольших размеров оптимальным методом удаления является эндоскопическая экстракция. При невозможности эндоскопического удаления инородных тел крупных размеров, показано хирургическое вмешательство.

454

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Исаков Б. М., Мамадалиев А. Б., Мирзаюлдашев Н. Ю., Ташланов Ф. Н.,
Мамадалиев А. Р.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Несмотря на то, что нетравматические субдуральные кровоизлияния встречаются нечасто, они являются грозным осложнением различных воспалительных заболеваний детского возраста. Данные осложнения могут встречаться при пневмониях и ДВС за счет нарушения проницаемости стенок кровеносных сосудов.

Цель исследования: выбор оптимального способа хирургического лечения нетравматических внутричерепных кровоизлияний у детей.

Пациенты и методы. В отделении нейрохирургии и неотложной педиатрии АФ РНЦЭМП с 2012 по 2017 гг. под нашим наблюдением находились 25 детей с нетравматическими субдуральными кровоизлияниями. По данным МРТ и КТ исследования головного мозга у всех больных были выявлены субдуральные кровоизлияния различного объема и локализации. Чаще всего кровоизлияния локализовались в теменно-затылочной области. Объем кровоизлияния составлял от 25 до 80 см³.

Результаты. Проведенные оперативные вмешательства дали хорошие результаты у 13 больных. По результатам проведенных повторных КТ и МРТ исследований скопления кровоизлияния не наблюдались. В наших наблюдениях в 3 (12,0%) случаях был отмечен летальный исход, что мы связывали с поздним обращением, исходным тяжелым состоянием больных и большим объемом кровоизлияний.

Заключение. Таким образом, при выявлении у больных признаков повышения ВЧД и менингеальных симптомов показано КТ и МРТ исследование головного мозга. Наличие среднего и большого объема субдурального кровоизлияния является показанием к оперативному вмешательству. При наличии жидкой крови оптимальным способом является пункционный способ удаления через расширенное фрезевое отверстие. Раннее выявление внутричерепных кровоизлияний и проведение малоинвазивных хирургических вмешательств дают хорошие результаты.

455

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗВОНОЧНО-СПИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ У ДЕТЕЙ**Исламов С. А., Гумеров А. А., Псянчин Т. С., Юнусов Д. И., Фархшатов А. В.***Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

Актуальность. Лечение и реабилитация пострадавших с сочетанной позвоночно-спинальной травмой связаны с определенными трудностями, исходы лечения малоутешительны.

Цель исследования: оптимизация лечения сочетанной позвоночно-спинальной травмы у детей.

Пациенты и методы. Нами изучен клинический материал у 12 детей с сочетанными повреждениями позвоночника в возрасте от 7 до 16 лет из районов Республики Башкортостан и г. Уфы за 2015–2017 гг. Транспортировка детей в ГБУЗ РБ РДКБ г. Уфы осуществлялась по линии санитарной авиации с использованием транспортных шин. Для диагностики повреждений позвоночника проведено: рентгенография, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Сочетанные повреждения позвоночника составили: шейный отдел — 3 случая, грудной — 2, поясничный — 7. Количество детей с сочетанными повреждениями позвоночника и конечностей — 5, органов брюшной полости — 3, костей таза — 4, черепно-мозговые травмы — 4. Осложненные повреждения позвоночника с неврологическим дефицитом отмечены у 4 детей (шейный — 2, верхнегрудной — 1, поясничный — 1). Операции на позвоночнике проведены после подготовки ребенка в условиях РДКБ от 1 до 3 суток (передний спондилодез шейных позвонков у 2 детей, ламинарная фиксация верхнегрудных у 1 ребенка и транспедикулярная фиксация у 5 детей).

Результаты. У пострадавших детей с нарушением функции спинного мозга отмечено купирование неврологических расстройств. На третьи сутки дети вертикализированы с использованием современных иммобилизирующих средств. Послеоперационных осложнений не отмечено. Детям проведены реабилитации и предупреждение вторичных гипостатических осложнений.

Заключение. Восстановление анатомических взаимоотношений в пораженных сегментах позвоночника у детей с сочетанной травмой позвоночника позволяет провести раннюю медицинскую и психологическую реабилитацию, а также социальную и бытовую реинтеграцию и оптимизирует остеорепаративный процесс и восстановление функции спинного мозга.

456

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ И ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЗВОНОЧНО- СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (ПСМТ) У ДЕТЕЙ

**Исхаков О. С., Мещеряков С. В., Абакиров М. Д., Новоселова И. Н.,
Мачалов В. А., Понина И. В.**

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

Актуальность. Сегодня ПСМТ остается тяжелым, но не фатальным видом травмы, при которой сохраняется высокий уровень инвалидизации. Требуется длительное стационарное лечение, имеются трудности социальной и психологической адаптации.

Цель исследования: изучить распределение ПСМТ у детей разного возраста. Оценить длительность стационарного лечения и исходы. Определить оптимальную лечебную тактику для обеспечения эффективного лечения этой категории пациентов.

Пациенты и методы. Проанализировано лечение 244 детей с нестабильной, осложненной ПСМТ, которые лечились в НИИ НДХиТ за период с 2011 по 2017 гг. Неврологические осложнения отмечались у 186 (76%). Оперировано 217 (им выполнено 317 операций). Умерло 4 (летальность 1,7%).

Результаты. ПСМТ в группах 13–15 и 16–17 лет встречается почти в 4 раза чаще, чем в младших возрастных группах. В общей группе число мальчиков и девочек было равным. В группах от 4 до 15 лет преобладали девочки (62/38%). Среди юношей и детей до 4 лет — мальчики (63/37%). У детей младшего возраста травма шейного отдела встречалась чаще. У 97 из 102 детей с прослеженным длительным катамнезом отмечалось улучшение. Пребывание больных с ПСМТ в стационаре сократилось почти в 2 раза — с $38,26 \pm 22,9$ к/дн в 2011–2012 гг. до $22,15 \pm 13,6$ к/дн в 2016–2017 гг.

Заключение. ПСМТ у детей встречается одинаково часто у мальчиков и девочек, но в группах от 4–15 лет ПСМТ чаще получали девочки, а старше 15 лет — мальчики. Успех лечения ПСМТ определяет: взаимодействие мультидисциплинарной команды, включая работу самого ребенка и его близких, современные методы фиксации переломов позвоночника и ранняя реабилитация детей. Соблюдение основных принципов лечения спинномозговой травмы у детей дает возможность сократить длительность пребывания больного в стационаре почти в 2 раза.

457

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ**Карасева О. В., Горелик А. Л., Тимофеева А. В., Голиков Д. Е., Уткина К. Е.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва*

Актуальность. В настоящее время отсутствует единый протокол лечения травмы поджелудочной железы у детей.

Цель исследования: улучшить результаты лечения детей с травмой поджелудочной железы.

Пациенты и методы. В исследование вошло 53 ребенка, находившихся на лечении в НИИ НДХиТ в период с 2008 по 2017 гг. Все пациенты имели в структуре диагноза травму поджелудочной железы. Мальчики составили 69,8% (37), девочки — 30,2% (16), средний возраст $7,9 \pm 6,8$ лет.

Результаты. В структуре повреждений доминировала политравма: сочетанная травма составила 79,2% (42), множественная травма живота — 11,3% (6), изолированная травма поджелудочной железы была диагностирована в 9,4% (5) наблюдений. Тяжесть сочетанных повреждений составила $24,7 \pm 2,06$. (ISS). У 83% (44) детей была легкая травма поджелудочной железы I и II степени. Травма III степени с повреждением Вирсунгова протока составила 11,3% (6), IV степени — 5,7% (5). При повреждении Вирсунгова протока помимо антибактериальной и антисекреторной терапии устанавливали назоинтестинальный зонд для кормления в кишку. При травме 3–4 степени в 66,7% случаев при развитии оментобурсита была выполнена чревокожная пункция под контролем УЗИ, в 22,2% наблюдений при развитии панкреатогенного перитонита — лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости, в 11,1% — сочетание указанных манипуляций. Послеоперационных осложнений, формирования ложных кист не отмечено.

Заключение. Малоинвазивные технологии в сочетании с антисекреторной медикаментозной терапией и кормлением пациента в тонкую кишку являются методом выбора при травме поджелудочной железы 3–4 степени и позволяют избежать обширных реконструктивных операций.

458

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДИСФУНКЦИИ ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА

Карасева О. В., Тимофеева А. В., Семенова Ж. Б., Мельников А. В.,
Горелик А. Л.

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

Актуальность. Трудности в диагностике причин дистальной дисфункции вентрикулоперитонеального шунта (ВПШ) определяют поиск дополнительных малоинвазивных методик визуализации.

Цель исследования: определить эффективность лапароскопии в диагностике и лечении дисфункции перитонеального конца ВПШ.

Пациенты и методы. За последние 10 лет в НИИ НДХиТ выявлен 21 случай дисфункции перитонеального конца ВПШ у 19 детей. Во всех случаях лечение было проведено с использованием лапароскопии.

Результаты. Дисфункция перитонеального конца выявлена в 21,02% наблюдений от всех дисфункций ВПШ. Доминировали механические причины дисфункции в виде нарушения проходимости перитонеального отдела за счет обтурации просвета (19%), перегиба (4,8%) или разъединение системы с последующей миграцией участка шунта (28,5%). При лапароскопии устраняли причину обтурации, удаляли свободно лежащие части шунта или укорачивали шунт при его перегибе. При необходимости производили замену перитонеального отдела ВПШ. Ко второй группе причин относятся шунт-инфекция и нарушение состава ликвора (высокий белок), приводящие к развитию массивного инфильтративно-спаечного процесса в брюшной полости (28,6%) и/или псевдокист (19%). Производили диагностическую лапароскопию, неагрессивный адгезиолизис для санации отграниченных жидкостных зон, пункцию кист. Заканчивали операцию экстернализацией перитонеального конца шунта или удалением всей системы. При санации ликвора, установку новой системы производили под контролем лапароскопии после оценки состояния брюшной полости.

Интраоперационных осложнений, связанных с использованием лапароскопии не было.

Заключение. Лапароскопия обеспечивает не только дополнительную помощь при диагностике причины дисфункции ВПШ, но и возможность ее малоинвазивного устранения. Эндоскопия также позволяет свести к минимуму осложнения в ходе проведения манипуляций и может быть рекомендована в качестве методики выбора при лечении дистальной дисфункции ВПШ.

459

ВАКУУМ-ТЕРАПИЯ ПРИ ОТКРЫТОМ ВЕДЕНИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ**Карасева О. В., Уткина К. Е., Горелик А. Л., Голиков Д. Е., Тимофеева А. В., Рошаль Л. М.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва*

Актуальность. Открытое ведение живота является методом выбора при тяжелых абдоминальных повреждениях, требующих ликвидации внутрибрюшного компартментсиндрома и контроля жизнеспособности кишечной трубки в динамике. Одним из современных методов лапаростомического ведения является вакуум-терапия брюшной полости.

Цель исследования: определить эффективность вакуум-терапии при открытом ведении брюшной полости у детей.

Пациенты и методы. За период с 2013–2017 гг. вакуум-терапию брюшной полости применяли у 8 детей. Из них 62,5% составили мальчики, 37,5% — девочки. Возраст пациентов варьировал от 1 месяца до 17 лет. У 4 — имели место травматические повреждения органов брюшной полости, в том числе, огнестрельное ранение и травма ремнем безопасности, у 4 — осложненное течение хирургических заболеваний (аппендикулярный перитонит, некроз кишки в результате ущемленной мезоколикопариетальной и паховой грыжи, язвенно-некротического поражения двенадцатиперстной кишки при опухоли ствола головного мозга).

Результаты. Для наложения вакуум-системы во всех случаях мы использовали расходные материалы специальных абдоминальных наборов, либо наборов для лечения ран. По окончании операции органы брюшной полости укрывали противоадгезивным полимерным покрытием, сверху укладывали адаптированную по размеру губку с перфорированной силиконовой трубкой, после чего систему герметизировали пленкой и подключали к активной аспирации. Число ревизий брюшной полости со сменой вакуум-системы варьировало от 1 до 7 раз. В 62,5% наблюдений итогом лечения стала успешная санация брюшной полости с выздоровлением пациентов. Летальные исходы мы наблюдали в 3 случаях при политравме: 2 пациента погибли из-за тяжести первичных абдоминальных повреждений, 1-в результате СПОН, не связанного с абдоминальными причинами.

Заключение. При открытом ведении брюшной полости использование вакуум-терапии позволяет создать оптимальные условия для ее санации, своевременного контроля и хирургической коррекции отсроченных повреждений.

460

УДВОЕНИЕ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ, КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ И КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ

Карасева О. В., Харитонов А. Ю., Горелик А. Л., Тимофеева А. В., Голиков Д. Е., Уткина К. Е., Рошаль Л. М.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Актуальность. Удвоения пищеварительного тракта составляют группу редких пороков развития, которые существенно различаются по внешнему виду, локализации, размерам и клиническим проявлениям.

Цель исследования: демонстрация редкого клинического наблюдения с сложным диагностическим поиском.

Пациенты и методы. Мальчик, 7 лет, обратился по поводу неуточненного кишечного кровотечения, проявляющегося «черным» стулом и анемией. Традиционные лабораторные и инструментальные методы были дополнены видеокапсульным исследованием ЖКТ.

Результаты. Из анамнеза известно, что впервые подобные жалобы возникли в возрасте 2 лет. Ребенок был обследован, источник кровотечения не был установлен, лечился у гематолога по поводу анемии. За 6 мес до обращения ребенок был оперирован (лапаротомия) по месту жительства по поводу кишечной непроходимости на фоне дивертикула Меккеля, выполнена дивертикулэктомия. Послеоперационный период осложнился кишечным кровотечением. Диагностический поиск, включающий сцинтиграфию, не позволил установить источник кровотечения. После консервативной терапии мальчик был выписан домой в удовлетворительном состоянии. Снижение гемоглобина на фоне периодического «черного» стула стало поводом для повторного обращения к врачу. На основании видеокапсульного исследования и Rg брюшной полости заподозрено кистозное удвоение подвздошной кишки диаметром около 12 см с язвенными дефектами, являющимися источником кровотечения. Выполнен лапароскопический адгезиолизис с мобилизацией порочного отдела кишки с переходом на минилапаротомию для выполнения резекции с наложением анастомоза конец в конец и удаления резецированного участка. Интраоперационно и по данным гистологического исследования диагноз был подтвержден.

Заключение. Рецидивирующие кишечные кровотечения, как и непроходимость кишечника, могут быть осложнением редкого порока развития кишечной трубки — удвоение кишки. Видеокапсульное исследование необходимо включать в диагностический поиск при кишечных кровотечениях с неустановленным источником.

461

**ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ
ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ****Карасева О. В., Харитонов А. Ю., Горелик А. Л., Капустин В. А.,
Тимофеева А. В., Голиков Д. Е.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии
и травматологии, Москва*

Актуальность. Одной из причин фатальных исходов при политравме являются кровотечения из острых язв желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель исследования: разработать комплекс мероприятий по диагностике, профилактике и лечению желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) в критическом периоде политравмы у детей.

Пациенты и методы. Обследовано 124 ребенка в возрасте 3 мес до 18 лет. Тяжесть травмы составила 27,5±9,6 б. ISS. Эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) с осмотром начальных отделов тощей кишки выполняли на 7–10 сут. посттравматического периода и по клиническим показаниям. Детям с тяжелой позвоночно-спинномозговой травмой в 1–3 сут. Оценивали наличие патологических примесей, состояние слизистой оболочки, перистальтическую активность. Все дети с 1-х суток посттравматического периода в составе смешанной нутритивной поддержки получали энтеральное питание. Ингибиторы протонной помпы назначали превентивно в возрастной дозировке.

Результаты. Эрозивно-язвенные поражения слизистой были диагностированы у 57,3% детей, у 13,7% с развитием ЖКК в периоде множественной органной дисфункции, либо при развитии СПОН. У 76,5% детей кровотечения происходили на фоне коагулопатии, у 18% на фоне гепаринизации во время сеанса экстракорпоральной детоксикации. ЖКК наиболее часто развивались при политравме с ведущей черепно-мозговой и абдоминальной травмой, 41% и 35% соответственно. При диагностике кровотечения проводили комбинированный эндоскопический гемостаз, усиливали медикаментозную антисекреторную терапию. Полученные результаты определили необходимость выполнения ЭГДС в периоде первичной адаптации (1–3 сут) и в динамике (5–7 сут; 12–14 сут) до выхода пациента в период клинической стабилизации.

Закключение. Для критического периода политравмы характерны деструктивные изменения верхних отделов ЖКТ, что определяет обязательное плановое проведение ЭГДС в режиме мониторинга для обеспечения своевременной неотложной помощи и адекватной профилактики ЖКК.

462

НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Карпова И. Ю., Паршиков В. В.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород

Актуальность. Одним из наиболее тяжелых, полиэтиологических заболеваний периода новорожденности является некротизирующий энтероколит (НЭК).

Цель исследования: представление количества новорожденных с некротизирующим энтероколитом и результатов лечения пациентов с данной патологией.

Пациенты и методы. В клиниках г. Нижнего Новгорода (ГБУЗ НО «ДГКБ № 1», ГБУЗ НО «НОДКБ») с 2007 по 2017 гг. пролечено 1107 детей с хирургической патологией, из них пациентов с НЭК было 123 (11%). Возраст детей варьировал от первых часов жизни до 15 суток. Пик госпитализации приходился на 4–5 день жизни. Мальчиков было 65 (53%), девочек — 58 (47%). Доношенных госпитализировано 29 (23,5%), недоношенных — 94 (76,5%). При осмотре состояние детей расценивали как тяжелое, соответствующее НЭК II, III степени по классификации M. Bell (1978). Давность заболевания варьировала от 1–2 часов до нескольких суток. В процессе наблюдения всем детям выполняли инструментальное обследование (УЗИ скрининг диагностика, рентгенография брюшной полости).

Результаты. При постановке НЭК назначали консервативную терапию, эффект от которой отмечен у 28 (23%) младенцев. Оперативные вмешательства выполнили 97 (79%) пациентам. При поражении различных отделов кишечника стомирование провели 80 (65%) больным. При наложении анастомозов (13%) и ушивании субсерозных и язвенных дефектов (22%) применяли двухрядный шов с помощью оптики 2,3 Carl Zeiss, Jena, Германия (Викрил 6-0). В послеоперационном периоде продолжали терапию, соответствующую ведению больных с перитонитом. Средний к/день пациентов составил $38,4 \pm 2,33$ сут ($p < 0,01$). Летальных исходов было 22 (18%).

Заключение. Знание специфической клинической картины некротизирующего энтероколита, своевременный выбор адекватной лечебной тактики позволят улучшить результаты комплексной коррекции заболевания.

463

ЗНАЧЕНИЕ РУЧНОЙ ДЕТОРСИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ФИКСАЦИИ В ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКЕ У ДЕТЕЙ С ПЕРЕКРУТОМ ЯИЧКА (ПЯ)**Карташев В.Н., Румянцева Г.Н., Аврасин А.Л., Медведев А.А.***Тверской государственный медицинский университет
Детская областная клиническая больница, Тверь*

Актуальность. ПЯ — это наиболее тяжелая и опасная для жизнеспособности гонады патология, требующая экстренных диагностических и лечебных мероприятий. До настоящего времени дискутируются показания, лечебная значимость ручной деторсии и профилактической фиксации у детей с ПЯ.

Цель исследования: анализ результатов лечения пациентов с ПЯ.

Пациенты и методы. Хирургическое лечение проведено 154 пациентам в возрасте от 1 суток до 17 лет с давностью заболевания от 3 часов до 4 суток. Объем хирургического вмешательства зависел от тяжести ишемии гонады, хирургическая деторсия выполнена 117 больным, орхидэктомия — 37.

Результаты. Ручная деторсия успешно проведена 26 пациентам старше 8 лет с давностью заболевания до 8 часов и перекрутом семенного канатика не превышающим 1,5 оборота (540 град). Эффективность манипуляции оценивалась по результатам доплерографии и клинически. Эффективность также подтверждена при эксплорации мошонки. Профилактическая фиксация пораженного яичка проводилась во время хирургической деторсии, а контралатерального — в плановом порядке через 1–1,5 месяца после экстренной операции. Послеоперационных осложнений не отмечено.

Заключение. Ручную деторсию яичка следует рекомендовать как предоперационную подготовку, позволяющую в более ранние сроки устранить ишемию гонады. Однако она не может быть самостоятельным способом лечения, так как не устраняет причины повышенной подвижности яичек и не страхует больного от рецидива заболевания. Профилактическая фиксация контралатерального яичка малотравматическое вмешательство, которое показано пациентам с ПЯ, особенно после орхидэктомии.

464

ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

**Касымжанов А. Н., Бектасов Ж. К., Дуйсенбаев А. А., Мингазов И. Т.,
Садуов Б. К., Байназаров О. К., Ахмурзаев М. Б.**

Медицинский университет Астана, Казахстан

Городская детская больница № 2, Астана, Казахстан

Актуальность. Диафизарные переломы костей предплечья относятся к достаточно частым повреждениям и составляют 72,7%. Механизм получения травмы — прямой и непрямой. Преимущественно наблюдаются поперечные и косые переломы. Переломы обеих костей составляют 63,5%. Главными принципами являются правильное сопоставление отломков и их фиксация. Неустраненные смещения затрудняют консолидацию и восстановление функции. Идеально точную репозицию при переломах обеих костей предплечья при смещениях осуществить сложно. Проблематично также удержание отломков в гипсовой повязке, т.к. появляются вторичные смещения. Поэтому приоритетным является интрамедуллярный остеосинтез.

Цель исследования: улучшение результатов лечения.

Пациенты и методы. За период 2015–2017 гг. пролечено 748 детей с переломами костей предплечья. Мальчиков было 536, девочек — 212. Возраст больных: от 0–3 года — 56; от 4–7 лет — 249; от 8–11 лет — 256; от 12–14 лет — 187. Чаще отмечается непрямой механизм травмы. Диафизарные переломы костей предплечья со смещением требуют закрытой репозиции. Репозиция проводится по общепринятой методике. Иммобилизация осуществляется в физиологическом положении. При переломе костей в средней трети, конечности придают положение разгибания — профилактика вторичного смещения.

Результаты. 358 больным произведена закрытая репозиция отломков и интрамедуллярный остеосинтез спицами и титановыми стержнями под контролем ЭОП. Показаниями являются нестабильные переломы. Метод обеспечивает стабильную фиксацию и благоприятное сращение отломков. Ближайшие результаты лечения прослежены у 65 и расценены как благоприятные.

Заключение. Таким образом, метод интрамедуллярного остеосинтеза при лечении переломов костей предплечья у детей является эффективным. Точное сопоставление и стабильная фиксация под контролем ЭОП позволяют избежать всяческих осложнений в детской травматологической практике.

465

СИНОВИТ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА — НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРИ БОЛЕЗНИ ЛЕГГ-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА**Кожевников О. В., Иванов А. В., Лысикив В. А.***Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова, Москва*

Актуальность. Синовит тазобедренного сустава часто встречающееся неспецифическое воспаление синовиальной оболочки тазобедренного сустава у детей. Ранняя диагностика и лечение синовита тазобедренного сустава являются актуальными вопросами детской хирургии и травматологии.

Цель исследования: изучение биохимических данных синовиальной жидкости тазобедренного сустава у детей и предотвращение дальнейшего развития заболевания.

Пациенты и методы. Выполнен анализ лечения 22 детей с синовитом тазобедренного сустава в отделении детской ортопедии ЦИТО. Лечебные мероприятия включали: пункцию тазобедренного сустава с эвакуацией синовиальной жидкости, манжеточное вытяжение, физиотерапевтическое лечение, медикаментозная терапия.

Результаты. В эвакуированной из тазобедренного сустава синовиальной жидкости выявлено повышение общего белка до 62,3 г/л, что обусловлено наличием асептического воспаления в суставе. Также у пациентов с синовитом выявлено снижение уровня гиалуроновой кислоты, что свидетельствует о снижении вязкости синовиальной жидкости. Происходит разведение гиалуроната, что обуславливает снижение смазочных свойств. Синовиальная оболочка становится открытой для медиаторов воспаления, что усиливает явления синовита. Проведенные лечебные мероприятия позволили купировать явления синовита у всех пациентов. При динамическом наблюдении рецидивирования артрита не обнаружено. Структура костной ткани головки бедра не изменена. Функция сустава полная.

Заключение. Синовитом тазобедренного сустава чаще всего болеют дети после перенесенного вирусного, бактериального или паразитарного заболевания. Наиболее информативным методом инструментального исследования является ультразвуковая диагностика. При выполнении УЗИ тазобедренного сустава следует обращать внимание на утолщение синовиальной оболочки, расширение шеечно-капсульного пространства, утолщение суставного хряща, так как эти признаки наблюдаются чаще всего.

466

ЦПД ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ВЧГ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ТРАВМОЙ

Колыхалкина И. А., Амчеславский В. Г., Карасева О. В., Иванова Т. Ф., Лукьянов В. И.

Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии, Москва

Актуальность. В связи угрозой развития вторичной ишемии мозга при ВЧГ у больных в остром периоде травмы, большое значение имеет не только величина ВЧД, но и величина ЦПД, которая характеризует достаточность перфузии мозга. При проведении ЦПД-направленной терапии рекомендуется поддержание ЦПД на уровне не ниже 50–60 мм рт. ст. Использование мониторинга ВЧД и ЦПД в остром периоде тяжелой травмы у детей позволяет своевременно и адекватно корректировать тактику лечения и улучшать прогноз травмы.

Цель исследования: улучшить результаты лечения детей с тяжелой травмой и развитием ВЧГ, проводя ЦПД-ориентированную терапию.

Пациенты и методы. Проведен анализ 121 истории болезни пациентов с тяжелой травмой мозга. Средний возраст детей $9 \pm 5,1$ лет. Тяжесть травмы по шкале ISS составила 29 ± 8 баллов; нарушение сознания по шкале комы Глазго (ШКГ) — $6,8 \pm 1,8$ баллов, тяжесть травмы головы по AIS составила $4,5 \pm 0,5$ балла. Для анализа эффективности проведенного лечения все больные ретроспективно были разделены на 2 группы: I гр. — со снижением ЦПД менее 60 мм рт. ст. — 33 больных (27,3%); II гр. — с поддержанием ЦПД выше 60 мм рт. ст. — 88 больных (72,7%). Результаты лечения в группах оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ).

Результаты. Были выявлены статистически достоверные различия в группах сравнения — с различным ЦПД по исходам травмы.

Заключение. Проведение ЦПД-ориентированной терапии при синдроме острой ВЧГ у детей с тяжелой сочетанной травмой позволяет улучшить результаты лечения в остром периоде травматической болезни.

467

РИСК ОРХИДЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ

**Комарова С. Ю., Цап Н. А., Гайдышева Е. В., Чукреев В. И.,
Тимошинов М. Ю., Екимов М. Н., Смирнова С. Е., Эрленбуш В. В.**

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург
Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург*

Актуальность. В настоящее время можно констатировать факт, что основными показаниями к орхидэктомии у детей являются тяжелая степень гипоплазии и аплазия яичка при крипторхизме, некроз яичка в результате его заворота.

Цель исследования: анализ причин и частоты орхидэктомий у детей.

Пациенты и методы. В нашей клинике с 2014 г. пролечено 697 детей с крипторхизмом. Выполнено удаление аплазированного яичка у 82 (11,8%) мальчиков. У 13 детей выполнена вторичная орхидэктомия в возрасте 13–17 лет: в 5 случаях развилась гипотрофия ранее низведённого яичка, в 8 случаях атрофия яичка после его заворота. Пролечено 79 мальчиков с заворотом яичка, из них у 13 (16,5%) детей выполнена орхидэктомия. У 2-х мальчиков выполнена первичная орхидэктомия по поводу новообразования яичка, выявленного интраоперационно. Одному ребенку выполнена орхидэктомия по поводу травмы яичка (травматическая ампутация яичка). Во всех случаях орхидэктомии яичко подвергалось морфологическому исследованию.

Результаты. За отчетный период всего выполнено 111 орхидэктомий. Из них первично выполненных — 98 (88,3%), вторично — 13 (1,7%). В группе детей с первичной орхидэктомией по поводу заворота яичка в течение 3–5 дней сохранялся отек и гиперемия соответствующей половины мошонки. Подросткам с вторичной орхидэктомией по поводу атрофии и гипотрофии гонады одномоментно выполнялась имплантация протеза яичка. В группе больных с первичной орхидэктомией по поводу тяжелой степени гипоплазии и аплазии яичка осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Заключение. Выраженные структурные изменения яичка, а также крайняя степень гипоплазии, аплазия, некроз яичка при его завороте являются показаниями для первичной орхидэктомии. Дети, перенесшие оперативное лечение по поводу крипторхизма с выраженной гипоплазией и после деторсии перекрученного яичка, являются группой риска по развитию гипо- и атрофических изменений морфоструктуры яичка. Показания к вторичной орхидэктомии устанавливаются в ходе клинико-сонографического мониторинга в послеоперационном периоде.

468

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ЭНУКЛЕАЦИИ И ЭВИСЦЕРАЦИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА В ДЕТСКОЙ ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

Коробова Л. С., Лазарев В. В., Балашова Л. М., Горбунова Е. Д.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Актуальность. В условиях приоритета регионарной анестезии методом выбора при энуклеации и эвисцерации глазного яблока может стать анестезиологическое пособие, основанное на общем обезболивании в сочетании с блокадой крылонебного узла (небным доступом). Тем самым достигается возможность снизить риск развития послеоперационных осложнений.

Цель исследования: оценка эффективности метода общего обезбоживания в сочетании с блокадой крылонебного узла как метода интра- и послеоперационного обезбоживания.

Пациенты и методы. Проведено исследование течения интра- и послеоперационного периода у больных, которым применялась общая анестезия с фентанилом и пропофолом, с группой пациентов, которым использовалась регионарная анестезия (блокада крылонебного узла небным доступом). В каждой группе количество пациентов с энуклеацией и эвисцерацией сопоставимы.

Результаты. Эвисцерация, в отличие от энуклеации, не вызывает окулокардиального синдрома, о чем свидетельствуют данные гемодинамики и BIS-мониторинга, поэтому требует однократного введения фентанила. При энуклеации, в момент выделения мышц глазного яблока, необходимо многократное введение фентанила из-за нестабильности гемодинамики. Это приводит к большой вероятности развития окулокардиального рефлекса. У пациентов с регионарной анестезией (блок ван Линт плюс крылонебная анестезия) (небный доступ) при выполнении энуклеации и эвисцерации показатели гемодинамики и BIS-мониторинга были стабильными не только интраоперационно, но и в послеоперационном периоде. Больным, которым применялся фентанил при выполнении энуклеации, в ближайшем послеоперационном периоде потребовалось обезбоживание парацетамолом, а также введение церукала для снятия ПОТР.

Заключение. Применение крылонебной анестезии (небным доступом) является эффективным и обоснованным, простым в применении методом. Предотвращает риск развития окулокардиального рефлекса, позволяет получить длительный обезболивающий эффект, а также исключить ПОТР.

469

РОЛЬ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

**Кузьмин А. И., Барская М. А., Мунин А. Г., Терехина М. И., Вернер В. В.,
Завьялкин В. А., Голосов А. Б., Маркова М. Н., Бортикова С. В.,
Скрипицин Н. А., Росляков А. В.**

*Самарский государственный медицинский университет
Самарская областная клиническая больница имени В. Д. Середавина*

Актуальность. Полипы толстой кишки встречаются у 0,2%-1% детей и бывают ювенильными, лимфоидными и истинными аденоматозными. Ювенильные полипы могут трансформироваться в аденоматозные, и необходимо выделять простые ювенильные полипы и ювенильные полипы с диспластическими изменениями (Немилова Т. К., 1997, Гераськин А. В., Дронов А. Ф., Смирнов А. Н., 2012).

Цель исследования: анализ результатов диагностики и лечения полипов толстой кишки у детей.

Пациенты и методы. 61 ребенок с полипами толстой кишки, находившийся на лечении в отделении гнойной хирургии СОКБ в 2014–2017 гг. Под наркозом выполнялась колоноскопия с удалением полипов и гистологическим исследованием. Использовали эндоскопы фирмы «Olimpus» модели PFC-10.

Результаты. Среди пациентов мальчиков было 36, девочек — 25. Из них детей в возрасте до 3 лет — 18 (29,5%), от 3 до 7 лет — 32 (52,5%), от 7 до 14 лет — 11 (18,0%). Локализация полипов: прямая кишка у 28 пациентов, место перехода прямой кишки в сигмовидную — у 14 пациентов, сигмовидная — у 17, у 2 детей отмечался множественный полипоз с захватом прямой и сигмовидной кишки одновременно. Основная жалоба — наличие крови в стуле. У 4 больных отмечалось выпадение полипов из анального канала. У 2 больных отмечалась самоампутация полипов с кровотечением из ножки, проводилась экстренная коагуляция по время колоноскопии. Ювенильные полипы выявлены у 30 пациентов, причем у 16 с аденоматозными диспластическими изменениями. Лимфоидные гиперпластические полипы у 26, истинные аденоматозные — у 5. Тактика: обнаруженный полип удалялся сразу электрорезекцией с последующим осмотром культи на гемостаз. В день полипэктомии ребенку обеспечивался постельный режим, контроль за выделениями из прямой кишки. Больной выписывался на 3–5 день при неоднократном самостоятельном стуле без патологических примесей.

Закключение. Для детского возраста наиболее характерны ювенильные и лимфоидные полипы. Основным методом диагностики и лечения являлась фиброколоноскопия. Подробный морфологический анализ имеет значение в тактике ведения больных и проведении профилактических мероприятий.

470

АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ У ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

**Кузьмин А. И., Барская М. А., Мунин А. Г., Терехина М. И., Завьялкин В. А.,
Маркова М. Н., Серегина Т. Н., Зеброва Т. А., Бортикова С. В.,
Росляков А. В.**

*Самарский государственный медицинский университет
Самарская областная клиническая больница им. В. Д. Середавина*

Актуальность. Хирургическая инфекция у детей может сопровождаться некрозом мягких тканей и образованием раневых дефектов, что приводит к социальной дезадаптации.

Цель исследования: изучение особенностей течения и лечения раневых дефектов при хирургической инфекции у детей.

Пациенты и методы. Проведен анализ лечения 48 детей, находившихся на лечении в СОКБ в период с 2012 по 2016 гг. Раневые дефекты возникли на фоне некроза мягких тканей при хирургической инфекции. В лечении использовали интерактивные повязки, коллагеназы, ультразвуковую кавитацию, УФО, промывание ран по принципу «пульсирующей струи», VAC-терапию, некрэктомию, пластику раневого дефекта. Клиническая оценка осуществлялась с учетом характера и выраженности фаз раневого процесса. Проводились микробиологические, гистологические и цитологические исследования ран в динамике.

Результаты. Преобладали дети в возрасте от 5 до 14 лет — 31 (64,6%). В посевах грамотрицательная флора высевалась у 26 пациентов (54,2%), из них у 12 (25,0%) в ассоциациях, стафилококк в монокультуре у 11 (22,9%). Цитологически отмечалось снижение клеточного отделяемого, некротических элементов экссудата, отсутствие микроорганизмов. Имунные клетки активные, с завершенным фагоцитозом. На 7 день обнаруживались единичные лейкоциты и множество фибробластов. У 21 пациента закрытие дефекта выполнялось наложением косметических швов и стрипов, у 13 пластикой местными тканями, у 6 выполнена аутодермопластика. У 8 пациентов закрытие раневого дефекта выполнялась коллостом. Применение препаратов «Дерматикс», «Контратубекс», «Ферменкол» способствовало улучшению косметического эффекта. Все больные осмотрены в катамнезе от 1 месяца до 1 года. Отличные результаты: незаметный рубец у 54,2%, хорошие результаты: рубец шириной 2 мм без признаков гипертрофии у 39,5%, наличие атрофического и гипертрофического рубца у 6,3% пациентов.

Заключение. Используемая концепция ведения раневых дефектов (очищение, использование интерактивных перевязочных средств, закрытие раневого дефекта) способствует излечению детей.

471

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЯМИ
ШЕЙНО-ГРУДНОГО ПЕРЕХОДА****Кулешов А. А., Ветрилэ М. С., Лисянский И. Н., Макаров С. Н.***Национальный медицинский исследовательский центр травматологии
и ортопедии имени Н. Н. Приорова, Москва*

Актуальность исследования обусловлена редкостью патологии и многовариантностью подходов к её лечению.

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения детей с деформациями шейно-грудного перехода.

Пациенты и методы. 12 детей. Средний возраст 10,2 лет (от 2 до 15). Врожденные деформации у 6 детей, кифосколиоз на фоне нейрофиброматоза у 2, постламинэктомический кифоз у 3, шейно-грудная кифосколиотическая деформация на фоне синдрома спонтанного рассасывания костной ткани у 1. У 5 пациентов отмечался исходный неврологический дефицит. В 4-х случаях у пациентов была плегия с НФТО (B Frankel), в одном — верхний монопарез (D Frankel). Все пациенты подверглись оперативному лечению. Двухэтапное: наложение галоаппарата, проведение дозированной галотракции и выполнение дорсальной мобилизации, коррекции и фиксации металлоконструкцией и задней костной пластикой аутотрансплантатами (8 человек). Трехэтапное: двухэтапное + третьим этапом выполнялась передняя декомпрессия с фиксацией кейджем и пластиной (6 пациентов). Пациентке с синдромом спонтанного рассасывания костной ткани выполнялось многоэтапное оперативное лечение (8 операций) в связи с прогрессированием заболевания.

Результаты. После хирургического лечения получена удовлетворительная коррекция деформации и стабильная фиксация позвоночника, что позволило избежать в динамике нарастания как деформации, так и неврологической симптоматики. У пациентов с исходной неврологической симптоматикой в 3-х случаях изменений в неврологическом статусе не было, в двух случаях отмечался регресс верхнего монопареза и нижнего парапареза.

Заключение. Применение галотракции, дорсальной мобилизации, коррекции и фиксации деформации позвоночника металлоконструкцией с задней костной аутопластикой, а также выполнение передней декомпрессии спинного мозга и передней стабилизации позволяет качественно корригировать деформацию и избежать неврологических осложнений.

472

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

**Кулешов А. А., Шкарубо А. Н., Лисянский И. Н., Ветрилэ М. С.,
Макаров С. Н.**

*Национальный медицинский исследовательский центр травматологии
и ортопедии имени Н. Н. Приорова, Москва*

Актуальность исследования обусловлена тяжестью патологии, анатомическими особенностями, а также стремительным развитием медицины и хирургии позвоночника в частности.

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения детей с травмами и заболеваниями краниовертебральной области (КВО).

Пациенты и методы. 29 детей. Средний возраст 10,5 лет (от 2 до 16). Травма C1-C2 у 3; аномалии у 19; опухолеподобные поражения C1-C3 у 4; краниовертебральный стеноз при мукополисахариозе (МПС) у 3. У 5 пациентов отмечался исходный неврологический дефицит. В 2-х случаях отмечалась парезия с НФТО (группа А Frankel), в 2-х случаях — парезия с сохранением элементов чувствительности (группа В Frankel) и у одного пациента был выраженный парез без НФТО (группа С Frankel). Все пациенты подверглись оперативному лечению. Одноэтапное лечение: дорсальная фиксация (окципитоспондилодез) — 13 пациентов. Одноэтапное лечение: передняя декомпрессия + стабилизация C1-C2 индивидуальной пластиной — 1 пациент. Двухэтапное: 1 этап окципитоспондилодез; 2 этап передняя трансоральная декомпрессия (5 пациентов). Двухэтапное оперативное лечение: 1 этап — наложение галоаппарата с репозицией C1-2; 2 этап — декомпрессия спинного мозга (при стенозе позвоночного канала), дорсальная фиксация в виде окципитоспондилодеза или короткой фиксации C1-2 с костной аутопластикой (10 пациентов).

Результаты. Устранена компрессия невральных структур, и выполнена стабилизация краниовертебрального перехода. У 3 пациентов с исходным неврологическим дефицитом положительная динамика в неврологическом статусе: до выраженного пареза с восстановлением чувствительности и функции тазовых органов — 1; до слабых и легких парезов с восстановлением чувствительности — 2. У 2 пациентов динамики в неврологическом статусе не наблюдалось.

Закключение. Многоэтапное оперативное лечение пациентов с применением аддитивных технологий позволяет скорректировать деформацию, выполнить адекватную декомпрессию и качественную стабилизацию КВО.

473

БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ПОДВЫВИХАМИ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА**Куркин А. М., Воронцова О. И., Нажмудинова О. М., Гончарова Л. А.,
Удочкина Л. А., Кривоносов А. А.***Областная детская клиническая больница имени Н. Н. Силищевой, Астрахань*

Актуальность. Возможность внедрения современных высокотехнологичных прикладных методов обследования значительно расширяет диагностические и прогностические критерии для наиболее часто встречающейся патологии опорно-двигательного аппарата у детей. На сегодняшний день значительную долю пациентов травматологического стационара составляют дети с симптомокомплексом острой кривошеи, чаще обусловленной ротационными смещениями в сегменте С1-С2 позвонков (от 7 до 11% обращений ежегодно). Около 30% из них обращаются повторно от 2 до 7 раз, что создает как социальную, так и экономическую проблему. Биомеханические исследования растущего организма помогают расширить наши представления об анатомо-физиологических предпосылках данной патологии.

Цель исследования: изучить показатели биомеханических исследований шейного отдела позвоночника в цикле походки детей с рецидивирующими подвывихами С1-С2 позвонков.

Пациенты и методы. Дети, являющиеся пациентами травматологического стационара.

Результаты. В исследуемой группе отмечено наличие соответствующих пиков максимальных значений ротации в одноопорных стадиях. Однако, в отличие от нормогруппы, имеет место значительное снижение амплитуды ротационных движений. Наблюдается снижение углов ротации в обе стороны на $1,44^\circ \pm 0,38$ по сравнению с нормой. Также в исследуемой группе выявлено изменение динамики ротационных движений в одноопорной стадии. В отличие от нормогруппы, где наблюдается плавное нарастание значений ротации в одноопорной фазе в сторону ноги, выполняющей перенос, в исследуемой группе отмечено появление в начале и в конце одноопорной стадии пиков ротации в сторону опорной ноги.

Закключение. Применение методики захвата движения motion capture позволяет получить отличительные биомеханические характеристики походки у детей с нарушениями функционирования шейного отдела позвоночника. Мониторинг динамики изменения этих показателей в сравнении с данными нормогруппы дает возможность оценивать состояние функции шейного отдела позвоночника.

474

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

Ластаев Т. В., Новокшенов А. В., Якушин О. А.

Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров, Ленинск-Кузнецкий

Актуальность. Тяжелые черепно-мозговые повреждения при политравме являются доминирующими причинами летального исхода (Агаджанян В. В., 2014; Новокшенов А. В., 2015). ЧМТ занимает первое место среди всех травм, при которых требуется госпитализация. По данным судебно-медицинской экспертизы смертность среди детей от ЧМТ составляет 27,7–32,2% в общей структуре детской смертности, а среди госпитализированных по поводу ЧМТ летальность может достигать 38% и выше (Шишков Т. Т., 1985; Шарова Е. А., 2013).

Цель исследования: анализ госпитальной летальности у детей с черепно-мозговыми повреждениями при политравме.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 98 историй болезни пострадавших детей при политравме, которые находились на лечении в специализированном травматологическом центре за период с 2000 по 2012 гг.

Результаты. Из 98 пострадавших детей преобладали мальчики (64%). В 84,7% случаев травмы получены в результате ДТП. В 41% случаев пострадавшие дети были доставлены из других медицинских учреждений. Летальные исходы зарегистрированы в 5,1% случаев. Среди погибших детей с политравмой средний возраст составил 12,8 лет (интервал от 5 до 16 лет), преобладали девочки (80%). Количество оперативных вмешательств: 2–3 операции в различных анатомических областях. Тяжесть травмы по ISS составила $51,8 \pm 16,2$. Среднее пребывание пострадавших в стационаре: $5,2 \pm 5,1$. Основной причиной летальных исходов явилась полиорганная недостаточность на фоне неконтролируемого отека головного мозга вследствие тяжелой черепно-мозговой травмы.

Закключение. Все погибшие имели конкурирующие доминирующие повреждения, которые явились причиной утяжеления состояния, что, в последующем, привело к развитию полиорганной недостаточности и смерти.

475

ОСТРЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ**Леонтьева С. А., Кохреидзе Н. А., Масько В. В.***Детская городская клиническая больница № 5 имени Н. Ф. Филатова,
Санкт-Петербург*

Актуальность. При острых состояниях в гинекологии часто требуется хирургическое вмешательство. В настоящее время отдают предпочтение максимально органосохраняющему лечению для сохранения репродуктивного потенциала.

Цель исследования: анализ лечения пациентов с различными гинекологическими заболеваниями в отделении детской гинекологии ДГКБ № 5 им. Н. Ф. Филатова.

Пациенты и методы. Ежегодно через отделение проходят около 1400 девочек от 0 до 18 лет, из них 10–12% требуют хирургического вмешательства на органах малого таза.

Результаты. Проведен анализ годовых отчётов, протоколов операций отделения гинекологии за 5 лет. Самой частой патологией, требующей неотложное хирургическое лечение, остаётся перекрут придатков матки. Ему способствуют наличие новообразований в области малого таза. В 5–10% случаев происходит перекрут неизмененных придатков. Практически всегда проводим деторсию для оценки жизнеспособности органа и решения вопроса о дальнейшей тактике. При наличии конгломерата с некрозом или самоампутации придатков проводим аднексэктомию. При деторсии необходимо проводить овариопексию нерассасывающим шовным материалом. При геморрагической форме апоплексии яичника выполняем санационную лапароскопию с коагуляцией области разрыва или проводится резекция кисты. Воздействие различных видов электроэнергии на ткань яичника способствует снижению овариального резерва. Уровень гормонов начинает восстанавливаться спустя 6 мес после операции. Отдельная группа, это пациентки с воспалительными тубоовариальными образованиями малого таза. Тубоовариальный абсцесс нередко приходится дифференцировать с аппендикулярным инфильтратом, который ведётся консервативно. Абсцесс требует экстренной операции с целью дренирования и санации. Воспалительные процессы в области придатков матки могут приводить к необратимым изменениям.

Заключение. Лапароскопия является важным лечебно-диагностическим методом при острой хирургической патологии органов брюшной полости.

476

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Малюкова Н. Г.

Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва

Актуальность. За год в России более 90 тысяч детей госпитализируются после черепно-мозговой травмы (ЧМТ). Более чем у половины пострадавших детей выявлены нарушения и искажения развития высших психических функций (ВПФ), травматический регресс соматических функций, невозможность возврата к прежним формам обучения, ухудшение качества жизни. В связи с этим, особую значимость приобретает вопрос организации реабилитационной помощи на всех этапах восстановления.

Цель исследования: изучение эффективных дидактических приемов преодоления нарушений высших психических функций (ВПФ) у детей дошкольного и младшего школьного возраста с последствиями ЧМТ.

Пациенты и методы. В рамках методологии А. Р. Лурия проведено комплексное нейропсихологическое сопровождение 25 детей в возрасте 5–8 лет, перенесших ЧМТ.

Результаты. Задачи и методы нейропсихологической работы с пациентом (диагностика, составление программы и оценка эффективности восстановления, реабилитационные воздействия) неодинаковы на разных этапах, но имеют научную основу. В реабилитационной практике это положение реализуется в принципах активности, создания мотивации к общению, опоры на предметно-бытовую деятельность. Процесс реабилитационной работы понимается как специально организованная деятельность пациента и специалиста, в ходе которой (на основе обратной связи и с опорой на сохранные звенья) происходит перестройка дефектной психической функции, организуются новые связи с другими психическими функциями. Кроме того, в детской клинике особое значение приобретает опора на онтогенетически более ранние, базисные формы и уровни психической функции. Взаимодействие с ребенком реализуется в ходе игры и подражания взрослому — ведущей деятельности в детском возрасте.

Заключение. Нейропсихологический подход является одним из основных методов медико-психологического направления в реабилитации детей с последствиями ЧМТ. Его применение на разных этапах реабилитации дает возможность развития навыков и знаний, восстановления психической целостности, лучшей адаптации растущих детей в меняющемся мире.

477

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ У ДЕТЕЙ**Мамадалиев А. Б., Исаков Б. М., Мирзаюлдашев Н. Ю., Ташланов Ф. Н.,
Мамадалиев А. Р., Бурхонов И. М.***Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Актуальность. В большинстве случаев черепно-мозговые травмы сопровождаются внутричерепными гематомами. С ростом ДТП растет и число черепно-мозговых травм, сопровождающихся внутричерепными гематомами. У детей они протекают тяжелее в связи с затруднением диагностики и анатомических особенностей головного мозга и костей черепа.

Цель исследования: своевременная, ранняя, диагностика внутричерепных гематом и улучшение результатов оперативного лечения.

Пациенты и методы. Проведено обследование и хирургическое лечение 57 детей в возрасте от 3 месяцев до 15 лет, пролеченных в нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2012 по 2016 гг. Механизм травмы у 43 больных — падение с высоты, у 14 больных — дорожно-транспортная травма. Давность травмы от 1 часа до 3-х суток (8 больных переведены из субфилиалов по линии САС).

Результаты. Всем больным проведены клинично-неврологические и инструментальные методы исследования. Из 57 обследованных больных у 49 выявлена анизокория. Анизорефлексия и гемисиндром в виде пареза и паралича на противоположной стороне у 54. Наличие патологических стопных знаков у всех 57 обследованных больных. При рентгенологическом исследовании признаки переломов костей свода черепа обнаружено у 16 больных, вдавленные переломы 8, переломы с переходом на основание черепа у 5 больных. КТ и МРТ исследования проведены всем больным (МСКТ — 46 больным и МРТ — 11 больным). По данным МСКТ и МРТ исследований, смещение срединных структур составляло от 5 до 12 мм. По результатам проведенных исследований эпидуральные гематомы выявлены у 34 больных, субдуральные у 23. Из них у 4 больных гематомы были множественными. По локализации гематом: гематомы больших полушарий — 19, внутримозговые — 4. Объем гематом варьировал от 25 до 60 см³.

Закключение. Внедрение в практику малоинвазивных оперативных вмешательств позволяет сократить сроки стационарного лечения и снизить летальность среди данной категории больных.

478

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РОСТА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

**Мамадалиев А. Б., Исаков Б. М., Мирзаюлдашев Н. Ю., Ташланов Ф. Н.,
Мамадалиев А. Р., Бурхонов И. М., Расулов Ж. М.**

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) ведущая проблема детской травматологии и нейрохирургии (Коновалов А. Н., 2002; Фраерман А. П., 2008). По данным ВОЗ частота ЧМТ ежегодно увеличивается на 2%, занимая 25–30% в структуре современного травматизма, и занимает первое место среди причин смерти в возрасте до 15 лет (Зотов Ю. В., Касумов Р. Д., 1996, 1998; Лихтерман Л. Б. и соавт., 2003; Потапов А. А.; Фраерман А. П., 2008).

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологические особенности черепно-мозговой травмы у детей в Андижанской области за период с 2012 по 2017 гг.

Пациенты и методы. Исследование основано на анализе 197 случаев черепно-мозговой травмы у детей от 0 до 15 лет, проходивших обследование и лечение в отделениях нейрохирургии и детской нейротравматологии АФ РНЦЭМП за период с 2012 по 2017 гг. Были использованы следующие методы исследования: неврологическое, офтальмологическое, отоларингологическое, КТ, МРТ, ЭЭГ, клинико-катамнестический и статистический анализ.

Результаты. Бытовой травматизм явился ведущей причиной ЧМТ у 60% детей раннего возраста. В старшем возрасте — у 84,4%. Основные причины тяжелой ЧМТ в раннем возрасте: падение с небольшой высоты — 33%, падение с пеленального стола и рук родителей — 22%. Синдром «жестокое обращение с детьми» — 8% пострадавших раннего возраста, кататравма — 7%, родовая травма — 13%. Дорожно-транспортная травма стала причиной ЧМТ в 10% случаев у детей старшего возраста, у детей раннего возраста — в 12%. Дети 7–14 лет чаще получают травму при наезде автотранспорта — 63%, а дети раннего возраста — внутри автомобиля (40%).

Выводы. Выявлен устойчивый рост распространенности черепно-мозговой травмы у детей в возрасте от 0 до 15 лет за период с 2012 по 2017 гг. Наибольшее увеличение отмечено в группе детей раннего возраста, в особенности в возрасте до 1 года. Летальность при тяжелой ЧМТ составила 11,8%, а в группе детей раннего возраста 5,9%.

479

**СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ АНЕСТЕЗИИ
ПРИ ВЫСОКОТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ С МАССИВНОЙ
КРОВОПОТЕРЕЙ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ ТОРАКО-
АБДОМИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ В ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ****Мартынов Л. А., Матинян Н. В., Белоусова Е. И., Цинцадзе А. А.,
Сотников А. В.***Национальный медицинский исследовательский центр онкологии
имени Н. Н. Блохина, Москва
Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н. И. Пирогова, Москва*

Актуальность. Операции по поводу опухолей торako-аbдоминальной локализации в детской онкологии характеризуются массивной кровопотерей, выраженной ноцицептивной импульсацией.

Цель исследования: разработка стратегии анестезии, повышение безопасности при операциях с массивной кровопотерей по поводу опухолей торako-аbдоминальной локализации.

Пациенты и методы. В исследование включено 18 пациентов ($5,27 \pm 3,7$ лет), ASA II–III. Проведены операции по поводу: нефробластомы (нефрэктомия с удалением тромба нижней полой вены, $n = 5$), гепатобластомы (расширенная гемигепатэктомия справа, $n = 8$), нейробластомы забрюшинного пространства ($n = 4$), злокачественной параганглиомы ($n = 1$). Проводили расширенный мониторинг (инвазивное измерение АД, BIS-мониторинг), эпидуральную анальгезию, инфузионную «цель-ориентированную» терапию.

Результаты. Проводилась многокомпонентная сбалансированная анестезия с эпидуральной анальгезией. Длительность анестезии — 335 ± 90 мин. Средний объем кровопотери $61,4 \pm 24,8$ мл/кг/ч, что соответствует $82,8 \pm 33,6\%$ ОЦК ($46–172\%$). Скорость инфузии норадреналина во время основного этапа операции $0,42 \pm 0,25$ мкг/кг/мин. Объем инфузии и трансфузии — $19,4 \pm 6,8$ мл/кг/час. Сбалансированные кристаллоиды $9,8 \pm 3,4$ мл/кг/час, коллоиды $6,4 \pm 3$ мл/кг/час. Производился забор крови из операционной раны с последующей аутогемотрансфузией ($n = 10$, объем аутогемотрансфузии $6,8 \pm 5$ мл/кг/час). С целью профилактики реперфузионного синдрома вводили метилпреднизолон. Темп диуреза $2,6 \pm 1,6$ мл/кг/час. В конце операции уровень лактата $2,9 \pm 0,9$ ммоль/л.

Заключение. Целевыми показателями при «цель-ориентированной» инфузионной терапии являются уровень лактата, сатурация венозной крови кислородом ($ScvO_2$), темп диуреза. Такая стратегия инфузии позволяет поддерживать адекватную доставку кислорода тканям, обеспечивает режим нормоволемии. Применение эпидуральной анальгезии способствует эффективному снижению ноцицептивной импульсации. Такой комплексный подход при проведении анестезии способствует ранней посленаркозной реабилитации пациентов, обеспечивает снижение частоты осложнений, сроков госпитализации.

480

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Матвейчук Н. Н., Уколов К. Ю., Айзенберг В. Л.

*Национальный медицинский центр травматологии и ортопедии
имени Н. Н. Приорова, Москва*

Актуальность. В НМИЦТО им. Приорова ведется большая работа по внедрению в практику высокотехнологичных оперативных вмешательств, в частности, метода артроскопической диагностики и лечения патологии коленного сустава. С каждым годом количество артроскопических операций у детей неуклонно растет.

Цель исследования: сравнительная характеристика различных видов анестезиологического обеспечения артроскопических оперативных вмешательств на коленном суставе у детей и подростков.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 212 протоколов анестезиологического обеспечения артроскопических операций на коленном суставе у детей за период с 2016 по 2017 гг. в центре детской травмы. В зависимости от метода анестезии все пациенты были поделены на 3 группы. В 1-й группе ($n = 74$) проводилась общая анестезия. Протезирование дыхательных путей осуществлялось интубационной трубкой либо ларингеальной маской. За 40 минут до операции проводилась премедикация мидазоламом и хлопирамином. Индукция в анестезию: диазепам, пропофол и фентанил, миорелаксант нимбекс. Поддержание анестезии проводилось севофлюраном. Во 2-ю группу ($n = 91$) мы собрали детей, которым артроскопия была выполнена под внутрисуставной анестезией 0,5% ропивакаином и седацией. 3-я группа ($n = 47$) состояла из пациентов получивших регионарную анестезию на фоне внутривенного введения пропофола и фентанила. В качестве анестетика для илюофасциальной блокады мы брали 0,2% ропивакаин, для блокады бедренного нерва использовали 0,5% ропивакаин, для спинальной анестезии 0,5% бупивакаина-спинал.

Результаты. Проведенный анализ показал, что выбор обезболивания при артроскопических операциях на коленном суставе зависит от возраста ребенка, характера травмы, длительности оперативного вмешательства и от необходимости адекватной аналгезии в послеоперационном периоде.

Заключение. Перспективы развития обезболивания артроскопических оперативных вмешательств по поводу травм коленного сустава у детей лежат в формате комбинированной продленной проводниковой анестезии/анальгезии на фоне седации.

481

ЗАВОРОТ ЖЕЛУДКА. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ**Махачев Б. М., Магомедов А. Д., Садыкова М. М., Абасов Ш. М.***Детская республиканская клиническая больница имени Н. М. Кураева, Махачкала*

Актуальность. Заворот желудка является редким заболеванием для всех возрастных групп. У детей до 15 лет он встречается исключительно редко. В литературе по детской хирургии, за малым исключением, практически не упоминается о данной патологии.

Цель исследования: сообщение о редкой патологии в практике детского хирурга, методах диагностики, лечения и возможных тактических ошибках.

Пациенты и методы. Представляем два клинических наблюдения рецидивирующего и острого заворота желудка.

Первый случай. Ребенок, 14 лет, с рецидивирующим заворотом желудка и параэзофагеальной грыжей. Со слов матери, впервые приступы болей стали беспокоить ребенка в 5-ти летнем возрасте. Приступ длился от нескольких часов до суток и затем самостоятельно проходил. Вначале перерывы между приступами были по несколько месяцев, а в последнее 1–1,5 года приступы повторялись каждые 15–20 дней. Получал лечение по поводу гастрита. Второй случай. Новорожденный, 7 дней жизни, с острым заворотом желудка и истинной диафрагмальной грыжей. Из роддома выписан домой. Поступил в стационар с подозрением на кишечную непроходимость. Клинически заворот желудка проявлялся болями в животе, многократной рвотой, позывами на рвоту; у новорожденных — картиной непроходимости желудка и кишечника. Решающее значение в диагностике имели рентгено-контрастное и КТ исследование желудка, где определялся бесформенный желудок, заполненный контрастным веществом, без газового пузыря, а также нарушение проходимости желудка.

Результаты. Мальчик с рецидивирующим заворотом желудка находится под наблюдением, чувствует себя хорошо, рецидива нет. Новорожденный развивается нормально, на контрольных R-граммах патологии нет.

Заключение.

1. Рентгено-контрастное исследование и КТ являются решающими методами диагностики заворота желудка.
2. Хирургическое вмешательство с разворотом, фиксацией желудка и устранением сопутствующей патологии должно быть методом выбора при лечении заворота желудка.

482

ЯТРОГЕННЫЕ ТРУДНЫЕ СЛУЧАИ И РЕШЕНИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Махачев Б. М., Магомедов А. Д., Садыкова М. М., Керимова А. М.

Детская республиканская клиническая больница имени Н. М. Кураева, Махачкала

Актуальность. Во врачебной практике нередко встречаются случаи, которые представляют серьезные трудности для диагностики и лечения.

Цель исследования: демонстрация редких наблюдений.

Пациенты и методы. За последние годы было 3 редких случая.

1. М, 7 лет, поступил с клиникой ущемленной правосторонней паховой грыжи. Был оперирован. В послеоперационном периоде самочувствие не улучшалось. Продолжалась клиника кишечной непроходимости. Через 36 часов повторно взят на операцию. Интраоперационно была обнаружена внутренняя истинная перикальная ущемленная грыжа. Ущемляющее кольцо рассечено, петля выведена из грыжевого мешка, мешок иссечен, ушит.
2. М, 7 лет, упал с высоты 1,5–2 метра. По тяжести состояния был оперирован по месту жительства — выполнена лапаротомия, ревизия брюшной полости, нефрэктомия. Для дальнейшего наблюдения переведен в ДРКБ. Через 4 дня, когда начали поить, развилась клиника перитонита. Оперирован. Интраоперационно выявлен отрыв 12-ти перстной кишки от желудка. Наложен анастомоз.
3. М, 14 лет, на грудную клетку упали футбольные ворота. По месту жительства выполнен лапароцентез (жидкость не получена), дренирование плевральных полостей — отходил воздух и жидкость. Доставлен в тяжелом состоянии. На 4 день выполнена проба метиленовой синью, раствор начал поступать из плевральной полости. Выполнено ФГДС-перфорация пищевода на границе грудно-абдоминального отдела. Выполнена лапаротомия, ушивание пищевода, фундопликация по Ниссену, двойная гастростомия по Кадеру. Кормили через гастростому. Через 2 месяца гастростомическая трубка удалена.

Результаты. Все 3 детей выписаны в удовлетворительном состоянии с выздоровлением.

Закключение. Причиной запоздалой диагностики явилось отсутствие настороженности в ведении больных. Велико значение самокритичного отношения к результатам собственной работы и, особенно, анализа допущенных ошибок, что позволит в последующей деятельности их избежать.

483

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ**Махачев С. М., Магомедов А. Д., Магомедов Р. Р., Магомедов А. Д.,
Казиллов Б. Р., Муртузаалиев З. Н.***Детская республиканская клиническая больница имени Н. М. Кураева, Махачкала*

Актуальность. Острые заболевания яичка занимают важное место в ургентной урологии детского возраста. Они составили 3,3% госпитализированных больных.

Цель исследования: определить оптимальный подход в тактике лечения детей с острыми заболеваниями яичка.

Пациенты и методы. В отделении урологии ДРКБ г. Махачкалы с 2007 по 2016 гг. находились на лечении 457 детей с острым заболеванием яичка. Перекрут гидатиды — 283; перекрут яичка — 69 (60 детей с интравагинальным, 9 — с экстравагинальным); орхоэпидидимит — 105. Возраст пациентов составил от 3-х мес. до 16 лет. Большинство детей с перекрутом яичка и гидатиды поступили в первые трое суток от начала заболевания. В 10 случаях дети с перекрутом яичка поступили спустя 5 дней. 5 пациентов находились на лечении по месту жительства по поводу орхоэпидидимита, и один ребенок при обращении в городскую поликлинику с рекомендациями консервативного лечения был отпущен домой. При выборе тактики лечения руководствовались клинической картиной, данными объективного осмотра и УЗИ с доплерографией.

Все дети, поступившие с перекрутом гидатиды яичка, оперированы — произведено удаление гидатиды. Из 69 детей с перекрутом яичка, в 7 случаях, в связи с нежизнеспособностью яичка, произведена орхоэпидидимэктомия. В остальных — разворот и фиксация яичка. Консервативная ручная деторсия яичка не проводилась. 6 мальчикам, поступившим с орхоэпидидимитом, назначено консервативное лечение. 69 детям произведена ревизия, санация яичка, дренирование мошонки.

Результаты. Все оперированные дети выписаны в удовлетворительном состоянии. В отдаленном периоде у 7 детей, оперированных по поводу перекрута яичка, на контрольном УЗИ отмечалась атрофия яичка с резко сниженным кровотоком.

Заключение. Оптимальным вариантом лечения детей с острыми заболеваниями яичка считаем индивидуальный подход к каждой патологии. Перекрут гидатиды и яичка с некрозом — удаление гидатиды и яичка. При орхоэпидидимите показано консервативное лечение, при образовании гнойного очага — вскрытие и дренирование. Во всех сомнительных случаях — ревизия органов мошонки.

484

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫМИ ИНФИЛЬТРАТАМИ

Мельниченко М. Г., Антонюк В. В.

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Актуальность. В последние годы появилось большое количество публикаций о возможности УЗИ в диагностике осложнений аппендикулярного перитонита. По данным литературы чувствительность УЗИ при диагностике острого аппендицита и его осложнений составляет 75–94%, специфичность 86–100%.

Цель исследования: изучить возможности ультразвукового обследования детей с послеоперационным инфильтратом брюшной полости.

Пациенты и методы. Проведен анализ эффективности ультразвукового обследования 151 пациента с послеоперационным инфильтратом брюшной полости в отделении гнойно-септической хирургии областной детской клинической больницы Одессы.

Результаты. Ультразвуковое исследование помогает визуализировать до операции при осложненном аппендикулярном перитоните наличие периаппендикулярных абсцессов I–III для определения лечебной интраоперационной тактики, комплексного лечения и предотвращения развития осложнений в послеоперационном периоде. Поскольку у 2/3 (59,6%) больных с аппендикулярным перитонитом чаще диагностировали послеоперационный инфильтрат брюшной полости на 4–6 сутки, для ранней диагностики послеоперационных инфильтратов брюшной полости оптимальным является проведение ультразвукового исследования брюшной полости на 4-е сутки после операции.

Заключение. Ультразвуковой мониторинг во всех случаях помогал визуализировать стадию ПИИ (рыхлую, плотную, абсцедирования), определять лечебную тактику в зависимости от стадии и контролировать изменения инфильтрата, а определение площади инфильтрата позволяло прогнозировать его исход: абсцедирование ПИИ у больных чаще всего наблюдалось при площади инфильтрата более 40 см².

485

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫМИ ИНФИЛЬТРАТАМИ**Мельниченко М. Г., Антонюк В. В.***Одесский национальный медицинский университет, Украина*

Актуальность. Одним из факторов осложнений при аппендикулярном перитоните у детей является участие большого сальника в формировании воспалительного очага, что составляет 30–35% неотложных лапаротомий.

Цель исследования: повысить эффективность комплексного лечения детей с послеоперационными интраабдоминальными инфильтратами (ПИИ).

Пациенты и методы. 186 детей с ПИИ, которые находились на лечении в отделении гнойно-септической хирургии ОДКБ Одессы. Группу контроля (ГК) составили 97 детей, лечение которых проводилось традиционно. В группу сравнения (ГС) вошло 89 детей, лечение которых проводилось по разработанной комплексной методике с использованием внутриочаговой потенцированной антибиотикотерапии в сочетании с эндоректальным противовоспалительным лечением. Локальные специфические признаки ПИИ не зависели от первичного вмешательства — лапаротомии или лапароскопии. Ведущим признаком при возникновении ПИИ у больных была субъективная и провоцированная боль в животе (152; 81,7%), симптом пальпируемой «опухоли» (152; 81,7%), локализация их достоверно указывала на топику интраабдоминального очага. Раздражение брюшины и «defense musculare» определялись только при абсцедировании ПИИ над местом его локализации, в 2,5 раза чаще справа, чем внизу живота.

Результаты. Использование разработанного комплексного лечения у детей с ПИИ приводило к сокращению времени купирования основных клинических признаков на 5–8 суток при сравнении с ГК, на 6–8 суток уменьшало срок пребывания больных в стационаре. Осложнения у детей с ПИИ в ГС возникали в 4,6 раз реже, чем у больных ГК. Количество осложнений зависит от первичного способа вмешательства: у детей ГС при малоинвазивном вмешательстве осложнений возникло в 2 раза меньше в сравнении с лапаротомией.

Заключение. Проведенный анализ эффективности лечения показал, что предложенное комплексное лечение детей с ПИИ снижало абсцедирование интраабдоминальных инфильтратов в 7,3 раз: абсцедирование возникало у 3,4% детей ГС, а у больных ГК в 24,7%.

486

НЕСТАБИЛЬНЫЕ И ОСЛОЖНЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Мещеряков С. В., Исхаков О. С., Новоселова И. Н., Некрасов М. А.

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

Актуальность. По данным НИИ НДХиТ нестабильные или осложненные повреждения шейного отдела позвоночника у детей составляют 0,2% от всех поступивших с травмами в год.

Цель исследования: проанализировать причины травм, локализацию и характер повреждений у детей с осложненной и нестабильной травмой шейного отдела позвоночника, оценить результаты хирургического лечения.

Пациенты и методы. 106 детей с нестабильной и осложненной позвоночно-спинномозговой травмой (ПСМТ) шейного отдела позвоночника поступили в НИИ НДХиТ за период с 2008 по 2017 гг. Среди них мальчиков было 74, девочек — 32. Средний возраст $13 \pm 4,5$ лет. У 55 (51%) детей были неврологические нарушения.

Результаты. Нестабильные повреждения выявлены в 69% случаев. Оперативное лечение выполнено в 65%. У старших детей с субаксиальными повреждениями выполняли корпорэктомию, декомпрессию спинного мозга передним доступом и корпородез. При переломах зуба С2 позвонка (N = 7) выполнялось наложение гало-аппарата и репозиция и трансдентальная фиксация. У детей младшего возраста при субаксиальных повреждениях (N = 3) оперативное лечение выполняли в объеме, аналогичном для старших детей. В одном случае у младенца отмечена несостоятельность фиксации и миграция металлоконструкции, что потребовало ревизии и удаления фиксирующей системы, и дальнейшей длительной фиксации в жестком и потом мягком головодержателе. Как правило, повреждения краниовертебрального сегмента у детей младшего возраста возникали на фоне аномалии развития (например, синдром Дауна). Летальность составила 2,8%.

Выводы. У подростков травма шейного отдела по механизму и характеру повреждений, а также по хирургической тактике не отличается от взрослых. В младшей возрастной группе преобладают повреждения краниовертебрального сегмента. Анатомия и размер костных структур ограничивают подбор имплантов и метод фиксации. Одним из возможных решений, после устранения сдавления спинного мозга и корешков, является, на наш взгляд, длительное корсетирование краниоцервикального и грудного отделов современными ортезами и контроль оси позвоночника.

487

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ТОЩЕЙ КИШКИ**Мохаммад Башир, Цыбин А. А., Давлицаров М. А., Вайс А. В.***Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д. Я. Ваныкина*

Актуальность. По данным литературы, в РФ инородные тела пищеварительного канала (ИТПК) встречаются ежегодно более чем у 100 000 детей. Одна из самых серьезных опасностей — магниты, за счет значительной силы своего магнитного сцепления.

Цель исследования: представление клинического случая множественных инородных тел (магнитных шариков) в тощей кишке у ребёнка.

Пациенты и методы. В ДХО ТГКБСМП им. Д. Я. Ваныкина 11.11.2017 поступила девочка И., 3-х лет, в состоянии средней тяжести, с позывами на рвоту, слюнотечением, выраженным беспокойством. Дыхание не нарушено, живот мягкий, безболезненный. ОАК и ОАМ от 11.11.17 — без отклонений. Из анамнеза: во время игры около 7:00 проглотила несколько шариков-магнитов. Осмотрена ЛОР-врачом: из ротоглотки удалено 2 магнитных шарика. Для исключения инородных тел пищевода выполнена обзорная Р-гр. грудной клетки — без патологии. Беспокойство ребенка сохранялось. Осмотрена детским хирургом. При обзорной Р-гр. органов брюшной полости визуализируется цепочка инородных тел металлической плотности (17 штук) в проекции выходного отдела желудка. Госпитализирована в ДХО по экстренным показаниям. Выполнена лечебная ФЭГДС: без положительного результата. Проведено динамическое наблюдение. При контрольной обзорной Р-гр. брюшной полости от 12.11.2017 г. визуализируется цепочка фиксированных инородных тел металлической плотности (17 штук) в проекции начального отдела тощей кишки с опасностью сворачивания в кольцо.

Результаты. Операция 13.11.2017 г. лапаротомия трансректальным доступом справа, выпота в брюшной полости нет, на расстоянии около 15 см от связки Трейтца в просвете определяются инородные тела, еюнотомия, удаление инородных тел, еюнография двухрядным швом. Послеоперационный период — без осложнений.

Заключение. Лечебная тактика при ИТПК у детей зависит от их характера, времени попадания в просвет и локализации. Диагностическая обзорная Р-гр. грудной клетки и живота должна проводится одновременно. Раннее удаление ИТПК предотвращает развитие осложнений: фиксации, кишечной непроходимости, перфорации, перитонита.

488

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ У РЕБЕНКА

Мохаммад Башир, Цыбин А. А., Давлицаров М. А., Вайс А. В.

Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д. Я. Ваныкина

Актуальность. Тяжелая сочетанная травма (ТСТ), как частое следствие ДТП, занимает одно из первых мест среди причин летальных исходов у детей.

Цель исследования: демонстрация успешного лечения случая тяжелой сочетанной травмы у ребёнка.

Пациенты и методы. В ДХО ТГКБСМП им. Д. Я. Ваныкина 07.09.2017 г. в 11:13 поступила девочка Б, 14 лет, с диагнозом: сочетанная травма, живот, грудь, таз, голова. На фоне противошоковой терапии, УЗИ и РКТ органов брюшной полости, малого таза, органов грудной клетки и головы выявлены следующие повреждения: закрытая травма живота, разрыв правой почки в области верхнего полюса, правого надпочечника, правой доли печени, гемо- и ретроперитонеум. Оскольчатый перелом ключицы справа. Закрытый перелом 2–6 рёбер справа со смещением 2–3 рёбер. Малый гемопневмоторакс справа, подкожная эмфизема грудной клетки и шеи справа. Перелом правой седалищной кости со смещением отломков, оскольчатый перелом левой лонной кости, правой лонной кости со смещением отломков, перелом крыла подвздошной кости справа. Косопоперечный перелом крестца. Сотрясение головного мозга. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени. Гемотравматический шок 2 степени. Лабораторные исследования показали следующее: ОАК от 07.09.2017 гемоглобин 85 г/л, эритроциты 2.5×10^{12} /л, лейкоциты 12.8×10^9 /л, СОЭ — 9 мм/час, тромбоциты — 182, эозинофилы — 1%, п/я — 17%, с/я — 52, лимфоциты — 26%, моноциты — 4%.

Результаты. Больная в неотложном порядке оперирована под ЭТН. Операция от 07.09.2017 г. срединная лапаротомия, ушивание верхнего полюса правой почки, правого надпочечника, печени. Дренаж брюшной полости и забрюшинного пространства. Дренаж плевральной полости справа, иммобилизация таза положением в позе лягушки. Послеоперационный период протекал гладко, с продленной респираторной поддержкой и противошоковой терапией, гемотрансфузией. Осложнений не было.

Закключение. Своевременная комплексная диагностика и хирургическое лечение позволяют избежать осложнений и неблагоприятных исходов при ТСТ у детей.

489

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ****Мохаммад Башир, Цыбин А. А., Давлицаров М. А., Вайс А. В.***Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени
Д. Я. Ваныкина*

Актуальность. Лазерная терапия занимает прочные позиции в современной медицине. Создание высокоэффективных лазерных установок позволяет использовать методы лазерной терапии при лечении многих заболеваний, в том числе хирургических.

Цель исследования: оценка воздействия лазеротерапии на течение аппендикулярного перитонита у детей.

Пациенты и методы. На базе ДХО ТГКБСМП им. Д.Я. Ваныкина было проведено исследование по оценке эффективности лазерного облучения крови (ЛОК) в комплексном лечении больных с различными стадиями аппендикулярного перитонита за последние 5 лет. В исследование было включено 45 больных в возрасте от 3 до 14 лет. Детям до 12 лет применялось накожное ЛОК, старше 12 лет — внутривенное ЛОК. Курс лечения составлял 5–7 дней.

Результаты. При проведении лазерной терапии положительные сдвиги отмечались с 3–5 суток. Отмечалась положительная динамика в общем состоянии больного в виде значительного снижения температурной реакции, уменьшения признаков интоксикации, улучшения деятельности сердечно-сосудистой системы за счет урежения частоты сердечного ритма и нормализации функции дыхания. Анализ клинико-лабораторных данных показал положительные изменения в анализе крови: увеличение гемоглобина, уменьшение общего количества лейкоцитов, увеличение содержания лимфоцитов, снижение СОЭ. Со стороны ЖКТ — раннее восстановление перистальтики кишечника, отхождение газов и появление самостоятельного стула. Уменьшились сроки заживления ран.

В итоге отмечено, что ЛОК у детей с различными стадиями аппендикулярного перитонита позволило сократить средний срок пребывания в стационаре с 15–17 дней до 10–12.

Заключение. Накожная и внутривенная лазеротерапия повышает эффективность и улучшает результаты комплексного лечения аппендикулярного перитонита у детей.

490

СОЧЕТАНИЕ ЭНТЕРОБИОЗА КИШЕЧНИКА И ГАНГРЕНОЗНО-ПЕРФОРАТИВНОГО АППЕНДИЦИТА У РЕБЕНКА

Мохаммад Башир, Цыбин А. А., Давлицаров М. А., Вайс А. В.

Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи имени Д. Я. Ваныкина

Актуальность. По данным литературы от 17,5 до 27% случаев различных форм аппендицита у детей сопровождается наличием гельминтоза. Локализация, размеры и особенности развития гельминтов подтверждают их роль в развитии хирургического заболевания.

Цель исследования: оценка клинического случая энтеробиоза, как возможной причины гангренозно-перфоративного аппендицита у ребенка.

Пациенты и методы. В приемный покой ТГКБСМП им. Д. Я. Ваныкина 09.04.2017 г. поступил мальчик Я., 12 лет, в состоянии средней тяжести, с жалобами на боли в животе, тошноту, периодическую рвоту, повышение температуры до 39,0°. Болен около 1 суток. Осмотрен детским хирургом. Дыхание не нарушено, живот при пальпации болезненный в правой подвздошной области, там же имеется локальное мышечное напряжение, положительные симптомы раздражения брюшины. Госпитализирован в ДХО с острым аппендицитом. В ОАК изменены показатели СОЭ до 26 мм/час. ОАМ — без патологии. УЗИ органов брюшной полости: деформация желчного пузыря.

Результаты. Операция от 09.04.2017: у основания червеобразного отростка выявлено перфоративное отверстие, через которое выползли 2 гельминта округлой формы, белого цвета, длиной около 5–6 мм (удалены и отправлены на исследование). Аппендэктомия, клиновидная резекция измененного дивертикула Меккеля, вовлеченного в реактивный воспалительный процесс с прядью сальника, резекция участка сальника. Санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период — без осложнений. УЗИ органов брюшной полости от 27.04.2017 г. — деформация желчного пузыря. Инфильтратов нет. Гистологическое исследование: в просвете аппендикса визуально обнаружен гельминт размером около 5–6 мм. Микроскопически в теле гельминта обнаружено большое количество яиц остриц.

Заключение. Гельминтоз (энтеробиоз кишечника) может послужить причиной острого деструктивного аппендицита. Аппендэктомия в данном случае ликвидирует возникшее осложнение. В послеоперационном периоде требуется назначение этиотропного лечения. Всем больным, перенесшим острый аппендицит, необходимо гельминтологическое обследование.

491

**ОТКРЫТЫЕ ПЕРЕЛОМЫ И РАНЫ У ДЕТЕЙ —
СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ****Мукашева Ш. М., Курмангалиев Д. Т., Сагинова Д. А.***Областной центр травматологии и ортопедии имени профессора
Х. Ж. Макажанова, Караганда*

Актуальность. Открытые переломы и раны у детей встречаются редко, однако несут с собой риск развития осложнений и инфекции, поэтому проблемы их лечения требуют тщательного изучения.

Цель исследования: оценка результатов комплексного хирургического лечения ран и открытых переломов у детей.

Пациенты и методы. С 2011 по 2017 гг. в отделении было проведено лечение 87 детей с ранами, что составляет 2,0% от общего числа детей с травмами. Из них мальчиков было 66 (76%), девочек — 21 (24%). 73 пациента имели открытые переломы, 14 — воспалительные осложнения после операции и ишемические некрозы. Больным с переломами проводилась ПХО раны с последующим остеосинтезом перелома. 12 пациентам, из-за обширности повреждения, проводилась обработка ран УЗ-диссектором «Сонока-180», а также вакуум-дренирование ран с последующим их закрытием. Хорошим результатом считалось полное закрытие раны с последующей консолидацией перелома. Удовлетворительным результатом — замедленная консолидация перелома при полном заживлении раны, наличие контрактур. Неудовлетворительным результатом — несращение перелома, незаживление раны. Срок наблюдения 3 года.

Результаты. Переломы предплечья у 45 детей (62%), плеча у 4 (5%), кисти у 2 (3%), бедра у 5 (7%), голени у 14 (19%), стопы у 3 (4%) детей. ПХО со скелетным вытяжением выполнено 5 (7%) больным, 58 (79,5%) — ПХО, закрытая репозиция, МОС (спицы и гибкие гвозди), 4 (5,5%) — ПХО с АВФ и отсроченный МОС, 6 (8%) — ПХО с ВКДО аппаратом Илизарова. В результате лечения у 78 больных (90%) получен хороший результат, у 7 больных (8%) удовлетворительный, у 2 (2%) больных результат неудовлетворительный. Им выполнена ампутация ввиду повреждения сосудисто-нервного пучка.

Закключение. Ранняя стабилизация переломов у детей с использованием остеосинтеза гибкими гвоздями, ВКДО аппаратом Илизарова способствует более раннему заживлению ран и переломов. Своевременная и адекватно выполненная ПХО с использованием ультразвуковой кавитации полостей, а также вакуум-дренирование ран позволяют предотвратить распространение гнойной инфекции.

492

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мусаев Т. С., Алимова Х. П., Толипов Н. Н., Машарипов Ф. А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Переломы длинных трубчатых костей нижних конечностей относятся к тяжелым повреждениям скелета, и их лечение не потеряло свою актуальность у детей и подростков.

Цель исследования: улучшение результатов лечения детей с переломами длинных костей нижних конечностей на основании оптимизации выбора методов лечения.

Пациенты и методы. Работа основана на опыте лечения 315 детей и подростков в возрасте до 18 лет с переломами длинных трубчатых костей нижних конечностей, пролеченных в отделении детской травматологии РНЦЭМП в 2015–2017 гг. Мальчиков было 241 (76,5%), девочек — 74 (23,5%). Наибольшее число пострадавших приходилось на возрастные группы 11–14 лет — 96 (30,5%) и 15–18 лет — 67 (21,3%). Травмы, полученные в результате автотравм, составили 53 (16,8%), кататравм — 13 (4,1%), бытовые травмы — 140 (44,4%), уличные — 109 (34,6%). Консервативные методы лечения проводились в 196 случаях, оперативные — у 119. Из оперированных 22 (18,5%) больных применили малоинвазивный интрамедуллярный остеосинтез эластичными стержнями фирмы «ChM». Оперированным больным накладывались гипсовые лонгеты для покоя и исключения болевого синдрома.

Результаты. Сроки иммобилизации гипсовой лонгетой определяли с учетом характера перелома и возраста от 4 до 6 недель. После чего реабилитация заключалась в проведении ЛФК на поврежденную конечность. При малоинвазивном вмешательстве койко-день составлял от 3 до 5 дней. Результаты лечения были изучены у всех оперированных детей. Хорошие результаты лечения были отмечены у 18 (81,8%), удовлетворительные у 4 (18,2%). Неудовлетворительные результаты не наблюдались.

Закключение. Использование малоинвазивных методов хирургического лечения позволило создать условия для ранней стабилизации и активизации больных. Простота методики применения позволяет шире внедрять ее в практику детской травматологии.

493

ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ**Мыкыев К. М., Омурбеков Т. О., Самсалиев А. Д., Молдоисаев К. Б.***Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи, Бишкек*

Актуальность. На сегодняшний день проблема оперативного лечения эхинококкоза легкого (ЭЛ) у детей еще далека от своего окончательного решения.

Цель исследования: изучить локализации, тактику лечения ЭЛ у детей.

Пациенты и методы. 272 ребенка с ЭЛ, прошедшие лечение в 2006–2016 гг. в ГДКБ СМП. Применялись общеклинические методы, УЗИ, рентгенография грудной клетки, по показаниям КТ, МРТ.

Результаты. Мальчики — 193 (71%), девочки — 79 (29%). В возрасте до 3-х лет было 19 (7%), от 3–7 лет — 68 (25%), от 7–16 лет — 185 (68%) больных. Множественные кисты в легких и сочетанные локализации у 51 (18,8%). Из них изолированная множественная двухсторонняя ЭЛ у 24 (8,8%), у 4 (1,5%) в одном легком. Сочетанные формы у 35 (12,9%), из них солитарные кисты в легких 23 (8,5%). При 2-х стороннем ЭЛ — сочетанная локализация в печени обнаружена у 10; при солитарных кистах ЭЛ в печени — у 21, из них множественные кисты в печени у 7, в селезенке у 1, в средостении у 1, в брыжейке у 1. У 4 пациентов множественным ЭЛ обеих легких и печени обнаружены от 35 до 48 кист, что обоснованно позволило поставить диагноз «Первично-множественный эхинококкоз». Осложнения ЭЛ у 77 (28,3%). У 33 при множественном ЭЛ и печени проведено 50 операций. При правостороннем ЭЛ одномоментно через диафрагму у 6, при локализации в 7,8,6 сегментах печени. Одномоментная эхинококкэктомия с доступами торакотомия и лапаротомия у 8. При 2-стороннем ЭЛ, оперировали, т.к. наблюдалась активизация роста кист в контралатеральном легком, и подтверждается рентгенологически. Остаточные полости ушивали «поэтажными узловыми швами», предотвращающие деформации легкого. У 112 применялись «миниторакотомия, минилапаротомия», что содействовало благоприятному восстановлению детей в послеоперационный период.

Заключение.

1. При сочетанных поражениях используем термин «Первично-множественный эхинококкоз».
2. Множественная изолированная форма ЭЛ наблюдался у 8,8%, осложненные формы ЭЛ у 28,3%.
3. У 38,7% сочетанной форме ЭЛ и печени применяли «миниторакотомия, минилапаротомия».

494

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ С СОЧЕТАНЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЦНС (ГИДРОЦЕФАЛИЯ, SPINA BIFIDA APERTA)

Нганкам Л., Румянцева Г. Н., Горнаева Л. С., Османова Э. М.

Детская областная клиническая больница, Тверь

Актуальность. По данным литературы врожденный порок развития ЦНС *Spina bifida aperta* приходится на 5 детей из 10 000 живорожденных. У 30% этих детей данный порок развития сочетается с гидроцефалией.

Цель исследования: улучшение результатов лечения новорожденных, у которых сочетаются гидроцефалия и *Spina bifida aperta*.

Пациенты и методы. На базе нейрохирургического отделения ДОКБ г. Твери с 2014 г. по декабрь 2017 г. было пролечено 28 детей в периоде новорожденности с пороком развития ЦНС *Spina bifida aperta*. Среди пролеченных детей было 19 мальчиков и 9 девочек. В 10 случаях целостность оболочек мозговой грыжи была нарушена, что проявлялось обильной ликвореей. Всем детям выполнено оперативное лечение (иссечение грыжевого мешка, пластика дефекта) в первые сутки после рождения. У 11 оперированных детей спинальный дизрафизм сочетался с врожденной гидроцефалией. Этой группе детей оперативное лечение проводилось комбинированно в один этап: сначала вентрикулоперитонеостомия, а затем пластика спинномозговой грыжи. Такая комбинация являлась профилактикой ликворных фистул в области послеоперационной раны на спине (что снижает риск менингита, энцефалита). Предварительно выполненной вентрикулярной пункции определялись цитоз, геморражликвора. Противопоказаниями для вентрикулоперитонеостомии являлись: содержание белка в ликворе более 2 г/л, наличие эритроцитов более 500 в 1 мл.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде шунт-инфекций не отмечалось. Катамнез оперированных детей составляет от 3 месяцев до 3 лет. У 1 ребенка через 3 месяца после операций выявилась дисфункция шунтирующей системы. Все дети в послеоперационном периоде продолжают наблюдаться нейрохирургом амбулаторно.

Заключение. Новорожденным, у которых имеется сочетание гидроцефалии и *Spina bifida aperta*, возможно одномоментное комбинированное оперативное лечение (вентрикулоперитонеостомия, иссечение и пластика спинномозговой грыжи) с минимальным риском вентрикулита, шунт-инфекции, что улучшает качество жизни ребенка.

495

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ**Нестеров С. В., Иванов М. В., Александров С. В.***Детская городская больница № 2 св. Марии Магдалины, Санкт-Петербург*

Актуальность. У детей встречается большая группа чрезмыщелковых переломов плечевой кости со смещением (до 60 случаев в год). Из них наибольшую сложность представляют Т-образные переломы со смещением, требующие оперативного лечения.

Цель исследования: показать эффективность одного из методов оперативного лечения Т-образных переломов плечевой кости, рекомендованного Ассоциацией Остеосинтеза (АО/ASIF).

Пациенты и методы. представлено 10 случаев оперативного лечения Т-образных чрезмыщелковых переломов за 15 лет у детей от 12 до 17 лет. После подготовки всем детям произведена операция — открытая репозиция из заднего доступа с использованием винтов, спиц, пластин.

Результаты. Ранний послеоперационный период протекал благоприятно у всех детей. Иммобилизация производилась по стандартным срокам (1,5 мес). Выписка на 10–14 день. После снятия гипса до полного восстановления движений проводились лечебная физкультура и массаж. Удаление металлоконструкции производилось поэтапно (спицы через 4 недели, винты через 4–6 месяцев). Сроки послеоперационного наблюдения — до 2 лет. Во всех случаях отмечались хорошие анатомические и функциональные результаты.

Заключение. Проанализировав результаты лечения, считаем, что используемый метод оперативного лечения Т-образного перелома из заднего доступа является приоритетным.

496

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Огарков И. П., Цап Н. А., Калинин М. А., Чукреев В. И., Рокина Л. В.,
Нишневич Е. В., Салемьянов А. З., Страхов А. А., Мерсаидова К. И.

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург
Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург*

Актуальность. Аневризма селезеночной артерии (АСА) стоит на втором месте после аневризмы брюшной аорты. Описаны случаи этого заболевания у молодых девушек и женщин. АСА протекает бессимптомно, диагностируется лишь при возникновении осложнения (кровотечения).

Цель исследования: представить опыт лечения желудочного кровотечения, обусловленного пролежнем аневризмы селезеночной артерии.

Пациенты и методы. Пациентка 17 лет поступила с клиникой желудочного кровотечения: рвота большим количеством крови, головокружение, потеря сознания. Состояние тяжелое, кожа бледная, видимые слизистые, бледно-розовые, Hb — 54 г/л, Eг — 1,74, L — 13,2, АД — 90/50. На ФГС обнаружена язва в верхней трети тела желудка на задней стенке диаметром 12 мм без продолжающегося кровотечения. На консервативной терапии состояние стабилизировалось. Затем с интервалом в 10–12 дней возникает 2 и 3 эпизоды массивного желудочного кровотечения.

Результаты. При четвертом рецидиве кровотечения принято решение об оперативном лечении. Выполнена срединная лапаротомия, гастротомия, ушивание язвы желудка. Послеоперационный период без осложнений, но на 7 сутки пятый эпизод рецидива кровотечения с показателями: Hb — 59 г/л, Eг — $2,49 \times 10^{12}$ /л. На ФГС: язвенный дефект прежних размеров, тенденции к заживлению нет. В ГКБ № 40 девочке выполнена КТ-ангиография сосудов брюшной полости, выявлена АСА с пролабиранием стенки аневризмы в просвет желудка (совпадает с язвенным дефектом, выявленным ранее на ФГС). Проведена эндоваскулярная эмболизация аневризмы. Гемостаз эффективен, продолжающегося кровотечения нет. Через неделю возникает шестой эпизод тяжелого кровотечения с геморрагическим шоком. Экстренно выполнена эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии проксимальнее и дистальнее аневризмы, кровотечение остановлено. В последующем язвенный дефект стенки желудка эпителизировался.

Закключение. Аневризма селезеночной артерии с пролапсом в заднюю стенку желудка — редкий и опасный источник желудочного кровотечения. Поиск и устранение его возможно при выполнении рентгенохирургического вмешательства.

497

**ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ПЕРИТОНИТА И ДЕБЮТА САХАРНОГО ДИАБЕТА****Окунев Н. А., Окунева А. И., Солдатов О. А., Кемаев А. Б., Буданова М. А.***Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева, Саранск*

Актуальность. Перитонит часто встречающаяся патология в детской хирургии. Довольно часто именно перитонит является манифестацией сахарного диабета, и чем выше степень декомпенсации данного состояния, тем более бурно развивается хирургическая клиника. Достоверных критериев постановки диагноза сахарный диабет у детей при наличии клиники острого живота в настоящее время нет. Определение уровня гликемии крови не дает возможности дифференцировать «стрессовую» гипергликемию от истинной гипергликемии при манифестации диабета.

Цель исследования: продемонстрировать случай, отражающий данную проблему.

Пациенты и методы. ребенок Р,4 лет, поступил в ДРКБ г. Саранска с клиникой острого живота: боль в животе постоянного характера, многократная рвота, повышение температуры тела до 37,5 С. Со слов мамы ребенок болен с 08.09.16 г., усиление болевого синдрома 10.09.16 г., доставлен бригадой скорой мед. помощи. Состояние средней тяжести за счет симптомов интоксикации. Живот напряжен, симптомы раздражения брюшины положительные. В анализе крови: Le до $27,2 \times 10^9$ /л. УЗИ брюшной полости: реактивные изменения в печени, селезенке, увеличение и деформация желчного пузыря. Диагностическая лапароскопия: патологических процессов в брюшной полости, которые могли бы привести к синдрому «острого живота» не выявлено. В отделении интенсивной терапии уровень глюкозы крови составил 30,82 ммоль/л.

Результаты. Состояние расценено как манифестация сахарного диабета, ребенок переведен в отделение эндокринологии. После проведения дообследования выставлен клинический диагноз: Сахарный диабет, I тип, тяжелое течение, стадия декомпенсации. Кетоацидоз. Ребенок выписан с улучшением.

Заключение. При возникновении симптомов «острого живота», сопровождающихся гипергликемией, необходимо проведение диагностической лапароскопии, т. к. только она может исключить наличие хирургической патологии. Также с целью дифференцировки «стрессовой» гипергликемии от «истинной» при сахарном диабете можно рекомендовать определение уровня гликированного гемоглобина (HbA1C).

498

МАГНИТНЫЕ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА В ОБЩЕЙ ЧИСЛЕННОСТИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. ЭНДСКОПИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Окунева А. И., Солдатов О. М., Окунев Н. А., Перова Н. А., Фадеева Т. А.

Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева, Саранск

Актуальность. Инородные тела ЖКТ в детском возрасте встречаются часто из-за стремления детей познать жизнь, не осознавая опасности своих действий.

Цель исследования: оценить результаты эндоскопического исследования при инородных телах ЖКТ у детей от 0 до 14 лет за 2016–2017 гг.

Пациенты и методы. За 2016–2017 гг. в хирургическом отделении ГБУЗ ДРКБ г. Саранска проведено 2573 эндоскопических исследования, из них 124 — с подозрением на инородное тело в ЖКТ.

Результаты. Больные распределены по половой принадлежности: мальчики — 72 (58,06%), девочки — 59 (47,58%); по месту жительства: городской округ — 92 (74,1%), село — 32 чел. (25,08%); по возрастной категории: от 0 до 3 лет — 85 (68,5%), от 3 до 7 лет — 30 (24,19%), старше 7 лет — 9 (7,25%). По локализации: в желудке у 50 (65,8%), в пищеводе у 25 (32,9%), в носовом ходу у 1. Инородные тела представлены: монета в 40 (52,63%) случаях; множество монет в 7 (9,21%); детали детского конструктора в 3 случаях; игла в 1; зуб в 1; металлический шар в 2; ювелирные изделия: крест в 1, золотое кольцо в 1, медальон в 1; рыбная кость в 2; колпачок от ручки в 1; металлическая гайка в 1; фрагмент воздушного шарика в 1; изделия из пластика в 2; булавка от значка в 1; металлическая «заколка-невидимка» в 1. Выявлены магниты в 4 (5,2%) и батарейка в 5 (6,57%) случаях. Для уточнения диагноза проводилось рентгенологическое обследование. После извлечения инородного тела, при обнаружении осложнений, детям проводилось противовоспалительное лечение и контроль эндоскопической картины в хирургическом отделении. При эндоскопическом исследовании ЖКТ наличие инородного тела было подтверждено у 76 (61,3%). Осложнения были выявлены у 2 (2,63%) детей с инородным телом — батарейками (электрический ожог II–III степени).

Заключение. Эндоскопические методы исследования целесообразно использовать во всех предполагаемых случаях наличия инородного тела в ЖКТ. Данное исследование позволяет быстро поставить клинический диагноз и дать точную оценку (место локализации инородного тела, прочность фиксации, структуру и размер инородного тела), а также провести лечебные мероприятия.

499

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ**Отамурадов Ф. А., Дусалиев Ф. М., Нурмаматов Д. С.***Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан*

Актуальность. Несмотря на значительные достижения детской хирургии, процент неудовлетворительных результатов после хирургического лечения аноректальных аномалий остается высоким, а частота заболевания не имеет тенденции к снижению.

Цель исследования: оптимизация методов диагностики и повышение результатов хирургического лечения аноректальных аномалий у детей.

Пациенты и методы. На клинических базах кафедры детской госпитальной хирургии ТашПМИ обследованы 330 детей с аноректальными пороками развития в возрасте от 1 дня до 15 лет. Среди них: мальчиков было 162 (49%), девочек — 168 (51%).

Результаты. Сроки выполнения хирургических вмешательств зависят от многих условий, однако, в этом плане мы придерживаемся разработанных в клинике принципиальных ориентаций. В первые 1–2 часа после госпитализации оперируем детей с простой низкой формой атрезии прямой кишки, выполняя промежностную проктопластику. В первые 1–2 суток после госпитализации в экстренном порядке накладываем колостому детям, что обусловлено неблагоприятным соматическим фоном или возникшими осложнениями основного или сопутствующих пороков развития, а также атрезией прямой кишки с ректотуретральным, ректовезикальным, ректовагинальным свищами. При клоакальных формах накладывалась колостома как первый этап реконструктивной операции. Через 1–2 месяца после наложения колостомы производим радикальную операцию с сохранением или закрытием колостомы.

Заключение. Осуществление основного этапа корригирующей операции в период новорожденности или в раннем грудном возрасте обладает несомненными преимуществами. Предпочтительна одноэтапная хирургическая тактика в соответствии с принципом максимального радикального вмешательства, но отсроченного по времени. Оптимальными сроками для корригирующих операций при свищевых формах атрезии прямой кишки считаем возраст от 3 до 6 месяцев.

500

ЭКСТРЕННАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ У ДЕТЕЙ В ПОЛЕВЫХ ФОРМИРОВАНИЯХ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ

Петлах В. И., Васильев В. П.

Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», Москва

Актуальность. Проблема диагностики острых хирургических заболеваний особенно актуальна в условиях полевых госпиталей.

Цель исследования: обобщить опыт применения лапароскопии у детей в условиях чрезвычайных ситуаций.

Пациенты и методы. Экстренная лапароскопия (ЭЛ) была выполнена 27 детям, находившимся на лечении в полевом многопрофильном госпитале (ПМГ) ВЦМК «Защита» в 1995 г. в г. Грозном и в полевом педиатрическом госпитале (ППГ) в Гудермесском районе (2001–2002 гг.). Возраст больных варьировал от 3 до 15 лет. ЭЛ выполнялась набором инструментов немецкой фирмы MGB без монитора. Лапароскопию выполняли, когда на основании клинической картины, лабораторного, рентгенологического и ультразвукового исследований не удалось исключить острое хирургическое заболевание (или повреждение) органов брюшной полости.

Результаты. Чаще всего ЭЛ использовали в диагностике острого аппендицита (16), причем в 6 наблюдениях удалось избежать ненужной операции. При закрытой травме живота (6) у 2 больных повреждения абдоминальных органов были исключены, а 4 своевременно оперированы. Пострадавший с тяжелой сочетанной минно-взрывной травмой при ранении брюшной стенки также избежал лапаротомии. Из 3 девочек с гинекологической патологией одна была оперирована по поводу разрыва кисты яичника, а две другие с апоплексией яичника лечились консервативно. У больного с клинической картиной перитонита при лапароскопии выявлен прорыв эхинококковой кисты печени в брюшную полость. У 8 больных были выполнены манипуляции (удаление жидкости, установка дренажей, разведение и рассечение спаек). Осложнений и летальности в данной группе больных не было.

Закключение. В условиях полевого госпиталя применение экстренной лапароскопии у детей позволило в сжатые сроки решить сложные диагностические и тактические вопросы. Несмотря на небольшое число наблюдений, следует рекомендовать ее к более широкому использованию при наличии соответствующего оборудования и подготовленных специалистов.

501

**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ
РАНЕНИЯМИ ГОЛОВЫ****Петросян А. А., Горинов Е. О., Алюкова Е. С., Калинин М. А.***Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург*

Актуальность. Огнестрельная ЧМТ у детей в последние десятилетия становится актуальнейшей проблемой в нейротравматологии. Связано это с учащением локальных военных конфликтов, терроризмом, криминализацией общества, наркоманией, ростом насилия, распространением огнестрельного оружия.

Цель исследования: представить опыт лечения детей с огнестрельной черепно-мозговой травмой.

Пациенты и методы. Мальчик (2 года 1 месяц) дома получил выстрел в голову из травматического пистолета «Оса». Доставлен бригадой СМП на ИВЛ в состоянии крайней тяжести, кома II ст. Имеется рана в височно-теменной области слева размерами 6×3 см, со следами пороховых газов (ожог кожи с вкраплениями пороха). Диффузное кровотечение из раны. Выполнена КТ в неотложном порядке: оскольчатые переломы височной и теменной костей слева, геморрагический ушиб, разможжение вещества головного мозга, инородные тела (костные фрагменты и пуля) височной, теменной и затылочной областей слева, деформация цистерн основания головного мозга.

Мальчик (15 лет) произвел выстрел себе в ротовую полость из охотничьего ружья. В клинику доставлен бригадой ЦМК в тяжелом состоянии на ИВЛ, ШКТ 9 баллов, кома II. Заключение КТ головного мозга: проникающее ранение черепа, оскольчатый перелом левой теменной кости, верхней челюсти и решетчатой кости слева. Геморрагический ушиб левой лобной и теменной доли. ВЖК. Пневмоцефалия. Инородные тела (костные фрагменты, фрагменты пули).

Результаты. В экстренном порядке проведена операция: установка интрапаренхиматозного датчика ВЧД. Показатели ВЧД были 24–28 мм рт. ст., начата инфузия маннитола. За 15 минут динамического наблюдения отмечается повышение ВЧД до 35 мм рт. ст., в связи с чем были выставлены показания для операции: бифронтальная декомпрессивная трепанация черепа, ревизия раневого канала, удаление инородных тел, пластика ТМО. Оба ребенка выздоравливают, проходят этапы хирургической реабилитации.

Заключение. Огнестрельная ЧМТ у детей — редкая и сложная патология, требующая междисциплинарного подхода и индивидуального решения при выполнении оперативного вмешательства.

502

ВЛИЯНИЕ ГЕМОПЕРИТОНЕУМА НА ОБРАЗОВАНИЕ СПАЕК В УСЛОВИЯХ НЕПОВРЕЖДЕННОЙ БРЮШИНЫ (ЭКСПЕРИМЕНТ)

Пикало И. А., Подкаменев В. В.

Иркутский государственный медицинский университет

Актуальность. Повреждение паренхиматозных органов брюшной полости у детей сопровождается гемоперитонеумом. В свою очередь, наличие крови в полости брюшины нередко является основным показанием для операции, так как многие полагают, что кровь служит фактором спайкообразования.

Цель исследования: определить влияние крови в полости брюшины (без ее повреждения) на образование спаек.

Пациенты и методы. Исследование выполнено на 18 кроликах-самцах породы Шиншилла массой тела 2,5–3 кг под общим обезболиванием. Все манипуляции проводились в асептических условиях. Опыты на животных выполнялись в соответствии с правилами гуманного обращения с животными, которые регламентированы и утверждены в приказах МЗ СССР № 742 и № 48, а также основывались на положениях Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации. С целью создания экспериментальной модели животным выполнялся забор крови из периферической вены в объеме 10% ОЦК, и эта кровь вводилась в брюшинную полость с помощью инъекции. Животные выводились из эксперимента на 1-е, 3-е, 10-е, 20-е, 30-е сутки. Анализ гистологического материала проводился на микроскопе OlympusBX 51 при увеличении 10, 40 и 100. Использовали окраску гематоксилин-эозин и гематоксилин Вейгерта (по Ван-Гизону).

Результаты. При макроскопическом осмотре спаяк в брюшной полости обнаружено не было. При микроскопии в первые сутки наблюдали адгезию форменных элементов крови к брюшине в виде тяжа. На третьи сутки форменные элементы фрагментированы, в брюшине заметны скопления лейкоцитов. На десятые сутки на поверхности брюшины никаких изменений нет, в самой брюшине единичные лейкоциты. На двадцатые и тридцатые сутки брюшина не отличается от нормы. При окраске всех препаратов по Ван-Гизону наличие соединительной ткани не обнаружено.

Заключение. Экспериментальное исследование доказывает, что излившаяся кровь в полость брюшины при повреждении паренхиматозных органов у детей не вызывает в дальнейшем спайкообразования и спайочной кишечной непроходимости, что создает благоприятные условия для неоперативного лечения этой группы пациентов.

503

РЕДКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Поддубный И. В., Рябов А. Б., Трунов В. О., Козлов М. Ю., Щербакова О. В., Топилин О. Г., Мордвин П. А., Малащенко А. С., Копылов И. В., Манукян С. Р., Гурзо Ю. Д.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Актуальность. Развитие непроходимости желудочно-кишечного тракта может быть обусловлено как врожденными пороками, так и приобретенными состояниями, в частности, наличием спаечного процесса в брюшной полости.

Цель исследования: проанализировать результаты лечения детей с редкими заболеваниями, вызывающими непроходимость желудочно-кишечного тракта.

Пациенты и методы. В Морозовской ДГКБ за период с 2012 по 2017 год наблюдалось 76 детей с острой и хронической непроходимостью различных отделов ЖКТ. У 2 детей причиной непроходимости были новообразования желудка, у 3 — лимфангиома брыжейки тонкой кишки, у 6 — гамартомные полипы тонкой кишки, у 9 — новообразования в тонкой и толстой кишке с развитием кишечной инвагинации, у 26 — стриктуры подвздошной кишки и у 17 — стриктуры толстой кишки на фоне течения болезни Крона. У 2 детей обнаружены гигантские ювенильные полипы толстой кишки, у 2 — заворот сигмовидной кишки, у 3 — новообразование пресакрального пространства. У 3 детей причиной инвагинации были вентральные грыжи. В 3 случаях у детей пубертатного возраста с рецидивирующей частичной кишечной непроходимостью были выявлены признаки мальротации кишечника.

Результаты. 12 детей (15%) было оперировано в экстренном порядке в связи с явлениями острой непроходимости ЖКТ. Остальные пациенты оперированы в плановом порядке после дообследования. В 23 случаях (31%) операции были выполнены из эндоскопического или видеоассистированного доступа. Течение послеоперационного периода определялось объемом хирургического вмешательства. В 2 случаях отмечалось развитие осложнений: 1 — несостоятельность тонко-толстокишечного анастомоза, 1 — хилоперитонеум на фоне лимфорреи.

Закключение. Таким образом, возможности применения эндохирургического доступа при редких заболеваниях, вызывающих непроходимость желудочно-кишечного тракта у детей, могут быть обусловлены как объемом поражения, так и нозологией заболевания, возрастом ребенка.

504

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНОЙ ЛИМФАНГИОМЫ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У РЕБЕНКА 1 ГОДА 7 МЕСЯЦЕВ

Поддубный И. В., Рябов А. Б., Трунов В. О., Козлов М. Ю., Топилин О. Г., Манукян С. Р., Мордвин П. А., Твердов И. В.

Морозовская детская городская клиническая больница, Москва

Актуальность. Частая локализация патологии — лицо, шея (75%) и подмышечная область (20%), менее чем в 1% случаев средостение. По данным литературы радикальным способом лечения является хирургический, однако имеет место высокая частота рецидивов (25%).

Цель исследования. Клинический случай лечения лимфангиомы сложной анатомической локализации у девочки 1 г. 7 мес.

Пациенты и методы. Родители ребенка обратились в приемное отделение МДГКБ с жалобами на повышение температуры и осиплость голоса. При осмотре пальпируется объемное образование. При УЗИ обнаружено кистозное образование по боковой поверхности шеи справа, размерами 86×52×45 мм, объемом до 100 мл. По данным КТ массивное объемное образование мягких тканей шеи справа, неправильной формы, неоднородной плотности с четкими ровными контурами, распространяющееся в область верхнего средостения, смещая верхнюю долю правого легкого, сосудистый пучок, пищевод, трахею, щитовидную железу.

Результаты. Ребенок оперирован: при ревизии мягких тканей шеи выявлена многокамерная лимфангиома, распространяющаяся от угла нижней челюсти до верхней апертуры клетки. Общая сонная артерия и внутренняя яремная вена проходят в составе лимфангиомы, магистральные сосуды, правая доля щитовидной железы, трахея отделены от опухоли без повреждения. Выполнена торакоскопия справа в условиях односторонней вентилиции. Правое легкое отведено вниз, вскрыта медиастинальная плевра в проекции лимфангиомы, опухоль отделена от плечеголовной вены и перемещена через верхнюю апертуру грудной клетки на шею. Образование удалено в пределах здоровых тканей. Послеоперационный период протекал без осложнений, самостоятельное дыхание на вторые послеоперационные сутки. Ребенок переведен из ОРИТ на 4 п/о сутки, получал антибактериальную, гемостатическую, инфузионную терапию. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на 16 п/о сутки.

Заключение. Данное наблюдение отражает сложности диагностики, выбора способа лечения, трудности хирургического вмешательства при лимфангиоме сложной анатомической локализации.

505

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШОК У ДЕТЕЙ**Подкаменев В. В., Шарапов И. С., Пикало И. А., Михайлов Н. И.***Иркутский государственный медицинский университет*

Актуальность. Инвагинация кишок наиболее частая форма приобретённой кишечной непроходимости у детей. Обращает внимание увеличение рецидивирующих форм инвагинации кишок, нередко с многократными эпизодами рецидива.

Цель исследования: изучение демографических и клинических особенностей инвагинации кишок у детей.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 268 пациентов с инвагинацией кишок за период с 2006 по 2016 гг.

Результаты. В возрасте до года поступили 16,4% детей, от 1 года до 3 лет — 55,2%, от 3 до 7 лет — 26,5% и в возрасте до 7 лет — 1,9% детей. В сроки до 12 часов от начала заболевания поступили 76,1% детей, от 12 до 24 часов — 13,1% и после 24 часов — 10,8%. Диагноз у всех пациентов был поставлен на основании абдоминальной ультрасонографии. При этом у 178 (66,4%) детей в инвагinate визуализированы увеличенные лимфатические узлы. Рецидив наблюдался у 39 (14,5%) детей. Около 70% детей имели рецидив инвагинации в течение 6 месяцев после лечения. Выявлены различия в частоте рецидивов инвагинации кишок после консервативной и хирургической дезинвагинации (17,8% против 2,5%) ($p < 0,026$). Патологические образования кишечника выявлены у 3 (7,7%) из 39 пациентов с рецидивом инвагинации по сравнению с 3 (1,3%) из 229 пациентов без рецидива инвагинации ($p < 0,05$). Консервативное лечение рецидивирующей инвагинации выполнено у 59,0% детей, и у 41% потребовалось хирургическое лечение. При этом лапароскопическая дезинвагинация проведена у 15 (38,5%) детей. Лапароскопическая и резекция дивертикула Меккеля выполнена у 2 детей. Лапаротомия и резекция тонкой кишки в связи с её удвоением была выполнена у ребёнка 4-х лет. Тяжелые осложнения и летальность за последние 10 лет отсутствовали.

Закключение. Наблюдается увеличение числа детей с инвагинацией кишок, особенно в возрасте старше года. Мальчики болеют в 2,5 раза чаще девочек. Частота рецидивов инвагинации кишок составляет 14,5%. Повторная инвагинация ассоциируется с патологическими образованиями кишечника и возрастом старше года.

506

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Полухов Р. Ш., Магамедов В. А., Ахундов С. Ф.

Азербайджанский медицинский университет, Баку

Актуальность. Врожденный гипертрофический пилоростеноз (ВГП) является одной из основных причин непроходимости желудка у детей. Постоянная рвота, являющаяся основным симптомом больных с ВГП, в короткие сроки приводит к дегидратации, потере хлоридов и развитию метаболического алкалоза. С этой точки зрения, своевременное хирургическое лечение больных с пилоростенозом имеет очень большое значение.

Цель исследования: сравнительная оценка результатов хирургического лечения ВГП традиционным открытым и лапароскопическим методом.

Пациенты и методы. 46 больных с ВГП, леченных хирургическим методом в период с 2010 по 2017 годы на базе клиники Детской хирургии АМУ. Средний возраст больных составлял $5,2 \pm 0,66$ недель. 37 больных (I группа) оперированы традиционным открытым методом, у 9-ти детей (II группа) была произведена лапароскопическая пилоромиотомия.

Результаты. Средняя продолжительность операции в I группе составила 34 минуты и 24 минуты — во II группе. Оперативное вмешательство осложнилось перфорацией слизистой желудка у 2-х больных I группы, при том, что у больных II группы интраоперационных осложнений не наблюдалось. Энтеральное питание у больных I группы начиналось через 8 ± 2 часа, во II группе через 6 ± 1 час после операции ($p < 0,05$). У больных II группы послеоперационное обезболивание было продолжительным более чем в 2 раза, по сравнению с больными I группы. Количество койко-дней в I группе составило 8 ± 2 дня, во II группе 3 ± 1 день, соответственно.

Закключение. Анализ ближайших результатов хирургического лечения ВГП показал, что лапароскопическая пилоромиотомия является менее травматичной по сравнению с открытым оперативным вмешательством. Более раннее начало ввода энтерального питания, сокращение сроков пребывания в стационаре при лапароскопическом методе, является его неоспоримым преимуществом и дает право рекомендовать лапароскопическую миотомию, как метод выбора при ВГП.

507

**БЛОК ПОЧКИ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
В НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ****Поляков П. Н., Александров С. В., Крицук В. Г., Жарова Н. В., Кашин А. С.***Детская городская больница № 2 св. Марии Магдалины, Санкт-Петербург*

Актуальность. Количество пациентов детского возраста с мочекаменной болезнью неуклонно растет. В практике детского хирурга встречается состояние, связанное с блокированием оттока мочи из почки (блок почки) и требующее оказания неотложной помощи.

Цель исследования: определить показания к срочному обследованию и лечению при подозрении на блок почки путем анализа историй болезней пациентов, поступивших с почечной коликой.

Пациенты и методы. 296 пациентов за период с 2012 по 2017 гг., у всех при поступлении клинически диагностирована почечная колика.

Результаты. При установлении диагноза почечной колики выполнялась обзорная рентгенограмма органов брюшной полости, УЗИ почек и мочевыделительных путей. Всем пациентам с МКБ выполнена КТ органов брюшной полости с контрастированием. На этапе приемного отделения диагноз МКБ установлен у 35 пациентов. У 10 пациентов диагноз был установлен после проведения КТ. У 5 пациентов конкременты визуализированы не были, однако состояние было трактовано как спонтанное отхождение конкремента. Таким образом, МКБ как клинический диагноз установлен у 50 пациентов с почечной коликой (17%). У каждого второго пациента с МКБ выявлен блок почки, что потребовало экстренного вмешательства (всего — 25 пациентов). При этом полный блок почки не был установлен у 7 пациентов в первые сутки от госпитализации, что связано с отсутствием настороженности хирургов в плане этого состояния в первые годы исследования. Пациентам в срочном порядке проведено оперативное лечение: в 15 случаях удалось установить мочеточниковый стент, 5 пациентам была выполнена нефростомия, трём — срочная пиелолитомия, двум — срочная уретеролитотомия. У всех пациентов в результате вмешательства удалось восстановить отток мочи от заинтересованной почки.

Закключение. Пациенты с почечной коликой должны быть обследованы для исключения блока почки. Наличие блока почки требует экстренного отведения мочи. Методом выбора является малоинвазивное вмешательство — стентирование мочеточника или пункционная нефростомия.

508

ТЯЖЕЛАЯ ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, ВЫЗВАННАЯ ГИДРОГЕЛЕВЫМИ ШАРИКАМИ, В ПРАКТИКЕ РЕАНИМАТОЛОГА

Потанина Ю. В., Острейков И. Ф., Никитин В. В.

Детская городская клиническая больница имени З. А. Башляевой, Москва

Актуальность. Инородные тела желудочно-кишечного тракта у детей младшего возраста являются частой причиной обращения к врачу, а также причиной госпитализации и проведения оперативного вмешательства. Своевременное выявление инородного тела, его локализации, характера, а так же оценка нанесенного и потенциального вреда для детского организма является важным условием для оказания своевременной и качественной медицинской помощи маленьким пациентам.

Быстрое развитие торгово-промышленной индустрии приводит к появлению все новых бытовых аксессуаров и детских игрушек. Попадая в пищеварительный тракт ребенка, они вызывают значительные затруднения при определении характера и локализации инородного тела. К таким предметам относятся малоизвестные гидрогелевые шарики.

Цель исследования: представление практического опыта диагностики и лечения тяжелой острой кишечной непроходимости у детей, вызванной гидрогелевыми шариками.

Пациенты и методы. 11 пациентов были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии в 2017 г. на базе ДГКБ им. З. А. Башляевой.

Результаты. Всем 11 была произведена лапаротомия, 4 — иссечение участка тонкой кишки с наложением анастомоза, 2 — иссечение участков тонкой и толстой кишки с наложением анастомозов, 1 — выполнена релапаротомия. Минимальный период нахождения в отделении реанимации и интенсивной терапии составил 3 дня, максимальный — 19 дней. Средняя продолжительность 6,34 дня. 2 детям потребовалось проведение продленной ИВЛ, 6 — парэнтерального питания.

Закключение. Повышение информированности врача имеет огромное значение. Особенно, в условиях отсутствия анамнестических данных, невозможности полноценного опроса маленьких пациентов, нечеткости клинической картины и отсутствия специфических признаков. Это важно при формировании быстрого диагностического алгоритма, а так же значительно уменьшает объем медицинского вмешательства и сроки пребывания в стационаре.

509

ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ**Пшениснов К. В., Александрович Ю. С., Кольцов М. А., Козубов М. Ю.***Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет*

Актуальность. Тяжелая сочетанная травма является одной из основных причин летальных исходов у детей, в тоже время, имеются лишь единичные исследования, посвященные анализу объемов инфузионной терапии и выбору инотропных и вазопрессорных агентов у детей с тяжелой сочетанной травмой.

Цель исследования: изучить особенности гемодинамической поддержки у детей с тяжелой сочетанной травмой.

Пациенты и методы. 150 детей. Средний возраст 9 (4–14) лет. Мальчиков было 102 (68%), девочек — 48 (32%). В 50% случаев имела место автотравма, в 20% — кататравма и в 30% — травма была связана с несчастными случаями и недосмотром родителей. Оценка по шкале Pediatric trauma score (PTS) была равна 6,4 (4,2–8,6) балла. Средняя длительность пребывания в ОРИТ составила 3 (2–7) суток, длительность ИВЛ $48 \pm 99,9$ часов, а длительность пребывания в стационаре 24 (15–32) дня. Летальность составила 2,6%.

Результаты. Дотация жидкости у детей с тяжелой сочетанной травмой в первые 12 часов пребывания в ОРИТ составил 76,9% от физиологической потребности, а на третьи и пятые сутки она достигла 100%. Гемодинамическая поддержка в первые сутки пребывания в ОРИТ потребовалась лишь 19,3% пациентов. На третьи сутки лечения она была необходима лишь 11% детей. Для инотропной поддержки чаще всего использовали дофамин, который был назначен 25 (19,3%) пациентам. Растворы адреналина и норадреналина применялись лишь у пациентов с поражением позвоночника и спинного мозга. Доза дофамина составила 5 (5–10) мкг/кг/минуту, адреналина — 0,2 (0,05–0,3) мкг/кг/минуту, а норадреналина — 0,25 (0,1–0,6) мкг/кг/минуту.

Закключение.

1. Дотация жидкости в объеме физиологической потребности в первые трое суток лечения в ОРИТ не оказывает негативного влияния на течение сочетанной травмы.
2. Дофамин является препаратом первой линии для инотропной поддержки у детей с тяжелой сочетанной травмой.
3. Адреналин и норадреналин с целью коррекции гемодинамических нарушений использовались лишь у пациентов с тяжелым повреждением позвоночника и спинного мозга.

510

УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Пшеничный А. А., Бабич И. И., Малхасян Ж. Г., Аванесов М. С., Юнак Л. Н., Косолапов А. В., Новиков К. А., Оконова Ц. С.

Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону

Актуальность. Синдром фиксированного спинного мозга сопровождается различные формы спинальных дизрафий. В сущности, он характеризуется сочетанием нарушений чувствительности, слабостью в нижних конечностях, тазовыми нарушениями, трофическими и другими расстройствами. Хирургическая коррекция данного синдрома зачастую является сложным, многоэтапным оперативным лечением.

Цель исследования: повышение объективности оценки результатов хирургического лечения детей с синдромом фиксированного спинного мозга.

Пациенты и методы. В ходе исследования нами было пролечено и обследовано 62 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 11 лет, из них 30 мальчиков и 32 девочки. Повторные оперативные вмешательства были проведены 27 детям (43,5% от общего количества пролеченных детей). Хирургическая коррекция проводилась по разработанному нами способу, позволяющему повысить эффективность лечения за счет снижения частоты послеоперационных осложнений. Также всем детям производилось уродинамическое исследование до оперативного лечения, после первичного и после повторного хирургического лечения.

Результаты. Средний возраст обследуемых детей составил $5,59 \pm 0,69$ лет. Основную роль в прогнозе исходов лечения уделяли оценке частоты послеоперационных осложнений и уродинамическому исследованию после операций. Проведя статистический анализ полученных данных нам удалось достоверно установить, что у всех исследуемых пациентов после повторных операций отмечается увеличение максимального объема мочевого пузыря в среднем с $91,86 \pm 14,2$ мл до $152,2 \pm 27,5$ мл, а также увеличение объема остаточной мочи с $44 \pm 6,8$ мл до $48,3 \pm 6,6$ мл ($\chi^2 = 5.961$; $p < 0,05$). Послеоперационные осложнения отмечались у 3 детей, что составляет порядка 4,8%.

Закключение. Успешное лечение детей с синдромом фиксированного спинного мозга зависит не только от адекватной хирургической коррекции синдрома, но также и от проведения тщательного мониторинга оценки клинических проявлений в пред- и послеоперационном периоде.

511

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ И СПИННО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**Пшеничный А. А., Юнак Л. Н., Матвиенко В. И., Аванесов М. С.***Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону*

Актуальность. Черепно-мозговая и спинно-мозговая травмы у детей являются одними из основных причин смертности, инвалидизации, возникновения тяжелых неврологических и психических расстройств.

Цель исследования: улучшение исходов тяжелой нейротравмы.

Пациенты и методы. В Ростовской области на базе нейрохирургического отделения детям проводилось лечение, основывающееся на мультидисциплинарном подходе ведения пациентов. Проведен анализ случаев, исследована эффективность комплексного метода и начала ранней реабилитации у детей с тяжелой нейротравмой за период с 2015 по 2017 гг. Проанализировано 693 истории болезни детей, перенесших нейротравму различной степени тяжести (оценивались по ШКТ, шкале Рэнкин, ШРМ). Тяжелую травму получил 81 ребенок, из которых 79 детей прооперировано. Методика ранней нейрореабилитации заключалась в проведении постуральной коррекции, кардиотренировке, кинезиотейпировании и нейромедиаторной терапии. После стабилизации кардио-респираторных показателей проводилась лечебная гимнастика (пассивная, пассивно-активная), ранняя вертикализация, Войта-терапия, Кабат-терапия и ЛГ по методу сенсорной интеграции. Детям, перенесшим декомпрессивную краниотомию в наиболее ранние сроки, выполнена краниопластика. Весь период нейрореабилитации проводились занятия с психологом: исследование высших психических функций, коррекционные мероприятия с использованием упражнений по устранению когнитивного дефицита, работа с эмоционально-личной сферой.

Результаты. При выписке состояние больных оценивалось по расширенной шкале исходов Глазго. Хорошее восстановление и легкие нарушения отмечались у 63 детей, получивших специализированную нейрохирургическую помощь и нейрореабилитацию в ранние сроки травмы.

Заключение. Своевременное специализированное нейрохирургическое лечение и ранняя реабилитация, комплексный подход нейрохирурга, невролога, психолога и врача ЛФК в лечении тяжелой нейротравмы позволяют ускорить процесс восстановления, компенсировать нарушенные функции организма, снизить инвалидизацию и улучшить качество жизни пациентов.

512

ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКИХ ДОЗ АТЕНОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕАНГИОМ

Романов Д. В., Горбатова Н. Е., Брылеева А. А., Сафин Д. А.

Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва

Актуальность. Атенолол (кардиоселективный бета-блокатор) с 2014 года применяется для лечения осложненных форм младенческих гемангиом (МГ). Рекомендуемая дозировка атенолола составляет от 1 до 2 мг/кг в день.

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности перорального приема препарата Атенолол в низкой дозировке для лечения младенческих гемангиом.

Пациенты и методы. С 2016 по 2017 гг. в ДГКБ св. Владимира (г. Москва) прошли лечение 244 ребенка со сложными формами МГ. Для лечения использовался атенолол в дозе 0,5 мг/кг в день. Всем пациентам перед лечением проводилось комплексное обследование: фотографирование гемангиом, кардиологическое обследование (ЭКГ, эхокардиография, Холтер, измерение артериального давления), определение уровня глюкозы в крови, ультразвуковое исследование с доплером. Терапия применялась пациентам в возрасте от 1 недели до 1,5 лет. Из них мальчиков было 67 (27,5%), девочек — 177 (72,5%). МГ были расположены: в области головы и шеи у 109 (44,6%) пациентов; в области туловища у 51 (20,98%); в области конечностей у 41 (16,8%); множественные МГ (до 5 гемангиом) у 30 (12,3%) пациентов; гемангиоматоз (более 5 гемангиом) у 11 (4,5%) детей; гемангиомы печени у 2 (0,82%) пациентов.

Результаты. Назначение перорального атенолола проводилось в дозе 0,5 мг/кг массы тела в день. Средняя продолжительность терапии составила 4,5 месяца. Доза делилась на две равные части и давалась каждые 12 часов. Частота положительного ответа для пациентов с МГ, получавших атенолол, составляла 98% (диапазон 82–100%). Нарушения дыхания и сна на фоне терапии не выявлены. Снижение уровня глюкозы в крови у пациентов не наблюдалось. Серьезные побочные эффекты были редкими (симптоматическая гипотензия у двух пациентов и симптоматическая брадикардия в одном случае).

Закключение. Результаты исследования подтверждают терапевтическую эффективность и безопасность применения атенолола в низкой дозировке у пациентов со сложными формами младенческих гемангиом.

513

**ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ KINESIO TAPE У ДЕТЕЙ
С СОСУДИСТЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ****Романов Д. В., Сафин Д. А., Брылеева А. А.***Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва*

Актуальность. Применение малоинвазивного хирургического лечения (склерозирования) сосудистых мальформаций у детей сопровождается отеком мягких тканей и развитием болевого синдрома. Применение фиксирующих и давящих повязок не решает в полной мере этих проблем.

Цель исследования: разработка метода кинезиотейпирования (Kinesio Tape) области склерозирования сосудистых мальформаций для уменьшения отека и болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Пациенты и методы. В ДГКБ св. Владимира с 2016 по 2017 гг. прооперировано 50 детей с сосудистыми мальформациями, проведено склерозирование патологических сосудов. 32 ребенка (64%) находились на лечении с диагнозом венозная мальформация, 11 (22%) с венозно-лимфатической мальформацией и 7 (14%) с лимфатической мальформацией. Мальформации располагались: в области головы у 24 (48%) пациентов, в области нижних конечностей у 11 (22%), шеи у 10 (20%), верхних конечностей у 3 (6%), туловища у 2 (4%). На операционном столе по завершении операции на область склерозирования накладывались 1–2 кинезиотейпа Rock Tape в виде «веера» с не менее чем пятью «пальцами» в положении лимфокоррекции (крест-накрест с 10% натяжением). Лента переклеивалась на 3-й день после операции, на 5-й день на область склерозирования накладывался кросстейп. Во время лечения проводились фоторегистрация и УЗИ для оценки динамики отека в области операции.

Результаты. С введением кинезиотейпов в протокол лечения детей с сосудистыми мальформациями в раннем послеоперационном периоде снизилась выраженность отека в области операции (в сравнении с применением давящей повязки), укоротились сроки разрешения отека мягких тканей (в среднем за 1–3 дня), и уменьшился болевой синдром как по интенсивности, так и по длительности (в среднем длительность составила 5–8 часов). Детям в послеоперационном периоде не требовалось назначение анальгетиков.

Заключение. Использование кинезиотейпов позволяет уменьшить отек мягких тканей в области склерозирования, снижает интенсивность и длительность болевого синдрома.

514

ЭКСПРЕСС ТЕСТЫ КАК МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Романова Е. А., Дьяконова Е. Ю., Намазова-Баранова Л. С., Яцык С. П., Тимофеев И. В., Бекин А. С., Хроленко П. В.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Современные условия жизни ставят перед нами задачи по совершенствованию ведения детей на догоспитальном этапе и ранней дифференциальной диагностики абдоминального болевого синдрома. Внедрение новых методик приводит к улучшению качества оказания медицинской помощи.

Цель исследования: определить роль лабораторных экспресс-тестов в дифференциальной диагностике острых болей в животе на догоспитальном этапе.

Пациенты и методы. Проведен анализ врачебных заключений у детей, обратившихся за помощью к педиатру с жалобами на боль в животе, тошноту, рвоту, повышение температуры тела, жидкий стул в отделение неотложной педиатрии с группой анестезиологии — реанимации ФГАУ «НМИЦЗД» МЗ РФ за период с января 2015 г. по декабрь 2017 г.

Результаты. За исследуемый период с жалобами на боль в животе, тошноту, рвоту, повышение температуры тела, жидкий стул обратилось 195 детей. После клинического обследования всем проведены лабораторные экспресс-тесты на ротавирус и аденовирус (определение антигенов в фекалиях иммунохроматографическим методом). У 138 (70,6%) пациентов тест был положительный, что коррелировало с клинической картиной, и диагноз кишечная инфекция не вызывал сомнений. У 57 (29,4%) детей тест был отрицательный, что послужило причиной осмотра хирургом и проведения дополнительных методов обследования. Из этой группы 12 детей (21%) были госпитализированы в хирургический стационар с направляющим диагнозом «Острый аппендицит» и прооперированы. Из анамнеза этих детей известно, что ранее они обращались в службу скорой медицинской помощи с болью в животе, при осмотре диагноз острой хирургической патологии был исключен. У остальных 45 (79%) детей острая хирургическая патология исключена, выставлен диагноз острая вирусная инфекция с кишечным синдромом и проведена консервативная терапия под наблюдением участкового педиатра.

Заключение. Согласно проведённому анализу, применение лабораторных экспресс-тестов на догоспитальном этапе играет важную роль в своевременной постановке диагноза и снижения количества необоснованных оперативных вмешательств.

515

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ**Романова Л. Е.***Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург*

Актуальность. Травма находится на первом месте среди причин смерти у детей старше одного года. Особенности клинического течения, такие как атипичная симптоматика, синдром «взаимного отягощения» вызывают трудности в оценке тяжести состояния и диагностике повреждений.

Цель исследования: провести анализ летальности у детей с тяжелой сочетанной травмой по данным ОАР ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга.

Пациенты и методы. Истории болезни 30 погибших пациентов с тяжелой сочетанной травмой от 1 года до 17 лет, находившихся в ОАР в период с января 2010 по декабрь 2017 гг. включительно.

Результаты. Доминировали две причины сочетанных травм: кататравма 56,7% (17) и ДТП 40% (12). В структуре сочетанных повреждений тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) отмечалась у всех погибших. Травма шейного отдела позвоночника у 23,3% (7), повреждение грудной клетки и ее органов у 70% (21), повреждение органов брюшной полости и внутрибрюшное кровотечение диагностировано у 53,3% (16), повреждение костей таза у 33,3% (10), повреждения конечностей у 70% (21), у 33,3% (10) имелась позвоночно-спинальная травма. Чаще всего встречалось сочетание ТЧМТ, повреждения органов грудной клетки и конечностей в 13,8% (4). Летальный исход наступал в разные сроки. В первые сутки погибли 9 пациентов (30%), причины смерти травматический шок, жировая эмболия легких, отек головного мозга. С 3 по 7 сутки умерло 9 детей (30%). Причины смерти: жировая эмболия легких и сосудов головного мозга, отек — набухание головного мозга, вторичные внутримозговые кровоизлияния, пневмония, полиорганная недостаточность (ПОН). Через 7 суток умерло 12 детей (40%), причины смерти: сепсис, ПОН, пневмония, перитонит, панкреонекроз, отек-набухание головного мозга, вторичные внутримозговые кровоизлияния и некроз головного мозга.

Закключение. Высокая сосредоточенность на потенциально тяжелом поражении головного мозга приводит к недооценке тяжести повреждения других органов и систем, приводя в ряде случаев к декомпенсации, а также большому количеству осложнений и высокой летальности.

516

СПАЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ: ЧТО ТРЕБУЕТ ИЗМЕНЕНИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ?

Рубцов В. В., Цап Н. А., Огарков И. П.

*Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург
Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург*

Актуальность. Спаечная болезнь брюшины и спаечная кишечная непроходимость — звенья единой «защитной» патофизиологической цепи разной степени развития адгезивного процесса, проявляющиеся в различные сроки после оперативных вмешательств, воспалительных заболеваний, травм брюшной полости. Спаечная непроходимость кишечника среди всех видов кишечной непроходимости составляет от 35 до 75%.

Цель исследования: оценка уровня распространённости и особенностей лечения спаечной непроходимости кишечника у детей, перенёсших неотложное оперативное вмешательство.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 90 детей, проходивших лечение в клинике детской хирургии с 2013 по 2017 гг. с диагнозом кишечная непроходимость. Возраст пациентов включал детей от 6 месяцев до 18 лет. Частота встречаемости среди мальчиков была незначительно выше, чем у девочек. Группы больных сформированы по признаку нозологии: спаечная непроходимость, спаечная болезнь кишечника, странгуляционная непроходимость, динамическая непроходимость.

Результаты. Причинами возникновения плоскостных спаек в виде штрангов послужили травмы органов брюшной полости, перитонит, опухоли, пороки развития желудочно-кишечной системы. При разных видах непроходимости консервативная терапия начиналась у всех пациентов и была безуспешна в 53,8% случаев. При оперативном лечении в 80% случаев была выполнена лапаротомия в связи с трудностями полноценной ревизии брюшной полости и адекватной оценки изменений кишки при лапароскопическом доступе. Кишечная непроходимость была устранена (чаще адгезиолизис). Послеоперационный период протекал без хирургических осложнений, дети получали противоспаечную терапию.

Закключение. Закономерный процесс спайкообразования в абдоминальной хирургии требует мер воздействия в ранний послеоперационный период по стимуляции адгезиолизиса, что предупреждает развитие осложненных форм спаечной непроходимости кишечника. При неэффективности консервативных мероприятий, при клинике перитонита важна своевременность оперативного лечения по устранению спаечной непроходимости.

517

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА У ДЕТЕЙ**Румянцева Г. Н., Бревдо Ю. Ф., Трухачев С. В., Светлов В. В.,
Буровникова А. А.***Тверской государственный медицинский университет
Детская областная больница, Тверь*

Актуальность. Спонтанный пневмоторакс в экстренной детской торакальной хирургии является одной из самых актуальных проблем. До настоящего времени частота рецидивирующего течения после консервативного лечения составляет до 50%.

Цель исследования: оценка эффективности компьютерной томографии и торакоскопического доступа в лечении больных со спонтанным пневмотораксом.

Пациенты и методы. В хирургическом отделении ДОКБ г. Твери с 2005 по 2016 гг. находились на лечении 24 пациента: 21 мальчик и 3 девочки в возрасте от 11 лет до 17 лет. Дети поступали в отделение по экстренным показаниям в сроки от 1 до 10 суток от начала заболевания. У 18 пациентов пневмоторакс локализовался справа, у 6 слева. Диагноз устанавливался по обзорной Rg-грамме и КТ органов грудной клетки, которое позволяло выявить причину спонтанного пневмоторакса — наличие субплевральных булл, с локализацией чаще всего на верхушке легкого. Детям при поступлении в 22 случаях выполнено дренирование плевральной полости по Бюлау. У 2-х пациентов дренирование не проводилось (имелся ограниченный пневмоторакс). В дальнейшем, 18 детям выполнена видеоторакоскопия, резекция измененного участка легкого, либо аргоновая коагуляция булл. У 4 пациентов после обнаружения причин, вызвавших пневмоторакс, проведены миниторакотомия и атипичная резекция легкого. У всех детей выполнялся плевродез различными способами, в последние годы, с применением аргоновой коагуляции.

Результаты. КТ легких во всех, кроме 1 случая, позволило обнаружить причины заболевания. У 2 неоперированных больных отмечался рецидив пневмоторакса, в последующем пациенты оперированы торакоскопическим доступом. В 2 случаях отмечался рецидив после торакоскопического лечения, пациенты оперированы повторно торакоскопическим путем.

Заключение. Детям со спонтанным пневмотораксом необходимо проведение КТ грудной клетки. Видеоторакоскопия высокоэффективный метод выявления и лечения спонтанного пневмоторакса. Для предотвращения рецидива заболевания обязательным условием служит выполнение плевродеза.

518

РОЛЬ ЭХОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

Румянцева Г. Н., Казаков А. Н., Юсуфов А. А., Бревдо Ю. Ф.

Детская областная клиническая больница, Тверь

Актуальность. По-прежнему остается актуальным выбор метода диагностики и лечебной тактики по оказанию помощи детям с инвагинацией кишечника (ИК).

Цель исследования: улучшение диагностики и результатов лечения ИК с применением эхографии и неоперативной дезинвагинации методом гидроэхоколоноскопии (ГЭС).

Пациенты и методы. 71 ребенок с ИК, получавший лечение с 2014 г. по 2017 г. на базе ГБУЗ ДОКБ г. Твери. Возраст от 3 мес до 12 лет. Мальчиков было 46, девочек — 25. Инвагинация у всех детей была илеоцекальная.

Результаты. Эхографическая визуализации патогномичных симптомов «мишени» и «псевдопочки» достоверно подтверждала диагноз ИК у всех детей. Чаще инвагинат лоцировался в правом подреберье — у 44 детей, реже в левом — у 7, в правом мезогастрii — у 16 пациентов и в 4 случае в левом. Левостороннее расположение инвагината свидетельствовало о давности заболевания более 24 часов. При поперечном сканировании определялся диаметр, ширина периферической части, выраженность слоев, четкость наружного контура, наличие образований, а также оценка кровотока кишечной стенки методом ЦДК. Из 71 ребенка, которым была выполнена ГЭС, успешное расправление ИК достигнуто у 63 (88,7%) детей. У 8 (11,3%) детей расправить инвагинат не удалось. В 2 случаях был некроз подвздошной кишки, потребовавший выведения илеостомы. У 6 пациентов причиной ИК явилась органическая патология (аденома, кистомы, дивертикул Меккеля, удвоение кишки), которая в 4 случаях Большинство инвагинатов расправлено легко, с первой попытки. Только в 1 случае, потребовалось повторное введение раствора, так как при эхографии выраженный отек стенки слепой кишки создавал ложное впечатление неполной дезинвагинации.

Закключение. Использование эхографии в диагностике и лечении инвагинации позволяет достоверно диагностировать заболевание, исключает лучевую нагрузку, а также имеется возможность установить причину инвагинации (мезаденит, органическая патология и т. д.), что в последующем определяет лечебную тактику. Метод ГЭС технически прост, неинвазивен и безопасен.

519

**ОСЛОЖНЕНИЯ ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ
ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ
ГИДРОНЕФРОЗОМ****Румянцева Г. Н., Карташёв В. Н., Аврасин А. Л., Бурчёнкова Н. В.,
Медведев А. А.***Тверской государственный медицинский университет*

Актуальность. В последнее время для коррекции врожденного гидронефроза в комплексном лечении применяются малоинвазивные эндоскопические методики: бужирование и стентирование прилоханочно-го сегмента мочеточника.

Цель исследования: анализ результатов применения катетеров-стентов у детей с гидронефрозом.

Пациенты и методы. Стентирование, как самостоятельный метод лечения, применен 17 пациентам, среди них дети до года — 7. В качестве предоперационной подготовки перед уретеропиелопластикой стентирование применено 27 детям, в послеоперационном периоде 24 пациентам. Длительность стояния катетера-стента составила от 1 до 3 месяцев. Использовались стенты с закрытым и открытым почечными концами. Контроль за проходимостью проводился с использованием УЗИ МВС на 1–3 сутки после установки катетера-стента, через месяц, перед и после его удаления. Всем детям с эндоурологическими вмешательствами для предупреждения активизации хронического воспалительного процесса осуществлялась антибактериальная терапия в пред- и послеоперационном периодах, устанавливался уретральный катетер на 5–7 дней, назначался препарат Ксидифон для профилактики инкрустации стента.

Результаты. Стентирование применено 69 детям 87 раз. В качестве самостоятельного метода 18 раз, перед уретеропиелопластикой 31 раз, после — 37 раз. Осложнения зафиксированы в виде нарушений проходимости стента через 1–2 месяца — в 7 случаях с возникновением почечной колики, расширением ЧЛС по УЗИ, что явилось показанием в 2 случаях для удаления, в 5 для замены. Обострений пиелонефрита у 12 детей; колонизаций стента бактериями разнообразной флоры у 18 пациентов; ПМР у 11 из 14 обследованных с обострением пиелонефрита у 5 детей; миграции стента — в одном случае.

Заключение. Внутреннее дренирование верхних мочевых путей является неотъемлемой частью комплексного лечения гидронефроза у детей. Оно применяется как самостоятельный метод лечения, а также в качестве предоперационной подготовки и в послеоперационном ведении. Самым частым осложнением является пиелонефрит, вызванный нарушением проходимости и возникновением ПМР.

520

ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ. ОСЛОЖНЕНИЕ ГАНГРЕНОЗНО-ПЕРФОРАТИВНОГО АППЕНДИЦИТА У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ

**Румянцева Г. Н., Портенко Ю. Г., Юсуфов А. А., Горшков А. Ю.,
Марченко А. А., Михайлова С. И.**

Детская областная клиническая больница, Тверь

Актуальность. Течение деструктивных форм аппендицита у детей младшей возрастной группы, особенно у пациентов с сопутствующей патологией, ставит порой перед детским хирургом трудные тактические задачи.

Цель исследования: показать на клиническом примере трудности подходов к хирургическому лечению деструктивного аппендицита у пациента младшей возрастной группы, имеющего в анамнезе тяжелую сопутствующую патологию.

Пациенты и методы. Мальчик 2 лет поступил в отделение гнойной хирургии ДОКБ г. Твери через 2 суток от начала заболевания с клиникой деструктивного аппендицита. Годом ранее перенес гемолитико-уремический синдром (ГУС) на фоне инфекционного гастроэнтероколита. Проходил лечение в ДГКБ св. Владимира г. Москвы. В настоящее время имеется нефропатия после ГУС.

Результаты. Пациенту выполнена лапароскопическая аппендэктомия с санацией брюшной полости. Выставлен диагноз гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого гнойно-фибринозного перитонита. Ранний послеоперационный период проходил в РАО и в последующем, спустя 10 дней, осложнился формированием подпеченочного абсцесса. Из лапароскопического доступа выполнено вскрытие, санация и дренирование подпеченочного абсцесса. Несмотря на проводимую антибиотикотерапию, у ребенка зафиксировано развитие токсико-септического состояния, подъема температуры до фебрильных цифр. На КТ через 7 суток выявлены признаки полисегментарной пневмонии и вновь формирующийся гнойник, располагающийся подпеченочно. Сменена и усилена антибиотикотерапия (комбинация сульзонцеф и линезолид), а также под масочным наркозом проведена пункция абсцесса, санация его полости раствором антибиотика под контролем УЗИ, что способствовало, в последующем, выздоровлению пациента.

Заключение. Применение малоинвазивных хирургических операций с использованием антибиотиков резерва с учетом чувствительности микрофлоры при лечении деструктивных форм аппендицита позволяет добиться успеха у сложных пациентов младшей возрастной группы.

521

**ФИЗИОТЕРАПИЯ КАК КОМПОНЕНТ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
У ДЕТЕЙ С МЕТАЭПИФИЗАРНЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ (МЭО)****Румянцева Г. Н., Сергеечев С. П., Портенко Ю. Г., Михайлова С. И.,
Горшков А. Ю., Петруничев В. В.***Детская областная клиническая больница, Тверь*

Актуальность. МЭО продолжает оставаться распространенным гнойно-септическим заболеванием в детском возрасте, составляя 6–10% всей гнойно-септической патологии. Последствия ортопедических осложнений от 3 до 6%.

Цель исследования: доказать необходимость использования физиотерапии в ранней реабилитации пациентов с МЭО.

Пациенты и методы. Обработан архивный материал отделения гнойной хирургии ДОКБ г. Твери с 2005 по 2015 гг. на примере 64 историй болезней детей до 3-х лет.

Результаты. Пациенты были разделены на 2 группы: I гр., получавшие физиолечение ($n = 47$; 70,3%). II гр. — физиотерапия не проводилась ($n = 19$; 29,6%). При отсутствии противопоказаний, наряду с базисным медикаментозным лечением, физиотерапию начинали в остром периоде заболевания как после проведенного оперативного лечения ($n = 27$; 63%), так и при консервативном ведении. Применялось: УВЧ-терапия (15–30 Вт), УФО, ЭЛФ (1,5–2 мА), магнитотерапия, инфракрасное лазерное излучение (80 Гц). Клиническое выздоровление пациентов I группы (отсутствие жалоб, температурной реакции, воспалительных изменений в пораженной конечности), наступало на 4–5 суток раньше, чем во II группе. Среди больных I группы отмечалось соответствие купирования явлений диспротеинемии и нормализации уровня СРБ с клинико-рентгенологическими критериями выздоровления. Ортопедические осложнения после перенесенного МЭО (дистензионный вывих бедра, частичный дефект шейки бедренной кости, деформация шейки бедренной кости) у пациентов I группы не встречались.

Заключение. Применение физиотерапии в остром периоде МЭО в комплексном лечении заболевания способствует ранней реабилитации пациентов и позволяет предотвратить возникновение нежелательных ортопедических последствий в будущем.

522

ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

Румянцева Г. Н., Щелоченкова Т. Д., Сергеечев С. П., Горшков А. Ю.,
Бурченкова Н. В.

Тверской государственный медицинский университет

Актуальность. Физическое развитие является одним из важнейших показателей здоровья растущего организма. Уровень нутритивной обеспеченности играет важную роль в саморазвитии и самоподдержании патологического процесса (принцип патоаутокинеза).

Цель исследования: изучение особенности трофического статуса детей, перенёсших острый гематогенный остеомиелит (ОГО), с помощью общедоступных антропометрических параметров и расчётных индексов.

Пациенты и методы. Изучен трофический статус у детей с ОГО — 15 чел. (группа I). Контрольная группа — 20 соматически здоровых детей (группа II). Для оценки физического развития использовался массово-ростовой индексы Рорера (ИНр), Пинье и Вервека. Измерены окружности верхних и нижних конечностей, определена толщина кожно-жировой складки с помощью калипера по методу Durnin-Womersly в четырёх стандартных точках.

Результаты. У детей I группы в течение 1 года после перенесённого острого гнойного воспалительного процесса, выявлены нарушения нутритивной обеспеченности. При этом клинико-лабораторные и инструментальные показатели указывали на разрешение воспалительного процесса. Получены достоверные различия по значениям окружностей верхних и нижних конечностей, что обусловлено медленным приростом мышечной массы. Статистически значимых различий толщины кожной складки угла лопатки, паховой области в исследуемых группах получено не было. Индекс Рорера в группе I был ниже $10,7 \text{ кг/м}^3$, значения индекса Пинье находились в диапазоне 21–25, что соответствует низкому физическому развитию. При оценке индекса Вервека в I группе выявлена долихоморфия.

Телосложение детей контрольной группы соответствовало гармоничному.

Закключение. Несмотря на клинико-лабораторное выздоровление после перенесённого ОГО, наблюдается снижение нутритивной обеспеченности организма ребёнка, что необходимо учитывать при реабилитации данной группы пациентов. Определение трофического статуса с помощью антропометрических характеристик и индексов позволяет оценить динамику восстановления детей после тяжёлых воспалительных заболеваний.

523

СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ**Русак П. С.***Национальная медицинская академия последиplomного образования
имени П. Л. Шупика, Украина**Житомирская областная детская клиническая больница, Украина*

Актуальность исследования связана с большим процентом повторных оперативных вмешательств, проблемами диагностического характера.

Цель исследования: осветить проблемные вопросы спаечной кишечной непроходимости.

Пациенты и методы. В работе обобщен опыт обследования и лечения 183 больных, госпитализированных в ЖОДКБ с подозрением на спаечную болезнь брюшины (СББ) в период 2001–2014 гг.

Результаты. Дети с подозрением на СББ в 76,5% госпитализированы впервые, 12% во 2-й, 11% в 3-й раз. Мальчиков было 107 (58,5%), девочек — 76 (41,5%). Обследования: у 81 ребенка (44%), диагноз исключен. Среди прооперированных: поздняя спаечная непроходимость (СН) наблюдалась у 75,5%, ранняя СН у 24,5%. Абдоминальный болевой синдром наблюдался у всех больных. При острой СН во всех случаях болевой синдром был резко выражен, при хронической у 52,6%. Рвота наблюдалась у 76,5% больных, нарушения отхождения газов у 58,8%, вздутие живота у 37,3%, задержка стула у 40,2%. Патогенетические симптомы были характерны для ранней диагностики кишечной обструкции в 63% случаев, при хронической в 12,5%. РГ признаки острой и хронической СН разные: нарушения проходимости кишечной трубки при острой форме наблюдалась в 83%, при хронической — в 47%. Признаки внутрикишечного накопления жидкости и газов при острой форме наблюдалось у 91%, при хронической у 6,8%. Информативность УЗИ картины — в 40% случаев. Лапароскопия проведена в 67,2% (78 детей): 31 ребенку, как один из этапов диагностики, 47 — лапароскопический адгезиолизис. Конверсия была у 6 больных (9,6%) обусловлена выраженным спаечным процессом, что привело к кровотечению — у 1, ожогу серозной оболочки толстой кишки — у 1, перфорации кишечника — у 2, кровотечению сосудов сальника — у 2.

Заключение. При определении тактики обследования и лечении СКН необходимо учитывать все патогенетические симптомы, т.к. ни один из них в 100% не наблюдается в клинической картине; лапароскопия при подозрении на СКН выполняет как диагностическую, так и лечебную роль.

524

РАННЯЯ ЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Сварич В. Г.

Республиканская детская клиническая больница, Сыктывкар

Актуальность. Реабилитационные мероприятия являются важнейшим завершающим этапом полной коррекции болезни Гиршпрунга у детей для достижения нормальных показателей качества жизни.

Цель исследования: разработка системы послеоперационных реабилитационных мероприятий у детей с различными формами болезни Гиршпрунга.

Пациенты и методы. На лечении в хирургическом отделении находились 346 пациентов с различными формами болезни Гиршпрунга. Всем пациентам проведена этапная реабилитационная терапия.

Результаты. Исходный дооперационный уровень показателей объективных методов исследования и показатели качества жизни были снижены у пациентов со всеми формами болезни Гиршпрунга. В ближайшем послеоперационном периоде до проведения реабилитационной терапии данные показатели у всех форм заболевания несколько улучшились по сравнению с предоперационным уровнем. После проведения курса реабилитации показатели повысились практически до нормы, вновь снизившись к следующему этапу реабилитации, но оказались выше исходного уровня. Исходя из этого, временной промежуток между курсами реабилитации и их наполняемость были подобраны таким образом, чтобы на каждый этап реабилитации пациент являлся с более высоким уровнем показателей объективных методов исследования и показателей качества жизни, нежели тот, с которым он приходил на предыдущий этап. Это позволило получить устойчивый возрастающий положительный тренд результатов реабилитации.

Заключение. Предлагаемая схема ранней этапной реабилитационной терапии позволяет значительно улучшить работу дистального отдела пищеварительного тракта и ликвидировать ограничивающие жизнедеятельность клинические проявления у детей, оперированных по поводу болезни Гиршпрунга.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛИТРАВМЫ У ДЕТЕЙ**Синица Н. С., Кравцов С. А., Агаларян А. Х., Обухов С. Ю., Малев В. А.***Центр реабилитации, охраны здоровья шахтеров, Ленинск-Кузнецкий*

Актуальность. Показатели смертности от травм у детей в Российской Федерации составляет 10,7 на 100 тыс населения. Политравма является наиболее опасным, жизнеугрожающим повреждением детского организма характеризуется наиболее высокой летальностью пострадавших (от 5 до 15%). Основными её причинами являются дорожно-транспортные происшествия.

Цель исследования: показать возможности интегративного подхода в диагностике и лечении у ребенка с политравмой на клиническом примере.

Пациенты и методы. После ДТП ребенок доставлен в лечебное учреждение второго уровня. Состояние ребенка было расценено как тяжелое. Так как состояние больного оставалось тяжелым, для дальнейшего лечения он был переведен в многопрофильное лечебное учреждение — травмоцентр первого уровня. Следует отметить, что на этом этапе была достаточно характерная ошибка недооценена степень тяжести повреждений и тяжести состояния пострадавшего. В 25–30% смертельных случаях исходы пострадавших могут быть предотвращены в том случае, если используется единый подход к оценке полученной травмы. По шкале ISS (Injury Severity Score) подсчет: травма грудной клетки (ушиб легкого, перелом ребер, перелом ключицы) = 9 баллов, перелом костей таза = 9 баллов, перелом костей правого предплечья = 4 балла; итого 22 балла. Оценка 16–24 балла: состояние тяжелое, вероятность летального исхода более 20%. Ребенок транспортирован в травмоцентр первого уровня, через 26 часов после травмы (а не впервые 24 часа) уточнен диагноз: Политравма. Закрытая травма грудной клетки. Разрыв правого купола диафрагмы. Разрыв нижней доли правого лёгкого. Закрытый перелом 9, 10, 11 ребер справа. Перелом подвздошной и седалищной кости справа. Перелом левой ключицы. Перелом обеих костей правого предплечья. Травматический шок III.

Результаты. Выписан из учреждения в удовлетворительном состоянии через 40 суток.

Заключение. Единый подход к оценке характера травмы и своевременные диагностические и лечебные мероприятия позволили добиться хорошего результата.

526

**НЕОБЫЧНЫЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО
ПЕРИТОНИТА С ИНВАЗИЕЙ БЫЧЬЕГО ЦЕПНЯ
(TAENIARHYNCHUS SAGINATUS)**

Склярова Е. А., Гисак С. Н., Вечеркин В. А., Птицын В. А., Баранов Д. А.

Областная детская клиническая больница № 2, Воронеж

Актуальность исследования обусловлена повышенным риском летального исхода данной патологии.

Цель исследования: представить клинический случай.

Пациенты и методы. Пациентка 26.11.1999 г.р., находилась на обследовании и лечении в БУЗ ВО ОДКБ № 2 г. Воронежа с 06.06.17 г. по 10.07.17. Диагноз: Острый гангренозно-перфоративный аппендицит. Диффузный гнойный перитонит. Ранняя послеоперационная спаечная непроходимость кишечника. Левосторонняя нижнедолевая пневмония. ДН 0-1. Гидроторакс. Гельминтоз. Ребенок поступил в экстренном порядке на 3 сутки после операции, выполненной в ЦРБ г. Лиски, с картиной непроходимости. Из анамнеза выяснено, что девочка жаловалась на боли в нижних отделах брюшной полости.

Результаты. 03.06.17 г. выполнена операция: аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. В связи с осложнениями в послеоперационном периоде переведена в ОРиТ ДХО 06.06.17. В результате проведенного интенсивного лечения непроходимость удалось разрешить консервативно 09.06.17 г. выполнена вторичная отсроченная пластика раны под м/а. Для дальнейшего лечения переведена в профильное отделение (09.06.17). Во время вечернего обхода дежурным врачом в каловых массах обнаружен гельминт, длиной 3,5 м (идентифицирован врачом лаборантом бычий цепень). 13.06.17 г. появилось ухудшение состояния: Т тела до 38°C, боли в левой половине грудной клетки, затруднение вдоха. На выполненных рентгенограммах: картина левосторонней нижнедолевой пневмонии. 20.06.17 выполнена ЭХО КГ: сердце смещено вправо, по левому контуру определяется полость, размерами 6,0×7,0 см с движущимися частицами (инвазия паразита?). На РКТ органов грудной клетки один из паразитов находится в просвете левого нижнедолевого бронха. 21.06.17 г. выполнена трахеобронхоскопия. В просвете бронхов гельминт не найден. 23.06.17, 27.06.17 и 30.06.17 под м/а выполнялись пункции плевральной полости, во всех случаях — инфузат прозрачный, роста микроорганизмов нет.

Заключение. После проведения курса терапии пациентка выписана домой с полным выздоровлением. Клинический случай представляет интерес для детских хирургов, педиатров и инфекционистов.

527

ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ДЕТЕЙ г. ТЮМЕНИ**Скрябин Е. Г., Аксельров М. А., Смирных А. Г.***Тюменский государственный медицинский университет*

Актуальность. Исследование различных аспектов неосложненных переломов тел позвонков у детей имеет большое значение.

Цель исследования: изучение характера и частоты травматических повреждений позвоночника у детей г. Тюмени.

Пациенты и методы. Ежедневно, в течение всего 2016 г. в специально разработанную карту вносили и анализировали сведения о детях, обращавшихся за экстренной травматологической помощью.

Результаты. Травмы позвоночника были диагностированы у 1759 (9,05%) детей. Структура травм была представлена ушибами и растяжением мышц различных отделов позвоночника — 1244 (70,72%), ущемлением капсулы и ротационным подвывихом атланта — 408 (23,19%), неосложненными переломами тел позвонков — 107 (6,09%). Переломы позвонков у 107 пострадавших локализовались в различных отделах. Так, у 6 (5,6%) детей отмечена компрессия шейных позвонков, у 71 (66,35%) — грудных, у 20 (18,69%) — поясничных и у 10 (9,36%) детей переломы диагностированы в двух отделах позвоночника одновременно. По одному позвонку травмировали 52 (48,59%) ребенка, по два — 29 (21,10%), по три — 19 (17,75%), по четыре и более — 7 (12,56%) детей. В общей сложности 107 детей получили компрессию 197 позвонков. Чаще других диагностирована компрессия ThVIII позвонка — 23 (11,67%) наблюдения. В 20 (10,15%) случаях зарегистрированы переломы ThVI и ThVII позвонков. В 19 (9,64%) наблюдениях установлена компрессия ThV позвонка, в 18 (9,13%) LI, в 17 (8,62%) LII, в 15 (7,61%) ThXII, в 14 (7,1%) ThIX, в 12 (6,09%) ThIV, в 10 (5,07%) ThXI, в 8 (4,14%) ThX, в 4 (по 2,03%) CVII и LI позвонков, в 3 (по 1,52%) ThIII, LIV и LV позвонков соответственно. Реже всего по 1 (1,01%) случаю диагностирована компрессия тел CV и CVI позвонков.

Заключение. Проведенный анализ травм позвоночника свидетельствует о значительной частоте вертеброгенных фрактур.

528

АБДОМИНАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ, КАК МАСКА ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОШОНКИ

Сладков Д. Г., Дьяконова Е. Ю., Яцык С. П., Рязанов М. В., Катунина О. Р.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Перекрут яичек составляет примерно 20% от всей ургентной патологии и является одной из самых актуальных проблем детской хирургии. Это обусловлено трудностью диагностики, отсутствием консервативного лечения, быстрым прогрессированием заболевания вплоть до гибели яичка и снижения репродуктивной функции у взрослых мужчин.

Цель исследования: определить диагностическую ценность сопоставления анамнеза, клинических симптомов, визуального осмотра и проведения эхографического исследования в оценке жизнеспособности яичка и определения объема оперативного вмешательства.

Пациенты и методы. В основу этой работы лег опыт оперативного лечения 8 пациентов с диагнозом перекрут яичка, госпитализированных в период с 2016 по 2017 гг. в хирургическое отделение с неотложной и плановой помощью НМИЦЗД.

Результаты. У 3 пациентов (37,5%) ведущими клиническими симптомами были боли в животе, что на диагностическом этапе явилось основной причиной позднего обращения к хирургу и, как следствие, было сопряжено с выраженным нарушением кровоснабжения, тяжестью ишемии и некрозом гонады. У 5 пациентов (62,5%) жалобы были акцентированы на паховой области и боли в яичке, что позволило своевременно обратиться к хирургу, выполнить УЗИ с доплеровской оценкой тестикулярного кровотока как в дооперационном, так и в послеоперационном периоде и избежать некроза гонады. Таким образом, от своевременной и адекватной диагностики зависит дальнейшая жизнеспособность гонады, перспективы и объем оперативного вмешательства, сохранение репродуктивной функции, а также психологического, гормонального и физического здоровья будущего мужчины.

Закключение. Тщательно собранный анамнез, своевременно поставленный диагноз и адекватное оперативное вмешательство позволяют сохранить жизнеспособность гонады, минимизировать хирургическое пособие и избежать в последующем нарушения андрогенной и сперматогенной функций в зрелом возрасте.

529

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРФОРАТИВНЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ**Соколов Ю. Ю., Коровин С. А., Дзядчик А. В., Донской Д. В., Шувалов М. Э.***Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва**Детская городская клиническая больница имени З. А. Башляевой, Москва**Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва*

Актуальность. Хирургическое лечение детей с перфоративными гастродуоденальными язвами является актуальным в детской хирургии.

Цель исследования: определить эффективность лапароскопических вмешательств у детей с перфоративными гастродуоденальными язвами.

Пациенты и методы. С 2011 по 2017 гг. с перфоративными гастродуоденальными язвами было оперировано 16 больных в возрасте от 2 до 18 лет. При поступлении были проведены ультразвуковое исследование (УЗИ) и обзорная рентгенография брюшной полости. В ходе лапароскопии определяли рациональный вид оперативного вмешательства.

Результаты. С остро возникшим болевым абдоминальным синдромом было госпитализировано 14 больных. Развитие перфоративных язв на фоне длительной терапии по поводу интеркуррентных заболеваний было отмечено у 2 больных. Догоспитальный период длился 26 ± 16 ч. Состояние больных при поступлении было тяжелым в 10 (62%) 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 14 (87%), а признаки динамической кишечной непроходимости — у 4 (25) больных. При УЗИ брюшной полости ультразвуковые показатели «ургентности» были выявлены в 15 (93%) наблюдениях, а свободный газ под передней брюшной стенкой у 6 (43%) больных. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв было успешным в 10 (62%) наблюдениях, конверсию выполнили в 4 (25%) случаях, «открытые» оперативные вмешательства — у 2 (13%) больных. Отказ от применения лапароскопических технологий был обусловлен тяжелым состоянием пациента (1), ранним возрастом больного (1) и техническими сложностями в ходе оперативных вмешательств (3).

Заключение. С учетом клинических данных и результатов инструментальных методов предоперационной диагностики, дооперационный диагноз перфорации полого органа был установлен в 87% наблюдений. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв являлось методом выбора, и показало эффективность в 62% случаев.

530

**ГИГАНТСКАЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ КИСТА
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПОДРОСТКА****Соколов Ю. Ю., Ефременков А. М., Коровин С. А., Уткина Т. В.***Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва*

Актуальность. Кисты поджелудочной железы (КПЖ) редко встречаются в практике детского хирурга. Этиология КПЖ у детей разнообразна. Принято выделять истинные и ложные КПД. Наиболее частой причиной ложных КПЖ в детском возрасте является травма органа. После разрыва ткани железы происходит истечение панкреатического сока в сальниковую сумку с формированием псевдокисты. Клинические проявления зависят от размеров и локализации кист. Для лечения ложных КПЖ предложено множество хирургических методик, суть которых сводится к проведению внутреннего или наружного дренирования.

Цель исследования: представим свое клиническое наблюдение.

Пациенты и методы. В ДГКБ им. З. А. Башляевой госпитализирован мальчик 17 лет с абдоминальным болевым синдромом. На УЗИ выявлено кистозное образование больших размеров. На СКТ установлено, что киста исходит из поджелудочной железы и занимает 2/3 брюшной полости. При выяснении анамнеза установлено, что за 2 месяца до поступления получил сильный удар в живот. Ребёнку выполнена верхне-срединная лапаротомия. Весь верхний этаж брюшной полости занимает образование, исходящее из сальниковой сумки. Имеются множественные бляшки стеатонекроза. В корне мезоколон вскрыта киста сальниковой сумки, эвакуировано 3,7 литра черно-серой жидкости. Из полости кисты удален секвестр поджелудочной железы 12×3×2. На дне кисты определяются скелетированные селезёночные сосуды. Выполнен цистоеюноанастомоз по Ру. Учитывая большие размеры, выполнено наружное дренирование кисты трубчатым дренажом.

Результаты. На фоне интенсивного лечения послеоперационный период гладкий. До 18 суток у ребёнка сохранялось отделяемое по дренажу из КПЖ грязно-серого цвета, после последний удалён. Ребёнок выписан.

Закключение. Таким образом, при посттравматических КПЖ больших размеров целесообразно выполнение цистоеюноанастомоза на отключённой по Ру петле в сочетании с наружным дренированием, что обеспечивает более быстрое уменьшение размеров полости кисты и купирование панкреатита, что способствует улучшению состояния больного и благоприятно сказывается на сроках лечения.

531

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОСТРОГО
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО МЕЗАДЕНИТА В СТРУКТУРЕ
«ОСТРОГО ЖИВОТА»****Сологуб Э. А., Карасева О. В., Хорчинова Э. Э., Мединский П. В.,
Хмельницкий К. Е., Рошаль Л. М.***Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии
и травматологии, Москва*

Актуальность. Острый неспецифический мезаденит не имеет патогномоничной клинической картины и проявляется симптомокомплексом «острого живота». Таким образом, проблема неинвазивной диагностики неспецифического мезаденита остается актуальной.

Цель исследования: определить патогномоничные критерии диагностики острого неспецифического мезаденита у детей.

Пациенты и методы. В исследование вошли 2535 детей в возрасте от 1 года до 17 лет, госпитализированных с подозрением на острый аппендицит в 2017 году. Девочки составили 53,4% (1354), мальчики — 46,6% (1181). При поступлении всем детям выполняли общеклинические лабораторные исследования, проводили УЗИ. Были проанализированы анамнестические, физикальные, лабораторные и эхографические симптомы.

Результаты. Основными критериями, значимыми в рамках дифференциальной диагностики с острым аппендицитом, были: связь с предшествующим острым вирусным заболеванием; схваткообразный и перистолитический характер боли в животе, положительные симптомы Мак-Фаддена и Штенберга при отсутствии симптомов раздражения брюшины; эхографическая визуализация л/у размерами более 8 мм. и дискинезии кишечника при отсутствии эхо-признаков хирургической патологии.

Острый неспецифический мезаденит был диагностирован в 21% (533) наблюдений. Использование установленных диагностических критериев сократило частоту инвазивной диагностики неспецифического мезаденита в 2 раза и составило 4%.

Вывод. Разработанные диагностические критерии позволили улучшить неинвазивную диагностику острого неспецифического мезаденита у детей и снизить частоту необоснованных оперативных вмешательств.

532

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ

Стриженок Д. С., Мясников Д. А., Слуцкий Д. С.

Детская городская клиническая больница № 1, Нижний Новгород

Актуальность. Разнообразие клинической картины дивертикула Меккеля представляет значительные сложности в точной дооперационной диагностике.

Цель исследования: анализ результатов лечения детей с клиникой дивертикула Меккеля на базе ДГКБ № 1 г. Нижний Новгород.

Пациенты и методы. За период с 2015 по 2017 гг. в отделении детской хирургии ДКГБ № 1 г. Нижний Новгород было пролечено 10 детей в возрасте от 8 месяцев до 14 лет с диагнозом «Дивертикул Меккеля».

Результаты. Все дети были госпитализированы по экстренным показаниям, из них с клиникой инвагинации кишечника 3 (30%), с подозрением на острый аппендицит 3 (30%), с кишечным кровотечением 3 (30%), почечной коликой слева 1 (10%). Давность от начала заболевания до обращения варьировалась от 1 часа до 5 дней. Из пролеченных детей преобладали мальчики — 9 (90%). Лапароскопическое удаление дивертикула Меккеля с наложением петли Редера проводилась у 6 больных (60%), лапароскопически-ассистированное удаление у 2 больных (20%). В 2-х случаях (20%) произведена видеоассистированная резекция подвздошной кишки с наложением анастомоза конец в конец. Длительность операций составила от 35 до 90 минут. В послеоперационном периоде 6 детей (60%) наблюдались в ОРИТ в среднем 4,6 койко-дней. Средняя длительность антибактериальной терапии составила 7,7 дней. Количество применимых антибактериальных препаратов: один — 2 детей, два — 4 детей, три — 4 детей. В послеоперационном периоде стул в среднем на 3 сутки, энтеральное питание — на 4 сутки.

Заключение. Большинство пролеченных больных с дивертикулом Меккеля мальчики. Дооперационная дифференцировка затруднительна из-за многоликости клинического проявления. В подавляющем большинстве интраоперационная верификация диагноза происходила с помощью лапароскопии, что в дальнейшем определяло объём операции. Использование лапароскопии сокращает реабилитацию пациентов после вмешательства, дает отличные косметические результаты.

533

**УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ГЕМОДИНАМИКИ
ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ПЕРИОДА
СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ****Сугак А. Б., Хамин И. Г., Феоктистова Е. В., Николаева Г. Н.,
Иванашкин А. Ю.***Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии,
онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева, Москва*

Актуальность. Основа лечения септического шока ранняя агрессивная инфузионная терапия, целью которой является увеличение венозного возврата, сердечного выброса, артериального давления и, в конечном итоге, увеличение перфузии тканей. Однако до 50% пациентов не отвечают на первый этап терапии увеличением сердечного выброса, что приводит к жизнеугрожающим осложнениям. Статистические показатели (центральное венозное давление, размеры нижней полой вены и левого желудочка сердца) не коррелируют или плохо коррелируют с ответом на инфузионную терапию и объемом внутрисосудистой жидкости.

Цель исследования: изучить возможности динамических ультразвуковых показателей в оценке ответа на инфузионную терапию при септическом шоке у детей.

Пациенты и методы. В исследование было включено 27 пациентов (10 девочек, 17 мальчиков) с онкогематологическими заболеваниями в возрасте от 1,5 мес до 16 лет, находившихся в отделении интенсивной терапии с клиникой септического шока. Всем пациентам проведена оценка фракции выброса левого желудочка (ЛЖ) и сердечного индекса. Пациентам, находившимся на ИВЛ (17 детей) — оценка вариабельности кровотока в выходном тракте ЛЖ. Пациентам на самостоятельном дыхании (10 детей) — оценка коллабироваия НПВ на вдох.

Результаты. По результатам комплексного ультразвукового обследования гемодинамики 14 пациентов (52%) были не способными ответить на инфузионную терапию. У всех этих пациентов отмечалось снижение фракции выброса левого желудочка менее 50%, что потребовало назначения инотропной поддержки. У 9 из них был увеличен сердечный индекс (больше 4 л/мин/м²). У 8, находившихся на ИВЛ, снижена вариабельность кровотока в выходном тракте левого желудочка (менее 12%) и у 2 детей на самостоятельном дыхании снижено коллабироваие нижней полой вены на вдох (менее 18%).

Заключение. Ультразвуковая оценка сократимости миокарда, сердечного выброса и динамических показателей гемодинамики позволяет своевременно скорректировать терапию в остром периоде септического шока у детей.

534

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АССИСТЕНЦИЯ ПРИ ВЗРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ОРБИТЫ У ДЕТЕЙ

Тимофеева А. В., Мельников А. В., Королева Е. А., Горелик А. Л.,
Карасева О. В.

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

Актуальность. Ограниченное пространство орбиты определяет поиск дополнительных возможностей визуализации при ее переломах.

Цель исследования: определить возможности эндоскопической ассистенции (ЭА) в хирургии нижней стенки орбиты.

Пациенты и методы. Обобщен опыт 7 эндоскопических ассистенций при переломах нижней стенки орбиты у детей. Мальчики составили 71,4% (5), девочки — 28,6% (2), средний возраст детей $12,4 \pm 3,7$ лет. В 57,1% переломы нижней стенки орбиты сочетались с переломами других стенок, изолированные переломы по типу взрывного встречались в 42,9% случаев.

Результаты. Переломы нижней стенки составили 57,4% в структуре костной травмы орбиты. В оперативном вмешательстве нуждались 25,9% детей. Во всех случаях при хирургическом лечении использовали ЭА, которую осуществляли внутриротовым доступом путем трепанации передней стенки гайморовой пазухи. Выполняли тщательную санацию пазухи, удаляли слизистую и оценивали объем грыжевого выпячивания параорбитальных тканей. В 42,9% наблюдений производили вправление параорбитальных тканей в полость орбиты. При большом диастазе между отломками и большом грыжевом выпячивании после вправления параорбитальных тканей производили реконструкцию нижней стенки орбиты (57,1%). Вид реконструкции зависел от возраста ребенка и размера гайморовой пазухи. У детей младшей возрастной группы использовали синтетический нерассасывающийся пористый материал SynPOR (25%), у детей старше 11 лет — титановые сетки (75%). У одного ребенка 5 лет для осуществления доступа в пазуху потребовалось удаление зачатка постоянного зуба. В связи с чем относительным противопоказанием к ЭА считаем малые размеры пазухи. Послеоперационных осложнений не было. Подвижность глазного яблока восстанавливалась на следующий день после операции. Удаление имплантов не производили.

Заключение. Видеоэндоскопический контроль обеспечивает оптимальную визуализацию области перелома, что позволяет уточнить структуру повреждения, выполнить анатомическую репозицию и выбрать оптимальный способ лечения.

535

**ВНУТРИПРОСВЕТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА
У ДЕТЕЙ ПРИ БУЛЛЕЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ****Тупыленко А. В., Лохматов М. М., Мурашкин Н. Н., Дьяконова Е. Ю.,
Петров Е. И., Максимова С. А.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. Наиболее часто встречающееся осложнение у детей при буллезном эпидермолизе является формирование стриктуры пищевода, что ведет к появлению симптомов дисфагии и нарушению нутритивного статуса.

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность баллонной дилатации в лечении стриктур пищевода у детей при буллезном эпидермолизе.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ 30 историй болезней детей со стенозом пищевода и симптомами дисфагии при буллезном эпидермолизе (12 мальчиков и 16 девочек в возрасте от 2 до 17 лет, $8,1 \pm 3$ года [средний $\pm$ SD]). Всем пациентам выполнена баллонная дилатация (БД) стриктур пищевода под эндоскопической и рентгеноскопической ассистенцией. Оценка эффективности БД проводилась на основании уровня дисфагии (по шкале Bown), индекса стриктуры (ИС), количества повторных вмешательств.

Результаты. Стриктуры пищевода, сопровождающиеся симптомами дисфагии, были выявлены: при рецессивно-дистрофической 99% [29/30], доминантно-дистрофической 1% [1/30] форме БЭ. Всего проведено 39 баллонных дилатаций 45 стриктур пищевода. Локализация стриктур: в верхней трети (25/45 [55,6%]), в средней трети (19/45 [42,2%]), 1 (2,2%) стриктуры в нижней трети. Характеристики стриктур: протяженность составила $19,9 \text{ мм} \pm 21,1$ [среднее $\pm$ SD], диаметр пищевода в зоне сужений составил $3,4 \pm 1,5$ [среднее $\pm$ SD]. Количество сужений: единичные стриктуры в 25/30, множественные (2 и более) у 5/30 детей. Уровень дисфагии после БД $0,40 \pm 0,55$ стал значительно ниже относительно базового уровня $2,8 \pm 0,65$ [среднее $\pm$ SD]. После проведенной баллонной дилатации ИС так же стал ниже $0,27 \pm 0,20$ [среднее $\pm$ SD], относительно базового уровня $0,70 \pm 0,18$ [среднее $\pm$ SD]. Процент повторных вмешательств (рецидива) составил 8/30 (26,7%). Средний интервал между дилатациями составил $13,4 \pm 2,3$ месяцев [среднее $\pm$ SD]. Значимых осложнений, таких как перфорация или кровотечение не возникло.

Заключение. Баллонная дилатация пищевода под эндоскопическим и рентгеноскопическим контролем является эффективным и безопасным методом лечения стриктур пищевода у детей при буллезном эпидермолизе.

536

ПРЕИМУЩЕСТВО ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Туров Ф. О., Яцык С. П., Поддубный И. В., Глыбина Т. М.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Лапароскопия стала неотъемлемой частью детской урологии и гинекологии, однако использование инструментального и электрохирургического оснащения остается не стандартизировано, одним из ключевых методов механического и окончательного гемостаза является Автоматизированный Электрохирургический Генератор Лигирования Сосудов АЭГЛС (LigaSure).

Цель исследования: улучшение результатов лечения детей с патологией мочеполовой системы за счет оптимизации методов интраоперационного электрохирургического гемостаза.

Пациенты и методы. В исследование включено 110 детей в возрасте от 1 месяца до 17 лет, которым была выполнена лапароскопическая операция (нефруретерэктомия была выполнена 37, геминефрэктомия 17, иссечение кисты почки 15, резекция объемного образования яичника 41). Контрольная группа 70 детей которым была выполнена операция с использованием АЭГЛС и группа сравнения с применением моно-биполярной коагуляции. У всех оперированных детей оценивался объем кровопотери, особенность и характер интраоперационных осложнений, продолжительность операции, применение анальгетиков в послеоперационном периоде.

Результаты. Величина кровопотери варьировала от 15 до 80 мл, в среднем составив 34,2 мл. При этом минимальная кровопотеря наблюдалась у 96,4% детей, оперированных с применением аппарата (LigaSure), у 75,9% больных при использовании монополярной и биполярной электрокоагуляции. Длительность операции в группе сравнения составила 128,2 мин, что значительно выше, чем в основной группе 95,7 мин ($p < 0,005$).

Закключение. Полученные результаты свидетельствуют о том что использование АЭГЛС (LigaSure) значительно сокращает время оперативного вмешательства и снижает к минимуму количество кровопотери во время операции.

537

ОСЛОЖНЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ**Турсунов К., Сагымбаева А. А., Джусипбеков Е. А., Сагымбаева А. А.***Казахский национальный медицинский университет**имени С.Д. Асфендиярова, Алматы**Центр детской неотложной медицинской помощи, Алматы**Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы*

Актуальность. Врожденный порок развития желточного протока — дивертикул Меккеля может быть неосложненным и осложненным. Не имея четких патогномичных признаков данный порок развития желудочно-кишечного тракта, может осложниться воспалением, кишечным кровотечением, кишечной непроходимостью, в редких случаях малигнизацией.

Цель исследования: определить осложнения дивертикула Меккеля у детей.

Пациенты и методы. В приемный покой экстренной хирургии (ППЭХ) «Центра детской неотложной медицинской помощи» в период 2012–2016 гг. с подозрением на «острый живот» обратились 51 858 детей в возрасте от 1 года.

Результаты. Из 51 858 случаев госпитализировано 9 900 (19,1%) детей. Число оперированных детей по поводу острого аппендицита составляло 2806 (28,3%). Из оперированных 2806 (28,3%) пациентов у 17 (0,6%) детей интраоперационно обнаружен «дивертикул Меккеля». На основании жалоб, так как они схожи с острым аппендицитом (ОА) предварительно диагноз дивертикул Меккеля выставлен только одному (0,001%) ребенку. Были установлены следующие осложнения дивертикула Меккеля: дивертикулит — в 14 (77,8%) случаях, острая кишечная непроходимость — у 4 (22,2%) детей, в том числе у 1 (5,5%) ребенка причиной кишечной непроходимости являлось ущемление дивертикула Меккеля. Исход лечения благоприятный.

Заключение. Таким образом, Число оперированных детей по поводу острого аппендицита составляло 2806 (28,3%). По нашим данным, в 94,4% случаях диагноз дивертикул Меккеля является интраоперационной находкой. Осложнения как воспаление дивертикула встречалось в 77,8% случаев, острая кишечная непроходимость в 22,2%. Такие осложнения дивертикула Меккеля требуют экстренного хирургического вмешательства.

538

КОНСЕРВАТИВНОЕ И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (КДГК) У ДЕТЕЙ

Уралбоев И. Э., Ахмедов Ю. М., Ганиев Ж. А.

Областной детский многопрофильный медицинский центр, Самарканд

Актуальность. Килевидная деформация грудной клетки относится к тяжелым заболеваниям, а коррекция данной патологии представляет большие трудности.

Цель исследования: определить эффективность консервативного и оперативного лечения КДГК у детей.

Пациенты и методы. В отделении детской ортопедии ОДММЦ с 2015 по 2017 гг. под наблюдением и лечением находилось 205 детей с КДГК. Из них 144 мальчика и 61 девочка в возрасте от 4 до 18 лет. В зависимости от типа были выявлены манубриокостальный тип у 24 детей, корпостальный тип — 123, реберный тип — 57 больных. По степени деформации больные были распределены: I ст. — 78 больных, II ст. — 42, III ст. — 85 детей. Симметрический тип наблюдался у 161 больного и ассиметрический тип у 44 детей. Проводились консервативный и оперативные методы лечения. Показаниями к консервативному методу лечения являлись косметический дефект и сердечная недостаточность. При консервативном методе лечения применялась компрессирующая ортезы и динамическая компрессионная система-FMF у 66 больных. Показаниями к операции килевидной деформации грудной клетки являлись высокие внутригрудное давление (более 10 кг по классификации М. Yuksel, Турция), высокая ригидности грудины и некорректируемая деформация консервативным путем. В основном у детей старшей возрастной группы. При оперативном лечении у 11 больных использовался миниинвазивный способ Абрамсона, у двух больных открытый метод Равича.

Результаты. Через 6–12 месяцев после консервативного метода лечения у 40 детей (87,5%) расценивались как хорошие, у 5 (12,5%) — удовлетворительные. Отмечалось выравнивание грудины, формы грудной клетки, улучшение функциональных показателей сердечно-сосудистой и дыхательной систем, улучшение психики пациента.

Заключение. Лечение детей с КДГК по предложенной методике позволило получить высокий процент хороших результатов.

539

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (ВДГК)**Уралбоев И. Э., Ахмедов Ю. М., Ганиев Ж. А.***Областной детский многопрофильный медицинский центр, Самарканд*

Актуальность. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) — искривление грудины и передних отделов ребер, приводящее к уменьшению объема грудной клетки, смещению органов средостения.

Цель исследования: определить эффективность консервативного и оперативного лечения ВДГК у детей.

Пациенты и методы. Мальчиков было 314 (56,7%), девочек — 239 (43,3%) возраст от 2 до 18 лет. По классификации Н. И. Кондрашина были выявлены: обычная форма — у 513 (92,7%), плоско-ворончатая — у 40 (7,3%), по виду деформации симметричная — у 138 (24,9%), ассиметричная — у 415 (75%), по степени деформации I степени — у 192 (34,7%) больных (глубина деформации до 2 см смещения сердца нет), II степень — у 227 (41%) (глубина деформации 2–4 см смещение сердца на 2–3 см), III степень — у 134 (24,2%) больного (глубина деформации более 4 см смещение сердца более 3 см). При невыраженных кардиопульмонологических симптомах проводилась консервативная терапия при помощи Вакуумного колокола «Eckart Klobe» 14 (2,5%) больным с симметричной формой ВДГК и ассиметрической формой у 22 (3,9%) больных с ВДГК II–III степени. При наличии резко выраженной деформации ВДГК II–III степени проводилась миниинвазивная коррекция по НАСС у 73 (13,2%) больного, и открытая коррекция по Равичу проведена у 2 (0,3%) больных.

Результаты. Отдаленные результаты через 6–12 месяцев после консервативного лечения проведено у 22 (3,9%) больных после применения Вакуумного колокола и у 61 (11%) больных после миниинвазивной коррекции по НАСС, отмечался хороший результат проведенного лечения. У больных не наблюдалось деформации, объем дыхания приблизился к показателям нормы. Удовлетворительные результаты наблюдались у 6 (1%) больных. Неудовлетворительные результаты наблюдались у 5 (0,9%) больных — у 2 (0,3%) больного отмечалась ротация пластины, 2 (0,3%) больного гиперкоррекция и у 1 (0,1%) больного выявлено отхождение фиксирующей проволоки. В этих наблюдениях проведены повторные оперативные вмешательства с положительным результатом.

Заключение. Выбор оптимального метода лечения детей с ВДГК позволил получить высокий процент эффективности.

540

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ РАНЕНИИ ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ

Усманов Х. С., Салимов Ш. Т., Абдусаматов Б. З.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Актуальность. Мировой опыт применения при повреждении грудной клетки и ранении груди свидетельствует об уменьшении количества неоправданных торакотомий и показывает высокую эффективность видеоторакоскопии при открытых и закрытых повреждениях и осложнениях травмы груди.

Цель исследования: уменьшить количество неоправданных торакотомий.

Пациенты и методы. Видеоторакоскопия была применена в лечении 30 больных. По характеру травмы: колоторезанные — 24 (80%), колотые — 4 (13%), ушиблено-рваные раны груди — 2 (7%). Выделяли поверхностные раны, глубина которых не превышала 0,5 см — у 16 (53%), неглубокие раны глубиной от 0,6 до 1,5 см — у 12 (40%), глубокие раны — у 2 (7%) больных. При эндоскопической оценке кровотечения из раны легкого различали: интенсивное кровотечение, умеренное кровотечение и состоявшееся кровотечение. При поверхностных ранах легкого коагуляция была проведена у 12 пациентов (75%). У 4 (25%) произведено эндовидеохирургическое ушивание. У больных с неглубокими ранами легкого — 2 (16,6%) наблюдалось поступление воздуха. В 3 наблюдениях в связи с ранением диафрагмы проведена лапароскопия с подозрением на повреждение органов брюшной полости. Послеоперационный период у 10 (83,3%) больных протекал гладко. 2 (7%) пациентам (с глубокими ранами, умеренным кровотечением с поступлением воздуха из раны и напряженной внутрилегочной гематомой диаметром до 6 см) была проведена торакотомия. У 1 больного отмечалось ранение субсегментарных сосудов.

Результаты. Из 30 пострадавших торакоскопия было выполнено у 28 (93,3%) больных. Конверсия в торакотомию потребовалось у 2 пациентов (6,7%), в связи с травмой бронхов и повреждений сосудов.

Заключение. Таким образом, торакоскопия обеспечивает полноценную ревизию с надежной диагностикой повреждений легких.

541

МЕТОД УЗИ ДИАГНОСТИКИ ПИЛОРОСТЕНОЗА**Усманов Х. С., Салимов Ш. Т., Абдусаматов Б. З.***Ташкентская медицинская академия, Узбекистан*

Актуальность. Внедрение УЗИ и доплерографии призваны уменьшить количество диагностических рентгенограмм и фиброгастродуоденоскопий у новорожденных. Однако отсутствие четких критериев оценки результатов УЗИ картины пилорического отдела желудка не позволяет использовать данные только УЗИ для установления диагноза пилоростеноза.

Цель исследования: улучшение метода диагностики при пилоростенозе.

Пациенты и методы. В течение года в хирургическое отделение было госпитализировано 7 новорожденных с подозрением на пилоростеноз. У 5 детей, кроме УЗИ, дополнительно была выполнена фиброгастродуоденоскопия. С целью установления диагноза пилоростеноз применялись две методики УЗИ: определение толщины мышечного слоя пилорического отдела желудка с учетом длины пилоруса, и определение коэффициента $K = V$ (объем пилоруса)/ M (масса тела ребенка). При пилоростенозе определяется утолщение стенки привратника желудка мышечного и слизистого слоя более 3,0 мм. Было установлено, что при физиологической норме толщина мышечного слоя пилорического отдела желудка составляет $1,1 \pm 0,4$ мм, у нормотрофиков максимально до 3,0 мм, а длина пилоруса $14,0 \pm 2,0$ мм. Коэффициент K у здоровых новорожденных составляет $0,18 \pm 0,02$. Клиническое обследование детей с подозрением на пилоростеноз предусматривало учет критериев: наличие рвоты фонтаном, которая имела место у 95% больных, наличие видимой перистальтики на передней брюшной стенке (72%), пальпаторное определение гипертрофированного пилоруса (66,5%). На УЗИ пилоростеноз был установлен у 7 пациентов (100%), во всех случаях имело место увеличение толщины мышечного слоя пилорического отдела желудка и увеличение коэффициента K до $0,26 \pm 0,05$. С помощью фиброгастродуоденоскопии диагноз был подтвержден у 6 детей (83,3%).

Результаты. Всем больным выполнена операция пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту. Интраоперационно был подтвержден диагноз пилоростеноз (100%).

Заключение. Методы УЗИ являются высокоинформативными для установления диагноза пилоростеноза.

542

ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Фадеева Т. А., Окунев Н. А., Окунева А. И., Перова Н. А.

*Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева, Саранск
Медицинский институт, Саранск*

Актуальность. Химические ожоги пищевода одна из частых причин повреждения пищевода у детей. Число их постоянно растет из-за увеличения применения в быту различных средств в ярких упаковках, привлекающие внимание ребенка, и невнимательности родителей.

Цель исследования: анализ заболеваемости химическими ожогами пищевода и развития осложнений у детей г. Саранска.

Пациенты и методы. В исследование включены пациенты, обратившиеся в хирургическое отделение за 2016–2017 гг. с диагнозом химический ожог пищевода.

Результаты. В хирургическое отделение поступило 32 пациента с химическим ожогом пищевода в возрасте от 0–3 лет — 24 (75%); от 4 лет — 1; от 5–6 лет — 5; от 7 лет — 1; от 12 лет — 1. У 4 — ожоги пищевода кристаллами перманганата калия; у 3 — щелочными батарейками; ожоги уксусной кислотой у 12 (37,5%), моющими средствами у 9; антисептиками (белизна) у 1; нашатырным спиртом у 2 детей, средством для снятия лака у 1. После проведения эндоскопического исследования I степень ожогов была у 16, II–III степень у 3, III степень у 7. Первая ФЭГДС выполнялась на первые сутки после травмы для исключения или подтверждения наличия повреждения пищевода или желудка, определения степени повреждения. ФЭГДС повторялась через 7 дней, что позволяло дифференцировать ожоги 2–3 степени. Во всех случаях ожога 3 степени отмечалось нарушение моторики ЖКТ, в 2 случаях развился стеноз пищевода. При ожоге I степени проводилось местное лечение. При II и III степенях — местное лечение, антибиотикотерапия, кортикостероиды курсом до 5 дней. Физиотерапия назначалась при эзофагите и стенозировании. Профилактическое бужирование проводили у всех пациентов при ожоге III степени на 7–10 сутки для коррекции послеожогового стеноза. Ни в одном случае не потребовалось формирование гастростомы и бужирование по нитке.

Закключение. Количество ожогов, осложнившихся рубцовым стенозом, составило 6,25%. Послеожоговые гастриты отмечались в 10,8% случаев. Выработанная тактика лечения позволяет уменьшить воспалительную реакцию со стороны поврежденных тканей пищевода, вследствие чего формируется более нежная рубцовая ткань.

543

КРЕСТООБРАЗНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМАХ НАДКОЛЕННИКА**Хиджазин В. Х., Абдулхабир М. А.***Российский университет дружбы народов, Москва*

Актуальность. Переломы надколенника встречаются в 1% случаев среди переломов костей. Неправильное их лечение приводит к различным осложнениям.

Цель исследования: улучшение результатов лечения переломов надколенника с целью предотвращения артроза, контрактур и других последствий в коленном суставе.

Пациенты и методы. В данной работе мы анализировали опыт лечения 22 пациентов с переломами надколенника в возрасте 15–18 лет, которые получили травму в результате падения с лестницы (3), велосипеда, скутера, скейтборда и роликов (11), ДТП (2), а также во время игры в хоккей (6). Переломы надколенника мы классифицировали по количеству отломков на двухфрагментарный, трехфрагментарный, четырехфрагментарный, оскольчатые и отрывные переломы верхнего и нижнего полюсов. Пациентов с переломами надколенника без смещения (14) лечили консервативно, а пациентов с переломами надколенника со смещением лечили оперативно по методике Вебера. Отрывной перелом нижнего полюса (1 пациент) фиксировали винтом. При трехфрагментарном переломе надколенника (3 пациента) выполняли остеосинтез надколенника тремя спицами и двумя проволочными петлями. У двух пациентов с тяжелым многооскольчатым переломом надколенника мы применили методику «крестообразного остеосинтеза». Для этого проводили две спицы в продольном и две — в поперечном направлениях. Затем отломки дополнительно фиксировали двумя 8 образными стягивающими проволоками в продольном и поперечном направлениях (патент на изобретение: Хиджазин В. Х., Абдулхабир М. А., Загородний Н. В. «Способ остеосинтеза при многофрагментарных оскольчатых переломах надколенника», № 2615665 от 06 апреля 2017 г.).

Результаты. Используя данные методики, нам удалось соединить воедино все отломки надколенника, достичь стабильную фиксацию отломков и начать движения в коленном суставе в первые же дни после операции. Результатами лечения пациенты были удовлетворены.

544

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СОСТОЯНИЯ СТОП У ДЕТЕЙ 7–8 ЛЕТ

Храмцов П. И., Седова А. С., Березина Н. О., Кравченко Г. В., Карпова Е. А., Курганский А. М.

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Научное обоснование диагностических критериев оценки состояния стоп у детей в процессе медицинских осмотров и популяционных исследований является актуальной задачей школьной медицины. Отсутствие нормативных значений плантографических индексов снижает точность диагностики нарушений и деформаций стоп для детей.

Цель исследования: разработать дифференцированные значения индекса Штритера для оценки состояния стоп у детей 7–8 лет.

Пациенты и методы. Проведено плантографическое обследование 321 ребенка 7–8 лет (7 лет — 211 детей, 8 лет — 110 детей) с помощью копировального оттиска следа фирмы «Bauerfeind» (Германия). Для оценки состояния стоп рассчитывался индекс Штритера (ИШ). Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS v.19.1.

Результаты. Установлено, что значения ИШ, соответствующие нормальному своду стопы, у детей 7 лет для правой стопы составляли от 43,1 до 58,7 ед., для левой от 42,1 до 55,5 ед.; у детей 8 лет, соответственно, от 42,6 до 53,7 ед. и от 42,6 до 57,4 ед. Значения ИШ, соответствующие уплощению стопы, у детей 7 лет для правой стопы составляли от 58,0 до 83,9 ед., для левой — от 55,6 до 73,4 ед.; у детей 8 лет, соответственно, от 53,8 до 77,2 ед. и от 57,5 до 79,3 ед. Значения ИШ, соответствующие плоскостопию, у детей 7 лет для правой стопы составляли 84,0 ед. и более, для левой 73,5 ед. и более; у детей 8 лет, соответственно 77,2 ед. и более и 79,3 ед. и более. Значения ИШ, соответствующие умеренно-высокому своду стопы, составляли у детей 7 лет для правой стопы от 43,0 до 29,2 ед., для левой — от 42,0 до 33,3 ед.; у детей 8 лет, соответственно, от 42,6 до 36,9 ед. и от 42,6 до 35,3 ед. Значения ИШ, соответствующие выраженно-высокому своду стопы, составляли у детей 7 лет для правой стопы от 29,1 ед. и менее, левой — от 33,2 ед. и менее; у детей 8 лет, соответственно, от 36,8 ед. и менее и от 35,2 ед. и менее.

Заключение. Полученные значения индекса Штритера рекомендуется использовать для оценки состояния свода стоп при плантографических исследованиях детей 7–8 лет.

545

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ФИБРОЗА У ДЕТЕЙ

**Хроленко П. В., Дьяконова Е. Ю., Сурков А. Н., Туманова Е. Л.,
Прудникова Т. А., Гусев А. А., Катунина О. Р., Куликов К. А., Бекин А. С.,
Романова А. С.**

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва

Актуальность. Широкое применение транзистентной эластографии (ТЭП) у детей с хроническими болезнями печени (ХБП) для диагностики стадий фиброза требует проведения анализа ее информативности в сравнении с данными морфологического исследования.

Цель исследования: сравнить данные о стадии фиброза печени по результатам ТЭП и морфологического метода исследования.

Пациенты и методы. Обследован 21 ребенок в возрасте от 4 до 17 лет с ХБП различной этиологии: аутоиммунный гепатит у 9, первичный склерозирующий холангит у 6, гликогеновая болезнь у 1, вирусный гепатит С у 5 детей. Всем проводилась ТЭП, лапароскопическая биопсия с оценкой макроскопической картины ткани печени, морфологическое исследование с определением стадии фиброза по шкале METAVIR.

Результаты. По данным морфологического исследования, стадия фиброза F1 была выявлена у 1 ребенка, F2 у 5, F3 у 8, F4 у 7 детей, при этом наибольшая выраженность патологических изменений отмечалась у детей с аутоиммунным гепатитом. У детей со стадиями F1-F2 макроскопически печень визуально была не изменена в размерах, имела прозрачную капсулу, однородную структуру, со стадиями F3-F4 характеризовались наличием многочисленных соединительно-тканых тяжей и очагов кровоизлияний, мелкобугристой поверхностью. При сравнении с результатами ТЭП у 12 пациентов (57,1%) отмечалось несовпадение данных о выраженности фиброза: на 1 стадию у 6, на 2 — у 4, на 3 — у 2 пациентов. По данным ТЭП стадия фиброза всегда была ниже.

Заключение. Лапароскопическая биопсия дает возможность предварительной макроскопической оценки распространенности патологических изменений в печени для получения информативного гепатобиоптата, что позволяет патоморфологу наиболее точно интерпретировать данные о выраженности фиброза у детей с ХБП.

546

ТАКТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ ПРИ ПОЛИСОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Цап Н. А., Огарков И. П., Чукреев В. И. Великанов А. В.

Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург

Актуальность. Транспортная травма и кататравма — основные причинно-следственные факторы возникновения у ребенка тяжелых сочетанных повреждений грудной, брюшной полости, костей скелета. Достаточно редки подобные сообщения, т.к. авторы более типично ставят акцент на доминирующей или конкурирующей ЧМТ.

Цель исследования: анализ лечебно-тактических решений при оказании помощи пострадавшему ребенку при взаимодействии ЦРБ, клиники детской хирургии, центра медицины катастроф.

Пациенты и методы. Клинический материал представлен двумя случаями тяжелой транспортной травмы у детей, ДТП произошло в отдаленных районах Свердловской области. Дети были доставлены в хирургические отделения ЦРБ, где шло оказание первичной специализированной помощи. В обоих случаях были повреждены каркас и органы грудной клетки, множественные переломы разных костей и позвоночника, ушибы внутренних органов, но превалировала клиника внутрибрюшного кровотечения, в связи с чем выполнена экстренная лапаротомия и спленэктомия. Ликвидация внутригрудного напряжения при гемо-пневмотораксе достигнута путем торакоцентеза и дренирования плевральных полостей. Продолжена борьба с травматическим шоком.

Результаты. В ближайший послеоперационный период принято решение об эвакуации пострадавших детей из ЦРБ в реанимационное отделение ДГКБ № 9 силами и средствами ТЦМК, что было выполнено бригадами специалистов санитарным транспортом без ухудшения состояния детей. Динамика восстановления функции органов дыхания была положительная. В одном случае прогрессировал синдром энтеральной недостаточности, был установлен интестинальный зонд для энтерального питания. Через 2 недели осложнение в виде оментита, частичной тонкокишечной непроходимости. При релапаротомии и ревизии брюшной полости устранена непроходимость кишечника, создаваемая прядью сальника, который был резецирован. Дети с тяжелой травмой выздоровели.

Заключение. Эффективность спасения жизней пострадавших детей с полисочетанной травмой базируется на взаимодействии врачей разного профиля, способных принять адекватные лечебно-тактические решения.

547

ВАРИАНТЫ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**Цап Н. А., Чукреев А. В., Чукреев В. И.***Уральский государственный медицинский университет, Екатеринбург Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург*

Актуальность. Выявленные антенатально и оперированные в период новорожденности пороки развития органов брюшной полости формируют в отдаленный послеоперационный период контингент детей, являющихся претендентами на спаечную непроходимость кишечника (СНК).

Цель исследования: изучить динамику развития различных вариантов кишечной непроходимости на 1 году жизни у ребенка с антенатально установленным пороком развития передней брюшной стенки и кишечника.

Пациенты и методы. Ребенок родился с гастрошизисом, была выполнена процедура синопластики. Развился НЭК, что потребовало резекции участка кишки и выведения еюностомы. Дважды релапаротомии по поводу СНК, эвагинации У-образного анастомоза. В завершение сформирован тонкокишечный анастомоз «конец в конец». Через 1,5 года ребенок поступает в неотложную хирургию с клиникой кишечной непроходимости, которая на дооперационном этапе диагностики расценивается как поздняя СНК, что подтверждается и рентгенологически. При ревизии брюшной полости выявлены дефекты в брыжейке тощей кишки, через который внедрилась, а затем выполнила заворот петля тонкой кишки. Выполнены адекватные хирургические действия по устранению патологии. Этот вид непроходимости расценен как странгуляционная. Через 3 недели вновь развивается клиника СНК. Консервативные мероприятия неэффективны, выполняется лапаротомия, при которой обнаружен рубцовый стеноз кишечного анастомоза до 3 мм в диаметре. Выполнена резекция участка кишки, несущего анастомоз. Данный вид непроходимости расценен как обтурационная. Аналогичный рубцовый стеноз анастомоза мы наблюдали после иссечения дивертикула Меккеля.

Результаты. Оценка катамнеза на протяжении 1 года послеоперационного периода показала эффективность многоэтапного хирургического лечения: ребенок растет и развивается по возрасту, моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта полноценна.

Заключение. У детей, оперированных в период новорожденности на органах брюшной полости, высок риск развития различных видов кишечной непроходимости, что диктует обязательность длительного динамического наблюдения.

548

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ УШИВАНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ

Чукреев В. И., Огарков И. П., Лукашина Н. А.

Детская городская клиническая больница № 9, Екатеринбург

Актуальность. Развитие малоинвазивной хирургии расширило возможности оперативного лечения перфоративной язвы желудка у детей из лапароскопического доступа.

Цель исследования: оценить результаты эндовидеохирургического лечения перфоративных язв желудка у детей, рассмотреть технические особенности выполнения операции.

Пациенты и методы. Работа основана на опыте ушивания перфоративных язв желудка у 6 детей в возрасте от 8 до 17 лет. У всех детей язвенная болезнь желудка выявлена впервые.

Результаты. Сроки от момента перфорации до госпитализации составляли от 4 часов до 5 дней. У 4 детей (66,7%) диагностика ПЯЖ не представляла затруднений и характеризовалась клиникой перитонита. Оперативное лечение у детей данной группы проведено в первые 2 часа с момента поступления. У 2 детей (33,3%) отмечена малосимптомная клиника, диагностический период составил до 5 часов. Диагноз перфоративной язвы желудка до операции был выставлен 5 больным (83,4%). Средняя продолжительность операции лапароскопического ушивания ПЯЖ составила 130 ± 8 мин. Во всех случаях язвенный дефект локализовался на передней поверхности препилорического отдела желудка. Ушивание перфорации язвы производилось однорядным швом: в 4 случаях отдельными узловыми швами, у одного ребенка Z-образным швом. В 3 случаях к ушитому перфоративному отверстию фиксировалась прядь сальника. Лапароскопическое ушивание язв было успешным в 5 наблюдениях. Конверсию выполнили в одном случае с предварительным диагнозом деструктивный панкреатит. Срок пребывания детей в стационаре составили $10 \pm 1,5$ койко-дней. Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде не отмечалось.

Вывод. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы желудка позволяет выполнить адекватную ревизию органов брюшной полости, герметично ушить язвенный дефект, сократить сроки стационарного лечения. Применение однорядного шва при лапароскопическом ушивании язвенного дефекта является наиболее оптимальным, так как позволяет надежно ушить перфорационное отверстие не вызывая выраженного сужения препилорического отдела желудка.

549

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ**Шамсиев А. М., Зайниев С. С., Шамсиев Ж. А.***Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Актуальность. Частота неудач в лечении хронического остеомиелита не имеет тенденции к снижению, так как рецидивы послеоперативного лечения достигают 10–42%. Главными причинами рецидивов мы считаем малую информативность традиционных способов рентгенодиагностики в плане визуализации истинных размеров воспалительного очага в кости.

Цель исследования: изучение возможностей компьютерной томографии (КТ) в диагностике хронического рецидивирующего гематогенного остеомиелита (ХРГО).

Пациенты и методы. Нами проведена оценка возможностей КТ в комплексе обследования 60 больных с ХРГО трубчатых костей. В возрастном аспекте преобладали пациенты в возрасте от 12 до 16 лет (50%). В большинстве случаев отмечалось поражение большеберцовой (50%) и бедренной (40%) кости. Всем больным проведена КТ.

Результаты. При определении локализации деструктивного процесса с помощью КТ наиболее часто (80%) отмечалось поражение диафизарной и метадиафизарной зоны. Ограниченное поражение кости было у 8 (13,3%), субтотальное у 16 (26,7%), тотальное у 24 (40%) и множественное у 12 (20%) больных. Единичные деструктивные полости отмечались у 25 (41,6%) больных, множественные у 33 (55%). Одиночная склерозирующая перегородка в большеберцовой (65,7%) и бедренной (60%) костях. Множественные склерозирующие перегородки больше встречались в бедренной кости (24%). У 11 (18,3%) склеротические перегородки не отмечались. Центральная локализация деструктивного процесса встречалась у 7 (11,6%) больных, циркулярное поражение у 6 (10%). Деструкция передней поверхности кости была у 12 (20%), задней — у 8 (13,3%), задне-латеральной — у 15 (25,1%), задне-медиальной — у 12 (20%) и их сочетание — у 7 (11,6%) больных. Преобладали центральный 27 (45%) и проникающие 13 (21,6%) секвестры.

Заключение. КТ обеспечивает высокую достоверность выявления гнойно-некротических изменений в костях и повышает роль лучевых методов диагностики в выборе объема и тактики оперативного вмешательства при ХРГО.

550

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

Шамсиев А. М., Зайниев С. С., Шамсиев Ж. А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Хронический рецидивирующий гематогенный остеомиелит (ХРГО) — это результат тяжелого течения и неудовлетворительного лечения острого гематогенного остеомиелита и перехода заболевания в хроническую стадию, требующую повторных хирургических операций. Причиной рецидивов заболевания и неудачных исходов лечения является неполноценная санация деструктивного костного очага, что заставляет разрабатывать радикальные методы хирургического лечения.

Цель исследования: разработка радикального метода хирургического лечения ХРГО.

Пациенты и методы. В настоящей работе приведены результаты хирургического лечения 103 больных с ХРГО длинных трубчатых костей. Патологический процесс чаще всего локализовался в большеберцовой (51%) и бедренной (42%) костях. Ранее по поводу хронического гематогенного остеомиелита неоднократно (2–6 раз) оперировано 68 (66%) больных, однократно 35 (34%) больных. Свищевая форма заболевания отмечалась у 23 (22%). Болевой синдром в поражённой конечности отмечался у 86 (83,5%) пациентов.

Особенностью повторных операций при ХРГО явилось осторожное отслаивание надкостницы, вскрытие костно-мозгового канала длиной, соответствующей протяжённости патологических изменений костной ткани. После вскрытия костномозгового канала начинался этап санации патологического очага с последующей секвестрнекрэктомией, восстановлением структуры костно-мозгового канала с иссечением склерозирующих перегородок. Костно-мозговой канал обрабатывался растворами антисептиков с ультразвуковой кавитацией.

Результаты. Пребывание больных в стационаре составило 14 койко-дней, рана зажила первичным натяжением у 96 (93%) больных. При обследовании в сроки от 6 месяцев до 2 лет рецидивов не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, оптимальным и эффективным способом хирургического лечения ХРГО является продольная остеотомия на всем протяжении остеомиелитического очага поражённого сегмента в сочетании с ультразвуковой кавитацией хронического костного гнойного очага через остеотомическое окно с использованием антисептических растворов.

551

**ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЭПИФИЗИАРНОГО
ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ****Шамсиев А. М., Шамсиев Ж. А., Бойжигитов Н. И., Атакулов Д. О.***Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан*

Актуальность. Эпифизарный остеомиелит одна из наиболее неблагоприятных локализаций, т.к. у половины всех заболевших процесс заканчивается полным или частичным разрушением эпифиза. Наиболее часто поражаются интенсивно растущие суставные концы бедра и большеберцовой кости. Также после перенесенного заболевания остаются деформации, укорочения конечностей. Таким образом, опасность эпифизарного остеомиелита становится очевидной.

Цель исследования: анализ результатов лечения острого гематогенного эпифизарного остеомиелита (ОГЭО) у детей раннего возраста.

Пациенты и методы. Во 2 клинике СамМИ за период с 2013 по 2017 гг., в отделении неонатальной хирургии, пролечено 47 больных с ОГЭО различной локализации. Из них 21 (44,7%) девочка и 26 (55,3%) мальчиков. По локализации процесса чаще поражался проксимальный эпифиз бедренной кости у 18 (38,3%), дистальный эпифиз локтевой кости у 7 (14,8%). Проксимальный эпифиз большеберцовой кости отмечен у 2 (4,3%) пациентов. Так как при данной патологии гнойный процесс проявляется развитием гнойного артрита в пораженном сегменте, в клинике внедрен пункционный метод лечения данной патологии, который заключается в пункции и промывании сустава асептическими растворами до спада воспалительных признаков, сопровождающих данный процесс. Процесс лечения проводился по общепринятым стандартам протокола лечения.

Результаты. Полученные результаты проведенного лечения показали, что предложенная методика показала свою эффективность: снизилось пребывание больных в стационаре, переход к хронизации процесса свелся к минимуму.

Закключение. Пункционная методика лечения острого гематогенного эпифизарного остеомиелита показала свою эффективность и является лучшим методом хирургического лечения данной патологии у детей раннего возраста.

552

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

Шамсиев А. М., Шамсиев Ж. А., Бургутов М. Ж., Махмудов З. М.

Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Травма живота наиболее сложный раздел urgentной хирургии детского возраста.

Цель исследования: определение структуры повреждений органов, оценка эффективности диагностических методов и результатов лечения абдоминальной травмы у детей.

Пациенты и методы. С 2005 по 2016 гг. пролечено 97 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с абдоминальной травмой. Из них изолированная травма была у 71 (73,2%), множественная — у 5 (5,2%), сочетанная — у 21 (21,6%). Частые причины травм: падение с высоты у 23 (24%), удар об тупой предмет у 20 (21%), автотравма у 18 (18,5%), школьная травма у 12 (12,4%). Основной метод диагностики органов брюшной полости — УЗИ мониторинг, позволяющий визуализировать характер повреждения, определить объём гемоперитонеума, установить наличие продолжающегося кровотечения, свободной жидкости, расширение петель кишечника и др.

Результаты. В структуре травмы живота преобладал ушиб брюшной стенки у 42 (43%), у 4 (4%) было проникающее ранение без повреждения внутренностей. У 51 (53%) имелись повреждения внутренних органов: селезенки у 21, печени у 5, панкреаса у 4, кишечника у 8, разрыв брыжейки у 2, сальника у 2, травма почки у 9. 16 детям с повреждением селезенки, с наличием на УЗИ «малого» и «среднего» гемоперитонеума при стабильной гемодинамике проведено консервативное лечение. 5 больных с клиникой кровотечения оперировано: у 3 выполнена спленорафия, у двух больных с размождением органа — спленэктомия с аутотрансплантацией селезеночной ткани в сальник. Больные с подкапсульной гематомой печени (3) вылечены консервативно, при чрескапсульном разрыве печени выполнено её ушивание (2). Ушивание разрыва 12-перстной кишки выполнено двум больным, тощей — 1, подвздошной — 1, илеостомия — 2, колостомия — 3. Ушивание разрыва почки выполнено одному больному, нефрэктомия — 2 больным с размождением почки.

Заключение. УЗИ является достоверным методом диагностики абдоминальной травмы, определяющим выбор лечебной тактики и позволяющий в большинстве случаев применить успешные консервативные методы и увеличить долю органосохраняющих вмешательств.

553

**СЛУЧАЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕБЕНКУ
С ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ****Шангареева Р. Х., Утяшев И. Ф., Мазитов Р. Ф., Байбуurin Р. А.,
Тимершин А. Г., Юнусов Д. И., Пролыгин О. Д., Сафина А. Р., Антонов А. В.***Башкирский государственный медицинский университет, Уфа*

Актуальность. Исход лечения ребенка с политравмой зависит от своевременных мультидисциплинарных лечебных мероприятий.

Цель исследования: улучшение результатов лечения детей с политравмой.

Пациенты и методы. Девочка В. 9 лет. Диагноз: Политравма. Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Передний сцепленный переломовывих С2 позвонка. Закрытая травма живота: разрыв печени; разрыв двенадцатиперстной кишки; линейный разрыв диафрагмы; гемоперитонеум. Забрюшинная гематома. Ушиб обоих легких. Гемопневмоторакс справа. Ушиб правой почки. Травматический и геморрагический шок. Девочка доставлена в ЦРБ после автодорожной травмы в тяжелом состоянии, обусловленным травматическим и геморрагическим шоком.

Результаты. Проведены противошоковые мероприятия, экстренная операция — срединная лапаротомия: ушивание разрывов печени, диафрагмы, передней стенки двенадцатиперстной кишки; дренирование плевральной полости справа; санация и дренирование брюшной полости. По стабилизации состояния переведена в РДКБ. На четвертые сутки после травмы появилась клиника гидроторакса слева, обусловленного ушибом левого легкого. Проведено дренирование плевральной полости слева. На 5 сутки проведена операция: открытое вправление переломовывиха, передний корпородез С2-С3 позвонков. На девятые сутки проведена релапаротомия по поводу перитонита, обусловленного несостоятельностью швов на 12 перстной кишке. На 8 сутки после операции на шейном отделе позвоночника установлен люмбальный дренаж в связи с образованием ликворной гидромы шеи.

Заключение. Своевременная терапия и экстренное хирургическое вмешательство по жизнеугрожающим повреждениям способствуют спасению пациента, последующие срочные оперативные вмешательства для коррекции других травм восстановлению. Важным моментом в оказании помощи ребенку с политравмой является своевременное выявление и устранение возникших осложнений обусловленных недостаточностью репаративных процессов связанных острой кровопотерей и множеством повреждений.

554

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЁНКА С ПОЛИТРАВМОЙ

Шерман С. В., Агаларян А. Х., Галятин Е. А., Гаврилов А. В., Гусева Г. Н.

Областной клинический центр охраны здоровья шахтеров, Ленинск-Кузнецкий

Актуальность. Травмы мочевого пузыря и уретры на фоне переломов костей таза у детей встречаются редко и связаны с высоким риском осложнений. Такие травмы у девочек наблюдаются с гораздо меньшей вероятностью. По данным различных авторов, травмы мочевого пузыря и уретры выявляются у 3% девочек с переломами костей таза.

Цель исследования: описание клинического случая повреждения мочевого пузыря у ребёнка.

Пациенты и методы. В январе 2017 г. на базе ГАУЗ КО «ОКЦОЗШ» находилась на лечении девочка, 12 лет. Травма автодорожная. С места аварии доставлена в ближайшее медицинское учреждение, где была оказана хирургическая помощь. Через 9 часов после травмы бригадой постоянной готовности доставлена в «ОКЦОЗШ». Состояние тяжелое. По дренажам из брюшной полости серозногеморрагическое отделяемое. Моча по мочевому катетеру не отходит. Из влагалища поступает кровь. МСКТ: закрытый нестабильный перелом верхней и нижней ветвей лонной кости с обеих сторон, седалищной кости справа, разрыв крестцово-подвздошного сочленения справа.

Результаты. По экстренным показаниям проведена релапаротомия. При ревизии полость мочевого пузыря полностью заполнена сгустками крови. Цистотомия: обнаружены два разрыва в области шейки мочевого пузыря. Ушивание разрывов, формирование эпицистостомы. Ушивание разрыва левой боковой стенки влагалища. Дренирование паравезикального пространства. Остеосинтез костей таза аппаратом внешней фиксации. Через 14 дней отмечается отхождение мочи из влагалища. Релапаротомия, цистотомия. При ревизии выявлен дефект в области устья мочеиспускательного канала по задней полуокружности, края четко не дифференцируются. Трансвагинально рассечена передняя стенка влагалища. Выделен дефект стенки мочевого пузыря. Трансвагинальное ушивание повреждения мочевого пузыря. Дренирование паравезикального пространства. На 31 сутки девочка выписана в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Наблюдение демонстрирует трудности диагностики и лечения повреждений мочевого пузыря на фоне переломов таза у детей.

555

**ОКСИГЕНАЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ
С АППЕНДИКУЛЯРНЫМ ПЕРИТОНИТОМ****Щебеньков М. В., Шалимова В. С.***Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург
Детская городская больница № 1, Санкт-Петербург*

Актуальность. Сегодня лапароскопия прочно заняла ведущее место в хирургическом лечении аппендикулярного перитонита у детей (85%). Лапароскопический доступ позволяет эффективно санировать брюшную полость. Однако, при разлитых формах перитонита, не всегда удается добиться полной санации даже при тщательном промывании брюшной полости, что может приводить к гнойно-воспалительным осложнениям (18%). Воспалительный процесс вызывается как аэробной, так и анаэробной флорой, но условия карбоксиперитонеума при лапароскопии подавляют только её аэробную часть.

Цель исследования: улучшить результаты лечения детей с аппендикулярным перитонитом.

Пациенты и методы. Видеохирургические технологии в лечении перитонитов у детей применяются нами с 1995 г. За последние 10 лет оперировано 1857 детей с различными формами аппендицита, в том числе 206 — с осложненным перитонитом. При лапароскопическом лечении разлитых форм аппендикулярного перитонита с 2014 г. мы применяем оксигенацию брюшной полости путем введения через центральный троакар на заключительном этапе операции 2–3 литров кислорода с 5 минутной экспозицией и последующей десуфляцией (Патент России № 2205602), что значительно снижает контаминацию микрофлоры. Из 108 пациентов с аппендикулярным перитонитом, оперированных лапароскопическим доступом 16 больным с разлитой формой перитонита проведена оксигенация брюшной полости.

Результаты. Гнойно-воспалительных осложнений послеоперационного периода в группе больных после оксигенации (16 пациентов) не было, у них быстрее нормализовалась температурная кривая, снижалась интоксикация, восстанавливалась перистальтика и, как следствие, сокращались средние сроки госпитализации. Тогда как в группе без оксигенации (92 ребенка) в 6 случаях наблюдали нагноение операционной раны (6,5%), в 7 — инфильтрат (7,6%) и в 4 — абсцесс (4,3%) брюшной полости.

Заключение. Считаем, что оксигенация брюшной полости при разлитых формах аппендикулярного перитонита существенно дополняет общепринятую схему хирургического лечения детей с этой патологией, позволяя значительно улучшить результаты.

556

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПИЛОРОМИОТОМИЯ У ДЕТЕЙ

Щебеньков М. В., Котин А. Н., Рязанцев А. И.

Детская городская больница № 1, Санкт-Петербург

Актуальность. Гипертрофический пилоростеноз у детей является наиболее частой причиной нарушения эвакуации из желудка, требующей срочного хирургического лечения. Традиционная пилоромиотомия иногда может быть излишне травматична для желудка и 12-перстной кишки.

Цель исследования: улучшение результатов лечения детей с врожденным пилоростенозом.

Пациенты и методы. С 2015 по 2017 гг. в клинике оперировано 83 ребенка с гипертрофическим пилоростенозом. Диагноз был установлен на основании клинической картины и, как правило, подтверждался данными УЗИ. В сомнительных случаях выполнялась фиброгастроскопия. У 43 детей пилоромиотомия выполнена лапароскопическим методом. С 2017 г. этот способ уже использовался у большинства пациентов (91%). Возраст оперированных детей от 20 дней до 2-х месяцев, минимальная масса тела — 2500 г. Операция выполнялась через 3 минилапароскопических порта набором инструментов для пилоромиотомии фирмы «Шторц» (скальпель и диссектор).

Результаты. Средняя продолжительность лапароскопической операции составляла 15 мин. В одном случае интраоперационно выявлено повреждение слизистой, что потребовало конверсии. В послеоперационном периоде наблюдали осложнения у 5 детей: у 4-х — после традиционного доступа (3 нагноения операционной раны и 1 рецидив стеноза) и в 1 случае после лапароскопической операции (кровотечение из места пилоромиотомии), что потребовало релапароскопии. После лапароскопической операции средняя продолжительность госпитализации сократилась с 9 до 7 дней.

Заключение. Лапароскопическая пилоромиотомия является эффективным методом лечения гипертрофического пилоростеноза. Его преимуществами перед традиционной пилоромиотомией является минимальная травматизация желудка и 12-перстной кишки, что позволяет быстрее начать энтеральное питание и сократить длительность пребывания ребенка в палате интенсивной терапии. Метод выгодно отличается высокой косметичностью. Лапароскопическая пилоромиотомия сегодня является операцией выбора при гипертрофическом пилоростенозе у детей.

557

ИНТЕРМИТТИРУЮЩИЙ ЗАВОРОТ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ**Щедров Д. Н.***Областная детская клиническая больница, Ярославль*

Актуальность. Интермиттирующий заворот наиболее сложен для диагностики, однозначно не определена его хирургическая тактика.

Цель исследования: определение особенностей данной формы и хирургической тактики при ней.

Пациенты и методы. Наблюдали 19 пациентов, что составило 2,2% в общей структуре заворота яичка.

Результаты. В 19 наблюдениях отмечено 64 болевых эпизода, в 53 случаях они явились поводом для госпитализации в стационар. Истинный диагноз был установлен после второго эпизода орхалгии у 6 пациентов, у 13 потребовалось 2–5 эпизодов. Срок от первичного эпизода до установления диагноза составлял $54 \pm 12,5$ дней и зависел от выраженности эпизодов орхалгий и временного интервала между эпизодами. Пациенты наблюдались с диагнозами: рецидивирующий эпидидимит; простатит; пост травматическая орхалгия; синдром хронической тазовой боли; перекрут гидатиды. Консервативное лечение проводилось на протяжении длительного времени — до 7 месяцев. 8 из 19 пациентов были госпитализированы в экстренном порядке, 11 — в срочном порядке. Больные, поступившие экстренно, были прооперированы в экстренном же порядке, выполнялась ревизия мошонки, фиксация ишемизированного и контралатерального яичка. Во всех случаях интраоперационно отмечались изменения в связочном аппарате и косвенные признаки заворота (странгуляционная борозда на семенном канатике; кровоизлияния на придатке и яичке; геморрагический характер выпота; вторичные изменения гидатид). Пациенты, у которых диагноз был поставлен путем исключения иной патологии, были прооперированы через 1–3 суток. Подтверждением диагноза являлись характерные дефекты связочного аппарата яичка. Постишемические изменения (кровоизлияния на яичке и придатке той или иной степени разрешения; геморрагический характер выпота; склероз гидатиды) были более скудными.

Заключение. Оперативное вмешательство при интермиттирующем завороте яичка может выполняться как в экстренном, так и в срочном порядке. Торсия подтверждается клинической картиной, особенностями анатомии связочного аппарата, постишемическими изменениями.

558

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ЗАВОРОТ ЯИЧКА У ДЕТЕЙ

Щедров Д. Н.

Областная детская клиническая больница, Ярославль

Актуальность. Рецидивирующий заворот являет собой относительно небольшую группу больных, однако повторная торсия существенно усугубляет анатомическое и функциональное состояние гонады.

Цель исследования: уточнить особенности рецидивирующего заворота и определить возможности его профилактики.

Пациенты и методы. В структуре заворота яичка рецидивирующий заворот отмечен у 9 пациентов (0,82%). В двух наблюдениях рецидив отмечен после выполнения фиксирующих операций, и в семи фиксации гонады не проводилась.

Результаты. Отмечен ряд характерных особенностей:

1. Длительность первичной торсии составляла не более 8 часов, средняя составила $4,2 \pm 0,5$ часа, что меньше среднестатистического показателя ($9,1 \pm 0,4$). Сокращение времени связано с настороженностью родителей и пациентов с учетом данных анамнеза;
2. Точность диагностики составила 100%, что также обусловлено данными анамнеза;
3. Время от первичной торсии до рецидива составило у одного больного 12 лет (первичная торсия в 1 г 3 мес, рецидив в 13,5 лет), во всех остальных случаях рецидив возник в течение года после первичного эпизода;
4. Гипоплазия связочного аппарата имела место в 9% случаев, а полная его аплазия в 91%, что отличается от заворота яичка в целом (42 и 58% соответственно);
5. В двух наблюдениях торсия возникла повторно после выполнения фиксирующих операций на начальном этапе их использования до применения оригинальной патентованной методики (Патент № 2561298 РФ от 30.06.15 г). В одном случае причиной рецидива явилось использование материала с коротким сроком рассасывания, в другом фиксация одним швом только за нижнюю связку придатка;
6. Включение в протокол ведения фиксирующих операций и методически верное их выполнение практически исключило рецидивную торсию. До применения фиксации рецидивы торсии составляли 4,1%, на этапе ее освоения в 1,32%, при ее постоянном применении не отмечены.

Заключение. Рецидивирующий заворот яичка имеет свои характерные клинические и диагностические особенности, а профилактикой его является применение фиксирующих операций.

559

**ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ГЕАНГИОМ
В ОБЩЕЙ СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ СОСУДИСТЫМИ ОПУХОЛЯМИ
ПО ДАННЫМ ДРКБ Г. САРАНСКА****Щекин О. А., Буданова М. А. Окунев Н. А., Окунева А. И.***Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева, Саранск
Детская республиканская клиническая больница, Саранск*

Актуальность. Гемангиомы наиболее часто встречающиеся доброкачественные опухоли мягких тканей. У детей они встречаются с частотой до 50%. Непредсказуемость роста и возникающие осложнения требуют активного наблюдения и проведения эффективной терапии.

Цель исследования: анализ детей, поступивших на лечение в стационар, с диагнозом гемангиома в возрастной категории от 0 до 18 лет в период с 2015 по 2016 гг.

Пациенты и методы. За 2015–2016 гг. в хирургическое отделение ДРКБ города Саранска поступило 38 детей в возрасте от 0 до 18 лет с диагнозом гемангиома.

Результаты. За данный период поступило 155 детей с доброкачественными новообразованиями, из них гемангиомы выявлены у 38 (24,5%) пациентов, из них девочки — 24 (63,2%), мальчики — 14 (36,8%). По возрасту: до 28 дней — 0, до 1 года — 5 (13,2%), от 1 года до 3 лет — 17 (44,7%), от 3 до 7 лет — 9 (23,7%), от 7 до 11 лет — 4 (10,5%), от 12–18 лет — 3 (7,9%). Частота встречаемости гемангиом в городе 21 (55,3%), на селе 17 (44,7%). Локализации гемангиом мягких тканей: на голове у 12 (31,6%), туловище у 7 (18,4%), конечностях у 15 (39,5%). Отмечены случаи гемангиом внутренних органов (печени, большого сальника, сигмовидной кишки) — 5 (10,5%). По структуре: простая у 7 (18,4%), кавернозная у 17 (44,8%), комбинированная у 4 (10,5%), смешанная у 7 (18,4%). Выявлены 3 (7,9%) сосудистых мальформации. Госпитализация детей проводилась в плановом порядке в 35 случаях (92,1%), причем в 4 случаях (10,5%) гемангиом внутренних органов данные образования были выявлены по данным УЗИ при диспансеризации. С клиникой кровотечения 3 ребенка (7,5%). Хирургическое лечение получили 27 детей (71%), консервативное — 8, из них: этоксисклерол 0,5% — 2 (5,3%), анаприлин 2 мг/кг — 6 (15,8%). Обследование с целью выбора дальнейшей тактики лечения — 3 (7,9%). С выздоровлением выписано 27 (71%) детей, улучшение на фоне консервативной терапии у 11 (29%).

Заключение. Несмотря на частую выявляемость гемангиом при диспансерном обследовании амбулаторно, первым клиническим проявлением при поступлении в стационар может быть кровотечение. Особенно опасно оно в случаях локализации в желудочно-кишечном тракте.

560

ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И УРОСЕПСИСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Щербинин А. В., Мальцев В. Н., Марков С. Е., Фоменко С. А.,
Щербинин А. А., Бессонова А. Д.

*Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
Республиканская детская клиническая больница, Донецк*

Актуальность. Одной из перспективных стратегий при тяжелом течении вторичного хронического пиелонефрита (ВХП) у детей младшего возраста и уросепсисе является экстракорпоральная антибиотикотерапия (ЭАБТ), обеспечивающая направленный транспорт антибиотика в очаги воспаления.

Цель исследования: повышение эффективности антибактериальной терапии в субмаксимальных дозах и снижение количества побочных эффектов.

Пациенты и методы. За последние 12 лет проведено 42 операции ЭАБТ у 12 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет с тяжелым течением ВХП и уросепсисом. Инфузию проводят в объеме 10–15 мл/кг, за счет кристаллоидных растворов. После забора крови (10% от ОЦК) проводят центрифугирование, в клеточную массу добавляют суточную дозу антибиотика. После инкубации разбавляют раствором 0,9% NaCl и переливают больному. Удаленную плазму после сеанса дискретного малообъемного плазмофереза и инфузии форменных элементов возвращают больному. Терапию проводят через день по 3–4 сеанса с переходом на дескалационную АБ терапию.

Результаты. У больных, которым проводилась экстракорпоральная фармакотерапия, отмечалась меньшая (на 1+0,9 день) необходимость проведения интенсивной терапии. Быстрее, в среднем на 3+0,7 суток, наступала нормализация температуры тела и санация анализа мочи. У больных нормализовались лейкоцитарная формула крови и показатели клеточного и гуморального иммунитета. Динамика экскреции с мочой sICAM, как цитокина, прямо отражающего наличие воспалительного процесса в мочевых путях, показывает, что уровень его после применения ЭАБТ $15,5 \pm 1,70$ мкмоль/л достоверно ниже, чем при общепринятой терапии ($22,2 \pm 3,50$). ЭАБТ включает в себя инфузионную нагрузку в режиме предилуции и низкодозовый плазмаферез. Неспецифическая коррекция эндогенной интоксикации играет дополнительную роль в механизмах терапевтического действия ЭАБТ.

Заключение. ЭАБТ является эффективным методом лечения тяжелого ВХП при агрессивном, упорно рецидивирующем течении пиелонефрита и уросепсисе, а также необходимости применения препаратов в субтоксических дозах.

561

**ТЕСТИКУЛЯРНЫЙ КРОВОТОК У ДЕТЕЙ ПРИ ДЕТОРСИИ
ПЕРЕКРУЧЕННОГО ЯИЧКА****Щербинин А. В., Фоменко С. А., Москаленко А. С., Вакуленко М. В.,
Лепихов П. А.***Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького*

Актуальность. Острые хирургические заболевания органов мошонки у мальчиков составляют основную группу приобретенных заболеваний, которые могут приводить к атрофии яичка из-за критического нарушения его кровоснабжения.

Цель исследования: изучить изменения параметров тестикулярного кровотока у детей с перекрутом яичка на основании анализа данных ультразвукового исследования яичек до и после оперативного лечения.

Пациенты и методы. Обследовано 34 мальчика в возрасте от 5 до 14 лет, оперированных в Республиканской детской клинической больнице г. Донецка по поводу перекрута яичка с давностью заболевания до 6 часов. Всем пациентам проводилась доплерография сосудов яичек накануне оперативного лечения через 7 и 30 суток после него. Были изучены пиковая систолическая и конечная диастолическая скорости кровотока, индекс резистентности (RI). Параметры определяли с больной и с контралатеральной стороны.

Результаты. До оперативного пособия у 20 пациентов определить значения RI не представлялось возможным из-за очень низких скоростных показателей кровотока, у 14 мальчиков кровоток в паренхиме яичка не прослеживался. Через 7 суток после деторсии у 26 пациентов (76,5%) наблюдалось повышенное периферическое сопротивление кровотоку, выражавшееся в увеличении значений RI до $0,78 \pm 0,07$, что достоверно ($p > 0,05$) выше показателей контралатерального яичка ($RI = 0,64 \pm 0,05$). У 8 мальчиков (23,5%) значения RI не имели достоверных отличий от показателей здорового яичка. Через 30 суток после операции кровообращение в яичке восстанавливалось у 29 пациентов (85,3%), RI в среднем составлял $0,67 \pm 0,06$. У 5 (14,7%) мальчиков значения RI были повышены, что говорит о сохранении недостаточности кровоснабжения яичка.

Заключение. У детей с перекрутом яичка давностью до 6 часов наблюдается резкое обеднение кровотока его паренхимы. Через 7 суток после оперативной деторсии кровоток яичка восстанавливается у 23,5% мальчиков. Через 30 суток после операции кровообращение в пораженном яичке нормализуется у большинства пациентов (85,3%).

562

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕДДВЕРИЯ НОСА, КРЫЛА НОСА И НОСОВОГО КЛАПАНА ПРИ РУБЦОВЫХ АТРЕЗИЯХ У ДЕТЕЙ

Юнусов А. С., Ларина Л. А., Молчанова Е. Б., Арбиева С. Э., Ларина Е. О.

Научно-клинический центр оториноларингологии, Москва

Актуальность. Рубцовые атрезии преддверия и полости носа возникают в результате различных причин, основными из которых являются хирургические вмешательства в полости носа, инородные тела полости носа, термические и химические ожоги. Возникшие рубцовые атрезии вызывают нарушение функции носового клапана, деформации наружного носа и значительные изменения функций носа, что приводит к негативным последствиям для психофизического развития детей.

Цель исследования: разработать способ хирургической коррекции наружного носа, клапана носа и восстановление анатомической архитектоники внутриносовых структур при рубцовых атрезиях с использованием аутоотрансплантата.

Пациенты и методы. В период с 2012 по 2017 гг. было пролечено 10 детей в возрасте от 5 до 15 лет с рубцовыми атрезиями преддверия носа, возникшими в результате выше перечисленных причин. Хирургическое лечение выполняли под эндотрахеальным наркозом в стационарных условиях. Иссечение рубцовой ткани проводили с применением холодного инструментария, гемостаз по ходу операции с использованием электрокоагуляции лишь при интенсивном кровотечении. В качестве аутоотрансплантата для формирования крыла носа и носового клапана применяли хрящ козелка ушной раковины, который полностью соответствует форме крыла носа, что имеет принципиальное значение для правильного функционирования носового клапана. Тампонаду осуществляли тампонами MEROCEL с 10% синтомициновой эмульсией. Удаление тампонов осуществляли на 2–3 сутки.

Результаты. Период катамнестического наблюдения составил 1–2 года. За это время деформации формы наружного носа за счёт рецидива рубцовых изменений не возникло, нарушение носового дыхания не отмечено. Все пациенты остались довольны качеством жизни после оказанного хирургического лечения.

Заключение. Предложенный нами способ хирургической коррекции деформации наружного носа и формирование клапана носа с использованием аутоотрансплантата позволило добиться стойких положительных результатов и хорошего косметического эффекта, что имеет огромное значение для развивающегося детского организма.

ЧАСТЬ III

VIII ФОРУМ ДЕТСКИХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

563

ВАКЦИНАЦИЯ ПЕРСОНАЛА — ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ОБЩЕЙ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В УСЛОВИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ДЕТСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Артамонова И. Л., Кавецкая Е. В., Рогова М. Д.

*Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. В соответствии с ФЗ от 17.09.1998 N 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» с изменениями 2016 г. и Постановлением Правительства РФ от 15.07.1999 № 825, медицинские работники должны быть вакцинированы против инфекций, входящих в Национальный, региональный календарь прививок и по эпидемиологическим показаниям, соблюдать схему и сроки проведения вакцинации. Лица, ответственные за организацию вакцинопрофилактики осуществляют не только иммунизацию, но и контроль за графиком вакцинации персонала.

Цель исследования: проанализировать эффективность работы сотрудников отделения вакцинопрофилактики, ФГАУ НМИЦ здоровья детей за трехлетний период (2015–2017 гг.).

Пациенты и методы. Анализ ситуации с вакцинопрофилактикой показал, что персонал не всегда следит за сроками проведения прививок, перекадывая ответственность на администрацию. Для проведения вакцинопрофилактики нами отработан следующий алгоритм:

- старшими медицинскими сестрами составляются списки о состоянии вакцинации и визируются заведующими подразделениями;
- перед вакцинацией осуществляется просмотр личных медицинских книжек, прививочных сертификатов, проводится опрос о наличии медицинского отвода;
- для вакцинации специально оборудован кабинет, установлен график приема персонала;
- для привлечения к вакцинации активно используются электронный ресурс учреждения.

Результаты. В 2015, 2016, 2017 гг. против гриппа было привито соответственно 83, 87, и 89% сотрудников. Исключение из числа вакцинированных составляют лица, имеющие медицинские отводы и получившие прививки в других учреждениях. Контроль медицинской документации позволил в 2017 г. по сравнению с 2015 г. в 5,5 раз увеличить количество лиц, привитых против кори; в 3,4 раза, ревакцинированных против дифтерии и столбняка; в 3 раза против вирусного гепатита В.

Заключение. Отработка алгоритма вакцинопрофилактики позволяет контролировать процесс вакцинации, охватить всех сотрудников прививками, что способствует ограничению распространения и ликвидации инфекционных болезней в учреждении.

564

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Балакирева А. В., Бобошко И. Е., Конопляник Н. И.

*Ивановская государственная медицинская академия, Иваново,
Российская Федерация*

Актуальность. Низкая информированность беременных о негативном влиянии нарушений их образа жизни на здоровье будущего ребенка во многом обуславливает высокую заболеваемость детей на первом году жизни, что говорит о необходимости оптимизации информационного сопровождения пациенток на антенатальном этапе.

Цель исследования: разработка, внедрение и оценка эффективности медико-организационных подходов к оптимизации мероприятий по антенатальной охране здоровья детей.

Пациенты и методы. Опрос беременных ($n = 215$), педиатров и медсестер ($n = 295$; $n = 106$), анализ нормативной базы по антенатальной охране здоровья детей, организационный эксперимент.

Результаты. Высокая распространенность нарушений в образе жизни пациенток, их низкая информированность о влиянии этих факторов на здоровье будущего ребенка, и низкая удовлетворенность информированием отражают недостаточную активность педиатрического звена в этой работе. По данным листов дородовых патронажей нарушения образа жизни имелись у 87,1% беременных, а рекомендации по этим нарушениям были выданы лишь в 59,7% случаев, а социальный анамнез был оценен правильно у 72,7% беременных. Недостаточное внутриведомственное взаимодействие педиатрической службы с женскими консультациями при реализации профилактического консультирования беременных, обусловлено отсутствием механизма обмена информацией о проведенных мероприятиях между службами, а также формы документального закрепления выдаваемых пациенткам рекомендаций. Для повышения активности педиатрической службы в этой работе разработан комплекс памяток, соответствующих действующим стандартам оказания медицинской помощи, а также форма документального закрепления выдаваемых пациенткам рекомендаций.

Закключение. Установлено снижение частоты нарушений в образе жизни беременных, как за счет их своевременного информирования, так и документального закрепления рекомендаций, что подтверждалось достоверным повышением информированности женщин по вопросам влияния образа жизни на здоровье будущего ребенка, значимости для них этой информации и удовлетворенности ее предоставлением.

565

**ПРОБЛЕМНЫЕ ЗОНЫ ПРОПАГАНДЫ ГРУДНОГО
ВСКАРМЛИВАНИЯ****Гречанинова Л. М., Зубкова Т. С., Журавлева Т. П., Шумова А. Л.***Рязанский медицинский колледж, Рязань, Российская Федерация*

Актуальность. По данным статистики не наблюдается динамики в распространенности исключительно грудного вскармливания среди детей в возрасте до 6 месяцев. Формирование у медицинских работников ценности и навыков пропаганды грудного вскармливания служит основой для его поощрения и поддержки. Эффективность пропаганды определяется, в первую очередь, установками медицинских работников и их приверженностью принципам грудного вскармливания.

Цель исследования: изучение проблемных зон пропаганды грудного вскармливания среди молодых специалистов.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 59 выпускниц медицинского колледжа по клиническим специальностям в возрасте 19–21 год. Опрос проводился на основе разработанной анкеты, в которой предлагалось оценить рекламу грудного и искусственного вскармливания, а также оценить по 5-ти бальной шкале собственное отношение к принципам грудного вскармливания.

Результаты: Среди опрошенных 35,6% знакомы с рекламой грудного вскармливания. Рекламу смесей для кормления детей видели более 93,2% и высоко оценили ее качество. Продолжительность исключительно грудного вскармливания только до 3 месяцев считают необходимым 34% опрошенных, а 5% указали на право женщины самой принимать решения по данному вопросу. Средний балл по поддержке принципов грудного вскармливания распределился следующим образом. Максимальные значения имели № 3 и № 5 принципы информирования и обучения матерей (по $4,7 \pm 0,1$ баллов), минимальные № 6 (не давать дополнительно пищи и воды $4,0 \pm 0,1$), № 9 (не давать искусственных средств, имитирующих грудь $3,7 \pm 0,2$) и № 10 (создание групп поддержки грудного вскармливания $3,6 \pm 0,2$).

Закключение. Данные результаты свидетельствуют о необходимости активной рекламы грудного вскармливания и привлечения медицинских работников особенно педиатрического профиля к пропаганде среди родителей принципов грудного вскармливания.

566

АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПОДРОСТКОВ О ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРАХ РИСКА И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Губарева В. А., Захарова Е. В., Клишунова Л. В.

Рязанский медицинский колледж, Рязань, Российская Федерация

Актуальность. Модификация поведенческих факторов риска развития заболеваний является актуальной проблемой, в решении которой основное место занимает грамотность подростков в вопросах здоровья.

Цель исследования: оценка информированности обучающихся о факторах риска, приводящих к нарушению здоровья.

Пациенты и методы. В рамках исследования было проведено анкетирование 95 студентов (девушек) возрастной категории 16–18 лет. Опрос обучающихся проводился по следующим направлениям: здоровое питание, двигательная активность, вредные привычки (табакокурение, употребление алкоголя). Анкета включала вопросы, связанные с информированностью о факторах риска и приверженностью к здоровому образу жизни.

Результаты. Исследование выявило достаточно высокую информированность опрошенных о факторах риска и их влиянии на здоровье. Так, 97,3% считают, что курение вредно. 85,3% опрошенных о вреде курения узнали из общения в кругу семьи, однако 72,6% высказывают мнение, что трудно бросить курить, оправдывая тем самым приверженность к данной привычке. При этом пробовали курить 46,8% опрошенных, а продолжают 10,5%. Всего лишь 54,7% опрошенных считают высоким риском для здоровья употребление алкоголя, употребляют алкогольные напитки 1 раз в месяц 45,3% обучающихся. Нерегулярное употребление пищи считают вредным для здоровья 72,6% опрошенных, 56,8% употребляет горячее питание 1 раз в день. Высокий уровень информированности о влиянии двигательной активности на здоровье выявлен у 93,7% опрошенных; 51,6% опрошенных, регулярно занимаются физкультурой помимо учебных занятий.

Заключение. Проведенный опрос показывает, что отмечается несоответствие высокого уровня информированности о факторах риска и приверженностью к здоровому образу жизни. Необходимо активно вовлекать обучающихся в мероприятия, направленные на формирование устойчивой позиции по исключению факторов риска из повседневной деятельности.

567

СПЕЦИФИКА ОКАЗАНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА**Ибрагимова И. Р., Самороднова Е. А., Сулейманова З. Я.***Детский стационар № 18 городской клинической больницы, Казань, Российская Федерация*

Актуальность. Заболевания органов пищеварения у детей занимают по частоте третье место после сердечно-сосудистой патологии и болезней органов дыхания, кроме того отмечается тенденция к их учащению, особенно в школьном возрасте.

Цель исследования: выявить основные проблемы сестринской деятельности при оказании помощи детям с патологией органов пищеварения.

Пациенты и методы. Проведено анкетирование 64 респондентов (50 пациентов и 14 медсестер отделения). Исследование проводилось на базе педиатрического отделения детского стационара ГАУЗ ЦКБ № 18 г. Казани.

Результаты. В нозологической структуре пациентов, находившихся в отделении около 60% детей с гастроэнтерологической патологией в возрасте от 12 до 17 лет. Чаще всего дети предъявляли жалобы на диспепсический и болевой синдромы. По данным опроса наиболее негативную реакцию у пациентов в процессе лечения в стационаре вызывают инструментальные методы обследования (ФГДС, УЗИ, зондирование) — 96% и медикаментозное лечение — 64%, требуется дополнительное информирование пациентов по вопросам диетотерапии и противорецидивного лечения (89% и 75% соответственно). Опрос медсестер показал, что основные проблемы в их работе: несоответствие количества коек для лечения гастроэнтерологических больных реальному количеству пациентов (40% против 60%), неполная укомплектованность сестринских штатов, что ведет к перегрузке работающего персонала, снижению уровня и качества медицинского обслуживания. Отдельно отмечены взаимоотношения с родителями пациентов (37%), которые не обсуждают с детьми вопросы гигиены, не выполняют рекомендации по диете и лечению.

Заключение. Для решения имеющихся проблем требуются административные меры по комплектации штатов и реструктуризации коечного фонда отделения, усиление работы сестринского персонала по информированию пациентов и их родителей об особенностях профилактики, диагностики и лечения гастроэнтерологической патологии у детей.

568

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ВОСПИТАНИИ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Корнильева О. А.

Областная больница № 12, Заводоуковск, Тюменская область

Актуальность. Основой в практической работе врача педиатра и медицинской сестры является установление психологического контакта с пациентом, внедрение приобретенных знаний и навыков, формирование доверительной грамотно поставленной работы, что поможет избежать нежелательных преград в дальнейшем участии в охране здоровья малыша. Основная цель — предупредить необратимые последствия, способные привести к инвалидизации.

Цель исследования. В чем состоит наша основная задача и ответственность, как родителей, и медицинских работников, образец в воспитании здорового поколения, которое будет иметь нравственное воспитание, цели, задачи в достижении успеха и процветания здорового образа жизни, иметь возможность активной жизненной позиции, учиться, работать, иметь возможность сохранить крепкое здоровье.

Пациенты и методы. Правильно и грамотно изложенная информация медицинского характера, имеет преимущество перед ложно вымышленными представлениями в развитии иммунной системы малыша. Необходимо систематически вести разъяснительную работу. Пользуясь актуальными научно доказанными методами, взяв за основу убеждение. Важно наличие психологического контакта.

Иммунопрофилактика как метод индивидуальной или массовой защиты населения от инфекционных заболеваний путем создания или усиления иммунитета. Родители должны помнить, что за их недоверие и безграмотность самый дорогой человек может расплатиться ценной монетой, своим здоровьем!

Результаты. Необходимо систематически вести разъяснительную работу, что позволяет изменить негативно настроенную позицию в отношении иммунопрофилактики.

Заключение. Истинное воспитание состоит не столько в правилах, сколько в упражнениях. Родители должны помнить, что за их недоверие и безграмотность самый дорогой человек может расплатиться своим здоровьем! Детям больше нужен пример для подражания, чем критика (Ж. Жубер). Воспитывая их, нынешние родители воспитывают будущую историю нашей страны, а значит и историю мира.

569

**КОНТРОЛЬ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ ПРЕПАРАТОВ,
ПРИМЕНЯЕМЫХ В ОТДЕЛЕНИИ НЕФРОЛОГИИ:
РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА****Милованова А. М.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва*

Актуальность. За год в отделении нефрологии НМИЦ здоровья детей лечатся более 600 детей из всех регионов России и стран ближнего зарубежья. Пациенты получают комплексную терапию, действие которой требует контроля со стороны медицинского персонала.

Цель исследования: изучить основные побочные эффекты препаратов, применяемых в отделении нефрологии, и методы их контроля с позиции медицинской сестры.

Пациенты и методы. Наблюдение пациентов нефрологического отделения НМИЦЗД, принимающих глюкокортикостероидную (ГКС), иммуносупрессивную и антигипертензивную терапию.

Результаты. Прием ГКС в течение длительного времени может приводить к развитию гипертонии, ожирения, остеопороза, замедления роста, гастрита, вторичных иммунодефицитов, катаракты. Иммуносупрессивную терапию циклоспорином А (ЦсА) и такролимусом с целью уменьшения нефротоксичности проводят под контролем концентрации препарата в крови. Для ЦсА концентрация через 12 часов после приема (C₀) не должна быть выше 150 нг/мл, а при приеме такролимуса C₀ необходимо поддерживать на уровне 5–10 нг/мл. Важно правильно и точно по времени осуществлять забор крови. Среди других побочных эффектов этих препаратов: артериальная гипертензия и гипертрихоз. Характерна так называемая циклоспориновая гипертрофия десен. Прием антигипертензивных препаратов может привести к развитию гипотензии. Наиболее опасным побочным эффектом β-адреноблокаторов, требующим контроля, является брадикардия. Прием ингибиторов АПФ может привести к гиперкалиемии, нейтропении, гиперазотемии; блокаторов кальциевых каналов — к тахикардии; диуретики могут вызывать электролитные расстройства, гиповолемию.

Заключение. Подбор терапии детям осуществляется индивидуально во время госпитализации. Медицинская сестра первой может заметить побочные явления, требующие немедленной коррекции. Важно следить за самочувствием ребенка, обращать внимание на его внешний вид, вовремя выявлять первые признаки инфекции, а также контролировать вес, диурез и уровень артериального давления.

570

МЕДИЦИНА 2.0. НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ НА БАЗЕ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Неволин Ю. С.

*ГАУЗСО Краснотурьинская городская больница, Краснотурьинск,
Российская Федерация*

Актуальность. Стремительное развитие информационных технологий, приводит к возникновению новых способов коммуникаций с возможностью воздействия на широкую аудиторию. Традиционные подходы донесения информации о профилактике детских заболеваний с использованием плакатов, брошюр, объявлений, оказывают все меньшее влияние.

Цель исследования: изучить особенности работы информационного ресурса на платформе социальной сети в «В контакте», в виде созданной группы «Азбука детского здоровья» (https://vk.com/abc_of_child_health).

Пациенты и методы. Проведен анализ организационного эксперимента с участием 545 человек, подписанных на группу «Азбука детского здоровья» в социальной сети «В Контакте».

Результаты. За три месяца работы группы на нее подписалось 545 подписчиков. Мужчин — 23%, в том числе в возрасте 18–21 год — 4,5%, 21–27 лет — 5,1%, 27–35 лет — 7,7%, 35–45 лет — 5,7%. Женщин — 77%, в том числе в возрасте 18–21 год — 6,4%, 21–27 лет — 19,4%, 27–35 лет — 29,7%, 35–45 лет — 20,6%.

В опросах, посвященных актуальным вопросам детского здоровья, участвовало до 15% подписчиков. Информация размещалась в виде постов, носящих познавательный и развлекательный характер. Темы постов определены контент-планом, составленным с учетом пожеланий подписчиков, эпидемиологической обстановки, календаря медицинских мероприятий и т. д.

Просмотры материалов группы осуществлялись в 15,1% с компьютера, в 84,9% с мобильных устройств. Всего с вопросами о здоровье ребенка, обратилось 84 человека. Опубликованные материалы просматривались от 200 до 600 раз.

Заключение. Таким образом, создание сообществ в социальных сетях интернета, посвященных профилактике детских болезней, может стать эффективным инструментом для повышения осведомленности родителей принципам медицинской профилактики.

571

РЕАЛИЗАЦИЯ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА «КООРДИНАТОРЫ ЗДОРОВЬЯ» КАК ЗНАЧИМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ**Опина О. Г.***Детский клинический медицинский центр, Чита, Российская Федерация*

Актуальность. Современное здравоохранение выдвигает серьезные требования к медицинскому персоналу, связанные с качеством их деятельности, непрерывным поиском новых более совершенных подходов, ориентированных на пациента. В январе 2017 г. Министерством здравоохранения Забайкальского края запущен проект «Координаторы здоровья». Его смысл: максимально приблизиться к пациенту, перенести доврачебную помощь, информирование и профилактические мероприятия к нему в дом. Координаторы — это своего рода путеводители для пациентов, определяющие индивидуальный маршрут, подбор соответствующего специалиста, обследования, определяющие дату и время посещения поликлиники, консультации на дому. Контакт пациента с системой здравоохранения начинается на амбулаторном этапе, ближе всех к пациентам медицинские сестры, они и стали этими «координаторами».

Цель исследования: изучить результативность работы проекта на базе ГУЗ «ДКМЦ г. Читы».

Пациенты и методы. Была проведена сопоставительная оценка результатов работы по отчетным формам. Проведен социологический опрос 470 из 476 участников Проекта с последующим анализом данных.

Результаты. Особенность Проекта в том, что координатор наблюдает всех членов семьи и при выявлении проблемы передает информацию в соответствующие инстанции (взрослый медицинский центр, службу соц. защиты, ОВД, центр психологической помощи). Куратор разрабатывает план сестринских вмешательств и тактику наблюдения. Консультирует методом активных патронажей, телекоммуникационной связи (телефон, e-mail, онлайн-общение). Записывает на прием, организует обследование и визит любого врача на дом. Проводит контроль своевременной выписки, получения, приема лекарственных препаратов. При анализе анкет выявлено, что все семьи устраивает Проект, они желают участвовать в нем далее, так как основную часть необходимой помощи получают дома.

Заключение. Курируемые удовлетворены комфортностью и полнотой оказания медицинской помощи. Произошло снижение количества обострений у хронических больных, числа вызовов скорой помощи, экстренной госпитализации, вызовов врачей на дом, повысился показатель охвата диспансеризацией.

572

СЕСТРИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Полковникова Е. В.

Городская поликлиника № 5, Тюмень

Актуальность. На сегодняшний день роль медицинской сестры меняется. Она не помощник врача, а является помощником пациента, и основным участником медицинского процесса, особенно это касается педиатрии. Ведь сестринское наблюдение детей, особенно первого года жизни, играет очень большое значение в профилактике нарушений развития ребёнка. Поэтому медицинские сестры должны непрерывно повышать свой профессиональный уровень знаний в быстро развивающемся современном мире ведь многие принципы ухода, используемые десятилетиями, пересмотрены и с учетом новых исследований отличаются от стандартов используемых ранее.

Цель исследования: повышение качества оказания сестринской помощи детям.

Пациенты и методы. Для повышения качества оказания сестринской помощи необходимо: обучение медицинских сестер на рабочем месте как теоретическим так и практическим знаниям, касающимся наблюдения и ухода за ребенком и профилактики заболеваний; разработка схемы-шаблона проведения патронажа. Контроль оказания сестринской помощи со стороны старших медицинских сестер.

Результаты.

- Подготовлены презентации для обучения медицинских сестер с отработкой практических манипуляций.
- Разработана схема проведения патронажа.
- Веден контроль над качеством оказания сестринской помощи
- Установлен контроль по оформлению медицинской документации участковой медицинской сестры:
- Осуществляется еженедельный контроль ведения учета и планирования патронажей.
- Введен ежемесячный отчет о проведении профилактических прививок.
- Утвержден контроль над оформлением истории развития ребенка с заполнением карты экспертной оценки.
- Установлен ежемесячный контроль ведения паспорта участка.
- Осуществляется ежемесячный отчет по планированию медицинского осмотра диспансерной группы и выполнению плана.

Заключение. Сестринское наблюдение очень важно с целью своевременного предупреждения возможных заболеваний, нарушений развития, выявления врожденных и приобретенных патологических состояний, поэтому необходимо повышать уровень квалификации медицинских сестер путем непрерывного обучения и контроля над выполняемой работой старшими сестрами, тем самым, повышая качество оказания сестринской помощи.

573

СНИЖЕНИЕ СТРЕССА У ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНВАЗИВНЫХ МАНИПУЛЯЦИЙ**Романова Е. Д., Артамонова И. Л., Варфоломеева Е. Ю.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Инвазивные манипуляции у детей младенческого возраста часто сопровождаются эмоциональными реакциями плача, крика, напряжения и сопротивления, что мешает проведению самой процедуры и формирует у ребенка негативный опыт общения с медицинской сестрой. Поиск способов снижения стресса у детей при сестринских медицинских манипуляциях является актуальным.

Цель исследования: определение способов снижения стресса у детей младенческого возраста при проведении инвазивных манипуляций.

Пациенты и методы. Проведено анкетирование 68 родителей после постановки их ребенку пробы Манту и вакцинации от туберкулеза в отделении вакцинопрофилактики детей с отклонениями в состоянии здоровья ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. Возраст детей от 2–12 месяцев. Матери отмечали варианты ответов, описывающие эмоциональную реакцию их ребенка во время постановки внутрикожных проб в одной из экспериментальных ситуаций: первая — ребенок прикладывается к груди матери (35 чел.), вторая — ребенок не прикладывается к груди матери, поскольку находится на искусственном вскармливании (33 чел.).

Результаты: 62,8% детей в первой экспериментальной ситуации были полностью сосредоточены на кормлении и не отвлекались на процедуру; 17,2% отстранялись от груди матери только в момент введения иглы, но вели себя спокойно; 14,3% плакали при введении иглы, но не отвлекались от груди матери и быстро успокаивались и 5,7% плакали все время и отказывались от груди матери. 90,9% детей во второй экспериментальной ситуации плакали все время нахождения в медицинском кабинете. Из них 78,8% плакали и вырывались, 9,1% не плакали, внимательно наблюдали за медицинской сестрой.

Вывод. Прикладывание младенца к груди матери является эффективным способом снижения стресса у детей младенческого возраста при проведении инвазивных манипуляций в виде пробы Манту и вакцинации от туберкулеза. Полученные результаты служат аргументом для мотивирования родителей на грудное вскармливание.

574

ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА НЕДОНОШЕННЫМИ НА АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Самороднова Е. А., Волянюк Е. В., Латфуллина Л. М.

*Казанский государственный медицинский университет, Казань,
Российская Федерация*

Актуальность. В последние годы отмечается рост числа детей, рожденных преждевременно. Это требует особых подходов в сестринской деятельности на амбулаторно-поликлиническом этапе выхаживания недоношенных для обеспечения контроля их развития и снижение частоты формирования хронических форм патологий и уменьшения ранней инвалидности.

Цель исследования: выявить наиболее значимые проблемы детей на основе анкетирования матерей для оптимизации сестринского ухода за недоношенными на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Пациенты и методы. Проведено анкетирование 60 родителей пациентов отделения катамнеза недоношенных ГАУЗ ГДБ № 1 г. Казани, 2/3 пациентов — это недоношенные 1 и 2 степени, 1/3 — родившиеся на сроке менее 32 недель.

Результаты. Наиболее актуальными проблемами для родителей являются вопросы питания, так у 63,3% матерей, возникли проблемы, связанные с подбором и переносимостью искусственных смесей, продуктов прикорма. Практически все родители выразили желание получить дополнительную информацию по этому вопросу. Кроме того, 28% родителей нуждаются в информировании об особенностях физического и психического развития детей, 20% о потребностях в ЛФК и массаже, 6,6% о вакцинации и уходе за недоношенным ребенком. Учитывая современные общественные тенденции, следует отметить, что традиционные формы информирования пациентов утрачивают свою актуальность, на первый план выходят социальные сети, виртуальные источники информации. Так в отделении катамнеза открыта страничка «Торопыжки» в соцсети «Вконтакте». Но настоящий момент требуется создание сайта отделения катамнеза, где можно разместить образовательные материалы для родителей. Дополнить электронные информационные ресурсы можно проведением мастер-классов по массажу и ЛФК, что повысит эффективность реабилитации недоношенных.

Заключение. Таким образом, одним из актуальных направлений оптимизации сестринской деятельности по выхаживанию недоношенных является семейно-ориентированный подход, направленный на активное вовлечение семьи в процесс реабилитации и информировании по широкому кругу вопросов.

575

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАБИНЕТА РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ**Саутина Е. В., Веницкая Н. А.***Детский медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва, Российская Федерация*

Актуальность и популярность рефлексотерапии объясняется универсальностью и высокой эффективностью метода. При воздействии на акупунктурные точки тела и меридианы, регулируется работа связанных с ними органов.

Цель исследования: анализ деятельности медицинской сестры кабинета как ассистента врача-рефлексотерапевта. От правильной организации работы в кабинете, согласованности действий врача и медицинской сестры зависит число пациентов, которым оказана помощь и количество проводимых им процедур.

Пациенты и методы. Основные методики, применяемые в кабинете рефлексотерапии, классические: баночный массаж, точечный массаж, иглорефлексотерапия. Велика доля лазеротерапии в связи с увеличением в последние годы числа детей дошкольного возраста с патологией ЛОР-органов. К началу приема медицинская сестра готовит кабинет к приему пациентов, карты учета процедур, медицинские инструменты, аппараты для акупунктурной диагностики, электропунктуры, лазерной рефлексотерапии. В ходе приема медсестра ассистирует врачу при выполнении процедур, контролирует лечебно-охранительный режим; наблюдает за состоянием больных во время и после проведения процедур. По назначению врача-рефлексотерапевта медсестра проводит ряд манипуляций: баночный массаж при заболеваниях органов дыхания и как подготовительная процедуры в начале сеанса иглотерапии; поверхностная иглотерапия; прогревание полынными сигарами — бесконтактное прогревание акупунктурных точек и зон.

Результаты. За 10 месяцев 2017 г. в кабинете получили лечение 311 детей. Из них 251 ребенку проведено 1527 процедур баночного массажа, 23 ребенка получили 135 процедур поверхностной иглотерапии, а 18 детям всего было сделано 139 процедур прогреваний полынной сигарой. Треть детей получили повторные курсы.

Вывод. Таким образом, повышение компетентности медицинской сестры, четкое взаимодействие с врачом значительно повышает качество оказания медицинской помощи детям, на четверть увеличивает количество и эффективность проводимых лечебных процедур.

576

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ УЧАЩИХСЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Синицына Н. Н.

*Каскаринская амбулатория ГБУЗ ТО «Областная больница № 19», Тюмень,
Российская Федерация*

Актуальность. 70% учащихся считают, что санитарно-просветительная работа должна проводиться более современным методом.

Цель исследования: увеличить число желающих посещать обучающие мероприятия и повысить процент восприятия и усвоения информации.

Пациенты и методы. В связи с этим возникает потребность применения новых методов.

Самым эффективным и актуальным на сегодняшний день является организация волонтерской деятельности в школе.

Подросток-волонтер участвует в профилактических и просветительных мероприятиях, направленных на формирование культуры здорового образа жизни, создавая условия для открытого и искреннего общения со сверстниками.

Волонтеры — это активные подростки, с положительной мотивацией на здорового образа жизни, которые высоко ценят в жизни здоровье и в дальнейшем планируют связать свою жизнь с медициной, они принимают участие в проведении различных мероприятий: акций, помогают в проведении мастер-класс, профилактических беседах, проводят анкетирование учащихся.

Работа в команде, медицинская сестра плюс волонтер, это не только активная форма работы, но и демонстрация своих знаний и умений, которая приводит к высокой степени усвоения информации учащимися, формирует навыки сохранения здоровья, а также потребность к его поддержанию и укреплению.

Результаты. Примером послужило мероприятие, проведенное в сентябре 2016 г. «День профилактики гриппа».

Волонтеры провели беседу с учащимися «Профилактика гриппа и ОРВИ», на каждой перемене был организован мастер — класс: «Изготовление ватно-марлевой повязки», «Изготовление аромакулонов», «Точечный массаж в борьбе с гриппом».

Результат мероприятия: вовлечение большого количества учащихся, привитие навыков борьбы с гриппом и ОРВИ, применение на практике данных рекомендаций, снижение заболеваемости ОРВИ на 11% по сравнению с 2015 годом.

Заключение. Проведённое мною исследование и опыт показывает, что согласно современному подходу к организации мероприятий, направленных на ЗОЖ, является результативным и эффективным, вовлекает учащихся в проведении подобных мероприятий, повышая степень усвоения информации.

577

**РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ
ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ
В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ****Скоробогатова Е. А., Букина Т. А., Модестов А. А.***Новокузнецкая городская детская клиническая больница № 3, Новокузнецк,
Российская Федерация*

Актуальность. Вакцинопрофилактика является важнейшим резервом снижения заболеваемости, инвалидности и смертности населения.

Цель исследования: разработать последовательность действий фельдшера образовательной организации при организации и проведении вакцинопрофилактики управляемых инфекций.

Пациенты и методы. База исследования «Новокузнецкая городская детская клиническая больница № 3». Находящееся в структуре больницы отделение оказания медицинской помощи детям Новоильского района работает в 33 образовательных учреждениях. В их числе 22 дошкольных (число детей 5196 чел.) и 11 общеобразовательных учреждений (численность учащихся 9549 чел.)

Результаты. По специально разработанной анкете был проведен в 11 школах района и в 18 дошкольных учреждениях социологический опрос 2451 родителей, который показал следующее. Были выявлены наиболее частые мотивы отказа от прививок:

- убеждение, что не существует риска заразиться инфекцией, против которой проводится прививка — 31,3%;
- уверенность в том, что есть другие способы защиты от инфекций — 22,2%;
- мнение, что лучше переболеть этой болезнью — 14,3%;
- боязнь осложнений после прививки — 12,5%;
- недоверие к официальной, «традиционной», медицине — 10,1%;
- религиозные и другие идеологические взгляды — 9,6%.

Закключение. Проведение вакцинации позволило за анализируемый период увеличить иммунную прослойку детского населения на 10,2% (2015 г. — 12452 чел., 2016 г. — 13716 чел.). Число отказов от иммунопрофилактики сократилось в два раза — с 3,5% в 2015 г. до 1,6% в 2016 г. В 2016 г. заболеваемость гриппом на 100 тыс. детского населения снизилась на 23,5% и составила 1198 случаев против 1567 — в 2015 г. Пропущено детьми по заболеваемости гриппом в 2015 г. 2124 дней, одним ребенком 9,7 дней. В 2016 г. — 1185 дней, одним ребенком — 7,1.

578

СЕСТРИНСКАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Танина Н. А.

*Вадская центральная районная больница, Нижегородская область,
Российская Федерация*

Актуальность. Необходимость укрепления здоровья детей в условиях краткосрочного пребывания в детских оздоровительных учреждениях требует разработки специально адаптированных и эффективных программ профилактики, четкой координации их выполнения.

Цель исследования: научное обоснование сестринской модели профилактических мероприятий в детских загородных оздоровительных учреждениях.

Пациенты и методы. Объект исследования 2230 детей. Проведена оценка уровня функциональных резервов организма, включены результаты проб: координаторной, Штанге, Генчи, двигательные тесты. Изучено состояние здоровья и физического развития, по анализу санаторных карт. Проведено изучение социально — гигиенических факторов, формирующих здоровье детей, проведено анкетирование и интервьюирование детей по методике международной программы «CINDI». Изучены особенности организации питания и проведен анализ по ряду критериев.

Результаты. Сестринская модель состоит из пяти блоков, которые базируются на выявленных особенностях состояния ребенка: факторы риска образа жизни и поведения, физическое развитие, состояние функциональных резервов организма. На эти особенности ориентированы основные направления программы: формирование ЗОЖ, физическая активность детей в период летнего отдыха, мероприятия по формированию здоровьесберегающего поведения, коррекция питания и работы с родителями. Самостоятельным блоком является оценка эффективности реализации программы. Этапы сестринской программы:

- планирование профилактических и оздоровительных мероприятий;
- утверждение плана мероприятий;
- реализация профилактических мероприятий;
- контроль эффективности выполнения программы.

Заключение. Разработана и внедрена сестринская модель оздоровительных и профилактических мероприятий, предложены критерии оценки эффективности проведенных мероприятий в условиях краткосрочного отдыха, что позволит повысить результативность летнего отдыха и эффективно использовать специально подготовленный средний медицинский персонал.

579

**ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР К РАБОТЕ
С РОДИТЕЛЯМИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ
НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ****Унанян К. Е.***Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва,
Российская Федерация*

Актуальность. В России проводится кохлеарная имплантация инвалидам по слуху, в результате которой детям, страдающим нейросенсорной тугоухостью, удастся вернуть слух. Как правило, пациенты госпитализируются с родителями, работа с которыми — составная часть процесса лечения и влияет на его эффективность.

Цель исследования: обучить сестринский персонал и повысить качество коммуникативного общения сестер с родителями детей, страдающих нейросенсорной тугоухостью.

Пациенты и методы. За 2016–2017 гг. кохлеарная имплантация была проведена 64 детям в возрасте от 1–3 года 53%, от 4–6 лет 29%, от 7 лет и старше 18%, все госпитализированы с родителями. Процесс обучения коммуникативным навыкам включал: информацию об устройстве импланта, особенностях оперативного лечения и ответы на наиболее часто встречающиеся вопросы родителей. Перечень вопросов (23) был составлен на основе работы с сайтами специализированных медицинских организаций и вопросами, накопленными нами в процессе работы с родителями.

Результаты. На вопросы из перечня, с участием врачебного персонала отделения, были подготовлены развернутые ответы. Знание ответов медицинскими сестрами на вопросы оценивалось по пятибалльной шкале. Оценка ответов в диапазоне 1–3 балла служила основанием для обсуждения конкретного вопроса на сестринских планерках. В последующем была подготовлена инструкция для медицинских сестер о том, как работать с родителями на этапах подготовки к операции и в послеоперационном периоде. Развитие коммуникативных навыков медицинских сестер способствовало созданию комфортной среды для детей и родителей в период пребывания в стационаре.

Заключение. Обучение медицинских сестер коммуникативным навыкам работы с родителями детей на до и послеоперационном этапах лечения осуществляется с участием врачебного персонала отделения, требует информационного обеспечения и закрепления знаний на сестринских планерках.

580

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГЕМОТРАНСФУЗИИ

Хайрулина Е. А.

ГБУЗ ТО «Перинатальный центр», Тюмень, Российская Федерация

Актуальность. Медицинская сестра в лечебном учреждении должна быть не столько помощником врача, сколько самостоятельно работающим специалистом.

Цель исследования: поднять престиж медицинской сестры.

Пациенты и методы. При проведении гемотрансфузии медицинской сестре принадлежит главная роль. С момента получения листа врачебного назначения она: проводит катетеризацию периферических вен, забор венозной крови, подключает монитор слежения за витальными функциями ребенка, необходимое дополнительное оборудование, оформляет индивидуальный лист наблюдения. При получении среды из станции переливания крови медицинская сестра совместно с врачом-неонатологом определяют группы-крови и резус-принадлежность реципиента и донора, проводят пробу на их индивидуальную совместимость. Действуя по утвержденному в учреждении «Алгоритму проведения гемотрансфузии», медицинская сестра переходит к следующим этапам гемотрансфузии: набирает назначенный объем среды, выставляет необходимую скорость введения на шприцевом инфузомате, подключает к периферическому катетеру и следит за показателями жизненно важных функций ребенка на мониторе слежения. По окончании гемотрансфузии, наблюдение за ребенком продолжается в течение трех часов.

С целью предупреждения инфекционных осложнений проводится микробиологический мониторинг периферического катетера после использования. Так, в 2013 г. проведено 36 бактериологических обследований, из них зарегистрировано 10 случаев допустимой к выявлению бактерии *S. epidermalis*; в 2016 году проведено 10 обследований, из них выявлен 1 случай наличия *S. epidermalis*.

Результаты. В современной медицинской практике роль медсестры уже давно не может быть сведена только к функции помощника врача, в процессе выполнения манипуляций она выполняет все больше самостоятельных действий.

Закключение. Успех проведения гемотрансфузии детям в полной мере зависит от уровня квалификации, профессиональных знаний и личностных качеств медицинской сестры, а ее добросовестное и ответственное отношение напрямую влияет на качество будущей жизни маленького пациента.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абакиров М. Д. 456
Абасов Ш. М. 481
Абашидзе Э. А. 140, 171, 177
Аббасова А. К. 253
Абдилова Г. К. 251
Абдуллаева Г. М. 1, 21
Абдуллина А. Э. 356
Абдулхабирова М. А. 543
Абдусаматов Б. З. 540, 541
Аблицов А. И. 264, 388
Абрамова Е. Н. 2, 151, 153
Абрамян Е. Ю. 236
Абушкин И. А. 401, 439, 440
Аванесов М. С. 510, 511
Авдеенко В. Ю. 176
Аверьянов С. Н. 421
Аврасин А. Л. 463, 519
Агаджанян В. В. 402
Агаева Х. Г. 391
Агаларян А. Х. 525, 554
Аджиева В. Ф. 327
Айзенберг В. Л. 480
Айкин В. С. 403
Айсина В. А. 43, 172
Акилов Х. А. 404
Акопян А. В. 71, 194
Аксельров М. А. 405, 406, 407, 527
Аксенова Е. И. 59
Актерьян И. А. 408
Александров А. Е. 124
Александрович Ю. С. 409, 509
Александров С. В. 451, 495, 507
Алексеева А. А. 101
Алексеева Е. И. 49
Алексеев И. Г. 278
Алексина М. М. 3, 4
Алибекова М. Б. 91
Алиева Н. Р. 126
Алиев Г. М. 5
Алимова Х. П. 91, 404, 492
Алискандиева З. А. 5
Алискандиев А. М. 5
Аллаберганов К. О. 410
Алюкова Е. С. 501
Амчеславский В. Г. 411, 415, 417, 421, 466
Анастасов А. Г. 412
Аникин А. В. 128
Анохин М. С. 413
Антонов А. В. 553
Антонова И. В. 143
Антонова С. Б. 6
Антонов О. В. 115, 143
Антонюк В. В. 484, 485
Антышева Е. Н. 7
Анфиногенова О. Б. 381
Апрелев А. Е. 400
Арамэ М. Г. 8
Арбиева С. Э. 562
Аргунов А. В. 447
Арестова Е. С. 414
Арзикулов А. Ш. 207
Арсеньев С. Б. 411, 415
Артамонова И. Л. 563, 573
Артюшевская М. В. 327
Арутюнян К. А. 374
Асатурова И. Ю. 39
Асеева Е. А. 123
Атакулов Д. О. 551
Афаунов М. В. 18
Афонина М. С. 69
Ахадов Т. А. 434
Ахалова Е. А. 120, 121
Ахмадуллина Л. Р. 450
Ахмедова Д. Ю. 9
Ахмедова И. М. 125
Ахмедова С. У. 277
Ахмедов Ю. М. 538, 539
Ахметшин Р. З. 10
Ахмурзаев М. Б. 464
Ахундов С. Ф. 506
Ашина М. В. 38
Ашрафова У. Ш. 294
Бабич И. И. 416, 510
Бавыкина И. А. 11, 12
Багаев В. Г. 417
Бадаева Д. С. 13
Бадеева Т. В. 37
Байбурин Р. А. 553
Байгазина Е. Н. 98
Байназаров О. К. 464
Баиндурашвили А. Г. 418
Баиров В. Г. 419
Баканов М. И. 20, 399
Балаева Ш. Р. 14
Балакирева А. В. 564
Балашова Л. В. 289
Балашова Л. М. 468
Балыкова Л. А. 340
Баль Л. В. 15
Балянова Е. Г. 39
Бандура Ю. А. 16
Баранова Т. И. 17
Баранов Д. А. 431, 526
Баринова А. С. 120, 121

- Барская М. А. 420, 423, 469, 470
Басаргина Е. Н. 90, 105
Бастракова Т. А. 117
Батаев С. М. 18
Батракова О. В. 19
Батунина И. В. 435
Батурин В. А. 89
Батырова А. С. 20
Батырханов Ш. К. 21
Батян Г. М. 22
Баум Т. Г. 246
Безкаравайный Б. А. 23, 197
Безносова Л. А. 24
Безроднова С. М. 25, 89
Безрукова Д. А. 26, 271
Бейлина Е. Б. 218
Бейляров Р. О. 27
Бекезин В. В. 378, 379
Бекин А. С. 443, 444, 514, 545
Бектасов Ж. К. 464
Белова В. Е. 96
Белоусова Е. И. 479
Белоус Р. А. 441
Белых Н. А. 28
Беляева И. А. 29, 30, 31, 32, 33, 299, 344, 354
Белякова Т. Б. 439
Беляков В. А. 189
Бердникова Е. В. 77
Бердовская А. Н. 34
Бережная М. А. 421
Бережной Ю. Ю. 421
Березина Н. О. 318, 544
Беродзе Г. Т. 39
Бессонова А. Д. 560
Бикир-Тхорак Л. И. 221
Бирюкова Е. Г. 313
Бишенова А. А. 35
Благовидов Д. А. 97
Блоцкая О. В. 170
Бобошко А. В. 36
Бобошко И. Е. 36, 215, 564
Богданов И. В. 413
Богданьянц М. В. 26, 271
Богдашова Д. С. 68
Богомолова Е. С. 37, 38
Бодрова Т. Н. 445
Бойжигитов Н. И. 551
Бойков С. А. 39
Болотникова В. А. 395
Бомбардирова Е. П. 30, 31, 32, 33
Бондарева М. В. 356
Бондаренко В. А. 350, 351
Бондаренко Г. Г. 275
Боранбаева Р. З. 251
Бордюгова Е. В. 336
Борисенко Г. Н. 40
Борисова Л. С. 366
Борисова О. В. 100
Боровских Н. Л. 153
Бородина И. Д. 363
Бородулина Е. А. 100
Борозда И. В. 442
Боронина С. Н. 301
Бортикова С. В. 469, 470
Борщев В. И. 387
Ботвиньева В. В. 90
Бочанцев С. В. 202
Бочкова Л. Г. 41, 390
Брагин Д. Е. 422
Бразоль М. А. 418
Бревдо Ю. Ф. 439, 440, 517, 518
Брежнева Н. В. 317
Брисин В. Ю. 39
Бритикова Е. А. 42
Броева М. И. 99, 177
Брумару А. Г. 395
Бруннер Д. Х. 315
Брылеева А. А. 512, 513
Бугибай А. А. 183
Буданова М. А. 497, 559
Буданова М. В. 394
Букина Т. А. 577
Букш А. А. 43, 171
Булатова Е. М. 44
Булдык Е. А. 22
Булычева Е. В. 400
Бунаева Ю. С. 45, 46
Бурак Е. А. 47, 432
Бургутов М. Ж. 552
Буркин А. Г. 428
Бурлуцкая А. В. 48, 376
Буровникова А. А. 517
Бурхонов И. М. 477, 478
Бурченкова Н. В. 522
Бурчёнкова Н. В. 519
Бурякова Е. М. 428
Буслаева А. С. 49
Бутенко А. С. 106, 107
Буторина Н. В. 50
Бучель Ю. Ю. 116
Быкова И. Л. 317
Быков Д. В. 423
Быков М. В. 417
Былинский Н. Н. 321
Вавилова В. П. 51
Вавилов А. М. 51
Ваганов Н. Н. 52
Вайс А. В. 487, 488, 489, 490
Вакуленко М. В. 561
Ванько Л. В. 380
Варенникова В. В. 54
Варламов А. В. 420, 423

- Варфоломеева Е. Ю. 212, 573
 Васильева А. Н. 53
 Васильева Е. М. 20
 Васильева Е. Н. 452
 Васильева Е. Ю. 333
 Васильев В. В. 413
 Васильев В. П. 500
 Васильев Ю. Г. 50
 Васин К. С. 60, 393
 Васюнин А. В. 54
 Вахрушев Я. М. 50
 Вашакмадзе Н. Д. 235, 237, 238
 Великанов А. В. 424, 546
 Венгер А. Л. 49, 69
 Верещагина В. С. 270
 Веригина Е. В. 164
 Вернер В. В. 469
 Ветрилэ М. С. 166, 425, 471, 472
 Вечеркин В. А. 426, 427, 430, 431, 526
 Вилкова М. Ф. 266
 Вилков В. И. 117
 Виницкая Н. А. 575
 Виноградова И. В. 344
 Витвинова И. Ю. 55
 Витковская И. П. 56
 Вишнева Е. А. 101, 226
 Власенко Н. Ю. 285
 Войнова Л. В. 328
 Войтенко В. А. 57, 384
 Волкова О. Н. 320
 Волобуева Т. В. 241
 Вологжанина Е. В. 58
 Володько Е. А. 428
 Волосников Д. К. 283, 299
 Волянский А. М. 284
 Воляннюк Е. В. 574
 Воробьева Е. А. 355
 Воронина О. Л. 59
 Воронкина Е. Н. 350, 352
 Воронцова О. И. 473
 Ворсанова С. Г. 60, 393
 Воскобоева М. Б. 385
 Вуду Л. Ф. 104
 Вязова Л. И. 61
 Габова И. Н. 175
 Гаврилов А. В. 554
 Гаврилова О. А. 439
 Гаврилук Н. В. 62, 104, 269
 Гаврилук О. И. 348
 Гаджиева Н. Н. 63
 Гаджизаде Г. Х. 391
 Гаевый О. В. 429
 Газарян А. А. 43, 171, 172
 Гайдар Е. В. 146
 Гайдышева Е. В. 467
 Галахова О. О. 129
 Галиева Г. М. 10
 Галимова О. И. 350, 352
 Галимова Р. М. 10
 Галькевич Н. В. 64, 65
 Галятина Е. А. 554
 Гамзалаева Р. Р. 81
 Ганиев Ж. А. 538, 539
 Ганузин В. М. 66
 Гараева С. З. 67
 Гарбузов Р. В. 354
 Гарина С. В. 68
 Гармаева С. Б. 274
 Гасанов А. Г. 225
 Гасанова Э. Н. 435, 436
 Геворкян А. К. 235, 237, 238
 Геллер С. И. 125
 Герасимова А. М. 69
 Герасимова Н. П. 70, 71
 Гинцбург А. Л. 59
 Гисак С. Н. 426, 430, 431, 526
 Гладкая В. С. 72
 Глотов И. А. 114
 Глуткин А. В. 432
 Глушко Ю. В. 73
 Глыбина Т. М. 443, 444, 536
 Година Е. З. 74
 Годлевский Д. Н. 428
 Голанцев И. А. 3, 383
 Голиков Д. Е. 433, 434, 457, 459, 460, 461
 Голосов А. Б. 469
 Голяна С. И. 418
 Гончарова Г. А. 223
 Гончарова Д. Г. 76
 Гончарова Л. А. 473
 Гончарова Т. С. 75
 Горбатова Н. Е. 512
 Горбель И. Ф. 175, 261
 Горбунова А. А. 155
 Горбунова А. В. 13, 77
 Горбунова Е. Д. 468
 Гордеева И. Г. 78, 399
 Гордеева М. Л. 60
 Гордеева О. Б. 90
 Горелик А. Л. 433, 434, 457, 458, 459, 460, 461, 534
 Горелко Т. Г. 316
 Горинова Ю. В. 59
 Горинов Е. О. 501
 Горнаева Л. С. 494
 Горохова Н. Е. 348, 349
 Горция Д. Х. 315
 Горшков А. Ю. 520, 521, 522
 Гречанинова Л. М. 565
 Григорьева М. В. 435, 436
 Грин О. И. 8
 Грицинская В. Л. 72

- Губарева В. А. 566
Губарев В. И. 194
Гузареви́ч В. Б. 170
Гузик Е. О. 79, 80
Гуменюк О. И. 81
Гумеров А. А. 437, 455
Гумеров Р. А. 437
Гурзо Ю. Д. 503
Гурина Л. Н. 47
Гурьев А. В. 82
Гурьева Н. А. 232
Гусев А. А. 545
Гусева Г. Н. 554
Гусейнзаде Г. М. 438
Гутова М. Г. 284
Давлицаров М. А. 487, 488, 489, 490
Давыдова И. В. 256
Давыдова М. А. 315
Давыдов М. Ю. 417
Дадова И. Б. 26
Дакинова Л. Н. 83
Дакуко А. Н. 84
Данилова Л. В. 98
Данилова М. Г. 85
Дарбинян Е. Б. 86
Дармаева М. Н. 119
Даулетова Я. А. 301, 302
Деворова М. Б. 87
Дегтярев Д. Н. 344
Демидова А. Н. 112
Демидова И. А. 393
Демидова О. В. 88
Демурчева И. В. 89
Демченко В. И. 285
Демчук Г. М. 236
Демьяненко Д. И. 64
Денис А. Г. 401, 439, 440
Деревнина Ю. В. 90
Дехтяр С. К. 236
Джагиашвили О. В. 319
Джальмухамедова Э. И. 271
Джанибекова А. С. 352, 353
Джахауова Н. Е. 182
Джералгапова А. Ш. 277
Джубатова Р. С. 91
Джумагазиев А. А. 271
Джусипбеков Е. А. 537
Дземешко Е. Ю. 453
Дзядчик А. В. 529
Дмитреева М. К. 192
Дмитриенко Е. Г. 92, 93
Дмитриенко Т. Г. 92
Добролюбова Л. В. 323
Добролюбова М. В. 94
Довгаль Д. А. 402
Донников М. Ю. 95
Донской Д. В. 453, 529
Дохшукаева Ж. И. 226
Другова И. В. 175
Дружинин В. Р. 428
Дубинский А. В. 413
Дубко М. Ф. 146, 147, 278
Дубова Л. В. 96, 326
Дудкин В. С. 441, 442
Дудко Е. Ф. 169
Дуйсенбаев А. А. 464
Дусалиев Ф. М. 499
Дутова А. А. 148
Духова А. Е. 440
Дьяконова Е. Ю. 341, 443, 444, 514, 528, 535, 545
Евдокимов В. Н. 405, 406, 407
Евсеев С. И. 68
Егорова М. В. 390
Егоров М. С. 59, 97
Екимов А. К. 98
Екимов М. Н. 467
Елецкая К. А. 99
Елизарова Т. В. 109, 160
Елькина Н. Н. 279
Еремеева А. В. 24, 53
Еременко Е. П. 100
Еремина О. В. 41
Ерешко О. А. 101, 308
Ержанова Г. Е. 182, 183
Ермакова И. С. 205, 206
Ермакович М. А. 102
Ермашева М. А. 383, 384
Ермолаева М. С. 175
Ермолина Е. А. 66
Ершова И. Б. 103, 216, 239
Ефременков А. М. 530
Ешану В. Г. 62, 104, 269
Ешану В. Ф. 104
Жарова Н. В. 507
Жарова О. П. 105
Жданова Л. А. 214, 287, 289
Жданов О. В. 270
Жердев К. В. 106, 107
Жигалева Е. О. 372, 373
Жигалова А. А. 57
Жила Н. Г. 448
Жирнов В. А. 280, 337
Жиронкина В. К. 445, 446
Журавлева О. В. 108
Журавлева Т. П. 565
Журило И. П. 445, 446
Завражнов А. А. 447
Завьялкин В. А. 420, 423, 469, 470
Зазьян А. В. 385
Зайниев С. С. 549, 550
Зайнуллина О. Н. 144

- Зайцева Г. В. 109, 160
 Зайцева Е. Н. 209
 Зайчик И. Л. 110, 175, 261
 Закирова А. М. 111
 Запольская А. Н. 120
 Запорожченко О. В. 244
 Зауралов Е. О. 270
 Захарова Е. В. 566
 Захарова Е. Ю. 290
 Захарова И. А. 114
 Захарова Л. И. 113, 167
 Захарова О. В. 112
 Зверинцева Е. А. 232
 Звягина Н. М. 115
 Зеброва Т. А. 420, 470
 Зеленова М. А. 60, 393
 Зинкевич О. Д. 184
 Зинковская А. В. 363
 Зинова Е. Ю. 346
 Зобикова О. Л. 116, 362
 Зокиров Н. З. 339
 Зорин В. И. 448, 449
 Зоркин С. Н. 71, 194
 Зотин А. В. 450
 Зрячкин Н. И. 109, 160
 Зубкова Т. С. 565
 Зубков В. В. 344, 380
 Зубринкин А. В. 117
 Зуевская Т. В. 346
 Зурбаев Н. Т. 18
 Журначева Э. Г. 351
 Ибрагимова И. Р. 567
 Ибрагимов С. И. 341
 Иванашкин А. Ю. 533
 Иваницкая Е. В. 351
 Иванова А. В. 81
 Иванов А. В. 414, 465
 Иванов А. П. 449
 Иванова Т. Ф. 466
 Иванова Ю. В. 145
 Иванов Д. В. 118
 Иванов Д. О. 344
 Иванов М. В. 495
 Иванов П. А. 451
 Игнатова А. С. 59
 Игнатьева Н. А. 278
 Игнатьев А. Ю. 437
 Игнатьев Р. О. 18
 Изосимов А. Н. 452
 Израилов М. И. 5
 Ильина А. Я. 120, 121
 Ильина Н. Н. 119
 Ионова А. М. 260
 Ионова Т. И. 363
 Ионов Д. В. 453
 Ипполитова Л. И. 344
 Исаков Б. М. 454, 477, 478
 Исламов С. А. 455
 Исмаилова Д. Б. 234
 Исмаилова Ш. Т. 360
 Исупова Е. А. 146
 Исхаков О. С. 456, 486
 Ишуова П. К. 182, 183
 Кавецкая Е. В. 563
 Казаков А. Н. 518
 Казанкина В. С. 292
 Казанцев А. П. 247
 Казиахмедов В. А. 419
 Казилов Б. Р. 483
 Казьмина Н. В. 122
 Кайб И. Д. 349
 Кайтукова Е. В. 99, 177
 Калашникова О. В. 146, 278
 Калашникова О. Н. 28
 Каледа М. И. 123, 290
 Калинин М. А. 496, 501
 Каллинич Т. Х. 315
 Калмакова Н. Н. 122
 Калмыкова А. С. 203, 356
 Калугина М. С. 124
 Каменец Е. А. 290
 Камилова А. Т. 125
 Камилова А. Т. 126
 Канева М. А. 147
 Капкова О. А. 247
 Капустин В. А. 461
 Карасева О. В. 433, 434, 457, 458, 459, 460, 461, 466, 531, 534
 Каргина И. Г. 127
 Карелин А. Ф. 363
 Кариева Ш. А. 359, 360
 Каркашадзе Г. А. 294
 Каркашадзе М. З. 128
 Каронова Т. Л. 333
 Карпенко М. А. 284
 Карпова Е. А. 544
 Карпова И. Ю. 462
 Карпович С. В. 18
 Карташев В. Н. 463
 Карташёв В. Н. 519
 Касымжанов А. Н. 464
 Каткова Л. И. 129
 Катков И. В. 113
 Катунина О. Р. 528, 545
 Каусова Г. К. 268
 Кацова Г. Б. 192, 193
 Кашина Е. К. 326
 Кашин А. С. 507
 Кашин В. Н. 120
 Каюмова Д. А. 396
 Квач А. П. 397
 Келасьева О. И. 387

- Кемаев А. Б. 497
Кеменева Ю. В. 136
Керимова А. М. 482
Керимов П. А. 247
Кешабянц Э. Э. 130, 201
Кибирева Е. Н. 54
Киклевич В. Т. 40, 45, 46
Ким А. В. 131, 232
Кипер Н. К. 8
Кирсанова В. А. 314
Кирсанова Т. А. 314
Киршина И. А. 285
Киселева А. С. 38
Кислюк Г. И. 132, 133, 134, 135
Клещев Я. В. 187
Клещенко Е. И. 365, 396
Климович С. В. 196
Клитвина Г. А. 286
Клишунова Л. В. 566
Клочева И. Л. 286
Клочкова О. А. 159
Князева И. В. 287, 289
Кобзева Н. Н. 176
Ковалев А. В. 136
Коваленко М. И. 417
Коваленко Т. В. 137
Ковальчук И. В. 25
Ковальчук С. Н. 37
Ковтун О. П. 138
Когут Т. А. 288
Кожарская Л. Г. 22
Кожевникова О. В. 20, 43, 101, 139, 140, 141, 171, 172, 177, 308, 399
Кожевников О. В. 465
Кожемякина С. Р. 158
Кожокаръ С. В. 221
Козлов М. Ю. 503, 504
Козловский А. А. 142
Козубов М. Ю. 509
Козьмин М. А. 445
Кокая И. Ю. 121
Кокорев А. И. 425
Кокорева М. Е. 363
Колбасин Л. Н. 95
Колесникова Т. В. 54
Колесников Н. С. 427
Колобов Д. В. 260, 261
Колотий А. Д. 393
Колотилина А. И. 24
Колыхалкина И. А. 466
Кольцова Н. С. 113, 228
Кольцов М. А. 509
Комарова А. А. 143
Комарова Е. В. 78
Комарова Н. Л. 70, 71
Комарова С. Ю. 467
Кондакова Н. Н. 344
Кондрикова Е. В. 145
Коновалова А. М. 144
Конова О. М. 92, 93
Конопля И. С. 204
Коноплянник Н. И. 564
Конохова В. В. 22
Копорулина М. О. 184
Копылов И. В. 503
Корнильева О. А. 568
Корнишина Т. Л. 147, 278
Корнюшин А. А. 119
Коробова Л. С. 468
Коровин С. А. 529, 530
Королева А. В. 387
Королева Д. Р. 24
Королева Е. А. 534
Королев П. В. 426
Корсунский А. А. 145
Корякина Е. В. 209
Коряшкин П. В. 427
Космынин В. А. 175, 261
Косолапов А. В. 510
Костик М. М. 146, 147, 278
Котилевская О. А. 150
Котин А. Н. 556
Котова Н. В. 38
Кохреидзе Н. А. 475
Кочегурова Е. М. 311
Кочерова В. В. 148
Кочерова О. Ю. 7
Кочетова А. В. 287
Кошимбетова Г. К. 149
Кошуба Е. Ф. 155
Кравец В. С. 393
Кравцова И. С. 2, 150, 151, 152, 153
Кравцов С. А. 525
Кравченко В. П. 154
Кравченко Г. В. 544
Кравченко О. О. 25
Кравчук С. В. 414
Кривоносов А. А. 473
Кривошеева Ю. В. 158
Кривцова Л. А. 84, 155
Крицук В. Г. 507
Крупнова В. М. 156, 157
Крутикова Н. Ю. 158, 331, 392
Кручина М. К. 278
Кувшинников В. А. 382
Кузенкова Л. М. 43, 92, 159, 172, 235, 237, 238
Кузнецова Г. В. 128
Кузнецова М. А. 109, 159, 160
Кузнецова М. Н. 161
Кузнецова Т. А. 267
Кузьмин А. И. 423, 469, 470
Кузьмичева К. П. 162

- Кукушкин Д. В. 163
 Кулагина В. В. 164
 Кулакова Г. А. 310
 Кулакова Е. В. 165
 Кулешов А. А. 166, 425, 471, 472
 Кулиева С. А. 391
 Куликова Н. И. 167
 Куликов К. А. 443, 545
 Кунда М. С. 59
 Курганский А. М. 544
 Курдеко И. В. 301
 Куренков А. Л. 159
 Куринная О. С. 60, 393
 Куркин А. М. 473
 Курмаева Е. А. 310
 Курмангалиев Д. Т. 491
 Куртина И. И. 38
 Куткова Ю. К. 244
 Кучма В. Р. 168
 Куяров А. А. 169
 Куяров А. В. 169
 Лабутьева И. С. 371
 Лагно О. В. 44
 Лазарева А. В. 59
 Лазарева Е. В. 301
 Лазарев В. В. 145, 468
 Лазуренко С. Б. 49, 240, 295, 296
 Лайкова Т. Л. 289
 Лапина Е. Ю. 147
 Ларина Е. О. 562
 Ларина Л. А. 213, 562
 Ларионова М. А. 137
 Ластаев Т. В. 474
 Латфуллина Л. М. 574
 Лашковская Т. А. 170
 Лашнева И. П. 318
 Лебедев В. В. 171, 172, 173
 Левченко Ю. С. 96
 Лежнина И. В. 174
 Лейман Т. В. 175
 Ленюшкина А. А. 344
 Леонов Д. И. 417
 Леонтьев А. В. 423
 Леонтьева Е. С. 387
 Леонтьева С. А. 475
 Лепихов П. А. 561
 Лигостаева Е. А. 176
 Липатова Е. С. 42
 Лисянский И. Н. 166, 471, 472
 Лихачева М. Н. 146
 Логачева О. С. 140, 177
 Лотоцкая П. С. 24
 Лохматов М. М. 78, 341, 535
 Лошина З. Т. 388
 Лошкова Е. В. 254, 273
 Лубовинина О. Г. 178
 Лукашина Н. А. 548
 Лукина Н. Н. 121
 Лукьянова В. Н. 348
 Лукьянов В. И. 411, 466
 Лукьянчик Ю. Д. 179
 Лупандина-Болотова Г. С. 180, 294
 Лысики В. А. 465
 Лютая З. А. 244
 Лядышева А. А. 419
 Ляпунова Е. В. 181, 243
 Магамедов В. А. 506
 Магомедов А. Д. 481, 482, 483
 Магомедов Р. Р. 483
 Мазитов Р. Ф. 553
 Мазнова А. В. 423
 Майорова Е. В. 28
 Майтбасова Р. С. 182, 183
 Макаренко М. Л. 39
 Макарова А. Ю. 185
 Макарова С. Г. 78, 101, 308, 399
 Макарова Т. П. 184
 Макаров П. А. 424
 Макаровская О. В. 152
 Макаров С. Н. 166, 471, 472
 Макина О. В. 186, 187, 188
 Максименко Е. О. 37
 Максимова И. А. 181, 189
 Максимова С. А. 535
 Максимович Н. А. 190
 Малахова А. А. 80
 Малашенко А. С. 503
 Малащенко А. В. 185
 Малёванная И. А. 191
 Малев В. А. 525
 Малеева Н. П. 192, 193
 Малетин А. С. 449
 Маликов Ш. Г. 194
 Малинина Е. И. 162
 Маллен А. К. 231
 Малхасян Ж. Г. 510
 Малыхин А. А. 413
 Малышева О. М. 327
 Малышкина А. И. 205, 206
 Малышок Д. Э. 147
 Мальцев В. Н. 560
 Мальцев С. В. 111
 Малюкова Н. Г. 476
 Мамадалиев А. Б. 454, 477, 478
 Мамадалиев А. Р. 454, 477, 478
 Мамедова А. Э. 67
 Мамедова С. Н. 217
 Мамедова Ф. М. 225
 Мамедьяров А. М. 159, 294
 Мамчиц Л. П. 195, 196
 Мамышева Р. И. 338
 Манукян С. Р. 503, 504

- Мараховская В. С. 197
Маргиева Т. В. 140, 141, 180
Марина О. Д. 348
Маркелова С. В. 198
Маркова М. Н. 469, 470
Марков С. Е. 560
Марталог П. Н. 199, 200, 269
Мартинчик А. Н. 130, 201
Мартынов Л. А. 479
Марченко В. В. 236
Марченко А. А. 520
Марчук В. Л. 202
Масалова В. В. 146, 147
Масальский С. С. 203
Масель А. С. 204
Маскова Г. С. 66
Масько В. В. 475
Матвеева Е. А. 205, 206
Матвеева Н. К. 380
Матвейчук Н. Н. 480
Матвиенко В. И. 511
Матинян Н. В. 479
Матыскина Н. В. 122
Махачев Б. М. 5, 481, 482
Махачев С. М. 483
Махмудов З. М. 552
Махсумов М. К. 207
Мацюк Т. В. 208
Мачалов В. А. 456
Машарипов Ф. А. 492
Машигина А. Ю. 209
Мебелова И. И. 344
Медведев А. А. 463, 519
Медведев А. И. 445, 446
Медведева Л. В. 298
Мединский П. В. 531
Медоев С. Б. 429
Мельников А. В. 458, 534
Мельников Ю. Н. 416
Мельниченко М. Г. 484, 485
Мерсаидова К. И. 496
Мещерякова О. Д. 209
Мещеряков В. В. 95
Мещеряков С. В. 456, 486
Мигали А. В. 354
Милованова А. М. 569
Милушкина О. Ю. 16, 136, 210
Мингазова Э. Н. 357
Мингазов И. Т. 464
Мингаирова А. Г. 58, 285
Минден К. Н. 315
Мираков К. К. 428
Миргородская А. В. 304
Мирзаева А. Д. 91
Мирзаюлдашев Н. Ю. 454, 477, 478
Миронов П. И. 409
Митиш М. Д. 30, 32
Митлилова П. Н. 26
Митрофанова Е. В. 418
Митюшин И. Л. 308
Михайлова С. И. 520, 521
Михайлов Н. А. 201
Михайлов Н. И. 505
Михалев Е. В. 254, 273
Михаленко Е. М. 327
Михеева Е. М. 211
Михсин С. В. 121
Мищенко А. Л. 120, 121
Модестов А. А. 212, 312, 313, 577
Мозжухина Л. И. 288
Молдоисаев К. Б. 493
Молотов Р. С. 18
Молчанова Е. Б. 213, 562
Молькова Л. К. 214, 215
Монашова М. Г. 216
Мордвин П. А. 503, 504
Москаленко А. С. 561
Московчук А. Ф. 395
Мосько П. Л. 327
Мотовилова И. А. 165
Мотюк И. Н. 208
Мохаммад Башир 487, 488, 489, 490
Муганцева И. Л. 279
Мукашева Ш. М. 491
Мунблит Д. Б. 24
Мунин А. Г. 469, 470
Мурашкин Н. Н. 341, 535
Муртузаалиев З. Н. 483
Мусаев С. Н. 217
Мусаев Т. С. 492
Мустафин И. Т. 218
Мухратова И. А. 110
Муц Е. Ю. 219
Мушкин А. Ю. 449
Мыкыев К. М. 493
Мысливец М. Г. 220
Мэтрэгунэ Н. Г. 221
Мясников Д. А. 532
Надеждин Д. С. 168, 222, 223, 224, 293
Нажмудинова О. М. 473
Назаркина О. М. 307
Назарова И. Д. 324
Назарова И. М. 403
Намазова А. А. 225
Намазова-Баранова Л. С. 20, 29, 78, 99, 101, 141, 159, 171, 177, 180, 226, 235, 237, 238, 299, 308, 344, 399, 444, 514
Напалкова С. А. 337
Науменко Е. И. 156, 157, 227, 292
Нганкам Л. 494
Неволин Ю. С. 570
Нежкина Н. Н. 309

- Нейно Н. Д. 426, 427, 430
 Некрасов А. Д. 412
 Некрасов М. А. 486
 Ненашева С. А. 228
 Нестеренко О. В. 366
 Нестеров С. В. 495
 Нечаева Т. М. 163
 Нечаев В. Н. 41
 Ниверс М. Х. 315
 Никитана И. Л. 333
 Никитенко И. Е. 106, 107
 Никитина И. Л. 204
 Никитина Т. П. 363
 Никитин В. В. 508
 Никитин М. В. 367
 Никишина И. П. 123
 Николаева Г. Н. 533
 Никонов А. М. 301, 302
 Нику О. А. 316
 Нишневич Е. В. 496
 Новикова И. В. 229
 Новиков К. А. 510
 Новокшенов А. В. 474
 Новоселова И. Н. 456, 486
 Новоселова Н. О. 230
 Новоселова Т. В. 230
 Новрузова Н. Б. 234
 Нодвикова О. В. 10
 Носиченко Л. Е. 91
 Нургалиева Ж. Ж. 231
 Нуриева Г. Т. 106
 Нурмаматов Д. С. 499
 Обухов С. Ю. 402, 525
 Овчаренко С. Г. 385
 Огарков И. П. 424, 496, 516, 546, 548
 Оконова Ц. С. 510
 Окулов А. Б. 428
 Окунева А. И. 497, 498, 542, 559
 Окунева М. В. 31
 Окунев Н. А. 497, 498, 542, 559
 Олдаковский В. И. 341
 Олюшина Е. А. 38
 Омурбеков Т. О. 493
 Опина О. Г. 571
 Оразлиев Д. А. 442
 Орел В. И. 232
 Орешина М. Л. 312
 Орлова Е. С. 233
 Орлова Н. В. 58
 Орынбасарова К. К. 234
 Осипова А. М. 236
 Осипова Е. В. 440
 Осипова Л. А. 235, 237, 238
 Осипова Т. Ф. 239
 Османова Э. М. 494
 Острейков И. Ф. 508
 Отамурадов Ф. А. 499
 Павленко Т. Н. 192, 193
 Павлинова Е. Б. 58, 285
 Павлова Н. 240, 278, 296
 Павлова Н. Н. 240, 296
 Павловская О. Г. 94, 98, 241, 368, 369, 370
 Павлюш Л. В. 155
 Палии И. И. 62
 Палий И. И. 104, 269, 276
 Пальцева А. Е. 139
 Панахова Н. Ф. 63
 Панахова Т. Т. 242
 Панина О. А. 11
 Панина О. С. 41
 Пантюхина Н. А. 243
 Панченко А. С. 325
 Панченко Е. Г. 244
 Панченко О. В. 387
 Парамонова Н. С. 220, 245
 Паршиков В. В. 462
 Пачес О. А. 453
 Пенкина Н. И. 211
 Первишко О. В. 246
 Пересецкая О. В. 378, 379
 Перова Н. А. 498, 542
 Перцева М. В. 11, 12
 Пескова Е. В. 130, 201
 Петельгузов А. А. 106, 107
 Петлах В. И. 500
 Петрова Ю. В. 24
 Петров Е. И. 354, 535
 Петросян А. А. 501
 Петрук Г. Л. 39
 Петруничев В. В. 521
 Петрушина А. Д. 349
 Печкуров Д. В. 144, 259
 Пикало И. А. 502, 505
 Пименов Р. И. 247
 Пимушина М. В. 249
 Писарева А. Н. 37
 Пискарева Н. И. 58
 Пискуновна М. А. 28
 Пискун Т. А. 248, 263
 Пичугина Е. А. 120
 Платонова А. Г. 249, 250
 Плетницкая Н. А. 75
 Плеханова М. А. 252
 Плеханова Т. А. 251
 Побединская О. С. 120, 121
 Подгорнова Н. С. 161
 Поддубный И. В. 443, 444, 503, 504, 536
 Подкаменев В. В. 502, 505
 Подклетнова Т. В. 235, 237, 238
 Подкопаев В. Н. 429
 Подлевских Т. С. 253
 Подлещук Л. В. 362

- Подпорина Л. А. 255
Подпорина М. А. 254, 273
Подуровская Ю. Л. 380
Пожарищенская В. К. 256
Позднева М. А. 81
Полатов Т. Д. 187
Полковникова Е. В. 572
Полуновский В. В. 44
Полухова А. А. 257
Полухов Р. Ш. 506
Поляков П. Н. 507
Поляков С. Д. 161, 180
Полянская А. А. 204
Полянская Н. А. 155, 285
Понасенко А. В. 375
Понина И. В. 456
Пономарева О. В. 181, 243, 258
Пономарчук И. Н. 70, 71
Попко И. А. 34
Попова А. В. 169
Попова Е. В. 351, 353
Попова И. В. 277, 334
Попова Л. В. 193
Порецкова Г. Ю. 259, 345
Портенко Ю. Г. 520, 521
Порутчикова Ю. А. 386
Порфирьева Н. М. 363
Потанина Н. В. 413
Потанина Ю. В. 508
Потехина Т. В. 30, 33
Пошивалова О. Н. 260, 261
Прибушня О. В. 116
Прилуцкая В. А. 248, 262, 263
Пришвин В. И. 264, 388
Прокопьева Г. С. 264
Прокофьева И. Ю. 81
Пролыгин О. Д. 553
Простакова В. Н. 286
Прохорова П. И. 64
Прохоров Е. В. 265
Прудникова Т. А. 545
Прусакова Т. Н. 266
Псянчин Т. С. 437, 455
Птицын В. А. 426, 427, 431, 526
Пугач Д. И. 170
Пузан А. А. 142
Пузанкова Н. В. 267
Пушкарев К. А. 268
Пушков А. А. 90, 256
Пшениснов К. В. 409, 509
Пшеничная Е. В. 265, 336
Пшеничный А. А. 510, 511
Пырцу Л. И. 62
Пырцу Л. Я. 104, 200, 269
Пятенко Е. А. 185
Рагимова Н. Д. 257
Раздолькина Т. И. 270
Райский Д. В. 271
Рапопорт И. К. 272
Рассохина И. П. 162
Расулов Ж. М. 478
Рафикова Ю. С. 254, 273
Рахаева Ю. А. 209
Рахимова А. Н. 139
Рачкова В. П. 345
Редько Е. И. 39
Решетник Л. А. 274
Рещиков В. А. 275
Рогова М. Д. 563
Роготнева Е. В. 110
Родионова И. Е. 178
Родоман Ю. С. 269
Родоман Ю. С. 276
Рожкова С. Н. 324
Рокина Л. В. 496
Романенко Е. П. 155
Романова А. С. 545
Романова Е. А. 443, 514
Романова Е. Д. 573
Романова Л. Е. 515
Романов Д. В. 512, 513
Рослова З. А. 131, 232
Росляков А. В. 469, 470
Ротару А. В. 200
Рошаль Л. М. 433, 434, 459, 460, 531
Ртищева М. С. 49, 295
Рубанская М. В. 247
Рубанский М. А. 247
Рубачева О. Е. 352, 353
Рубцова И. Т. 255
Рубцов В. В. 516
Рудаева Е. М. 277
Румянцева Г. Н. 463, 494, 517, 518, 519, 520, 521, 522
Румянцева М. В. 147
Румянцева Н. В. 362
Румянцева Т. В. 355
Рупп Р. А. 278
Русак П. С. 523
Русецкий Ю. Ю. 124, 128
Русс А. Н. 279
Рустянова Д. Р. 280
Рыбакова Д. В. 247
Рыжова Н. Н. 59
Рыков М. Ю. 281, 282
Рябов А. Б. 503, 504
Рябова И. В. 309
Рябоконева С. Г. 413
Рязанов М. В. 444, 528
Рязанцев А. И. 556
Сабирова А. В. 283, 284
Савельева Н. В. 48

- Савоскина Д. В. 8
 Савостьянов К. В. 256
 Савченко Н. А. 394
 Савченко О. А. 285
 Савчук Д. В. 75
 Сагинова Д. А. 491
 Сагымбаева А. А. 537
 Садовская Ю. Е. 286
 Садуов Б. К. 464
 Садыкова М. М. 481, 482
 Сакарэ В. К. 276
 Салахов Э. С. 419
 Салемьянов А. З. 496
 Салимов Ш. Т. 540, 541
 Салихова М. З. 324
 Салова А. Л. 288
 Салова М. Н. 287, 289
 Салугина С. О. 290
 Самороднова Е. А. 291, 567, 574
 Самохвал О. В. 322
 Самошкина Е. С. 227, 292
 Самсалиев А. Д. 493
 Санникова О. А. 37
 Санталова Г. В. 13, 77, 315
 Сантимов А. В. 278
 Сапотницкий А. В. 102
 Саприна Т. В. 254, 273
 Сапронова М. В. 314
 Сапун О. И. 344
 Саруханян О. О. 436
 Сатывалдаев М. Н. 406
 Сатылганова З. С. 231
 Саутина Е. В. 575
 Сафаров А. А. 344
 Сафина А. Р. 553
 Сафина Н. А. 184
 Сафин Д. А. 512, 513
 Сафронова А. М. 130
 Сахарова Е. В. 294
 Сахаров В. Г. 222, 293
 Свазян В. В. 405, 407
 Сварич В. Г. 524
 Светлов В. В. 517
 Свиридова Т. В. 295, 296
 Седова А. С. 544
 Селедцова Л. А. 44
 Селиванов О. К. 349
 Семенова А. А. 6
 Семенова Ж. Б. 458
 Семенова Н. Ю. 297
 Семикина Е. Л. 399
 Сенченко Н. Г. 298
 Сергеечев С. П. 521, 522
 Сергейчик О. И. 179
 Сергиенко Т. В. 405
 Серебрякова Е. Н. 299
 Серегина Т. Н. 470
 Середина Н. В. 300
 Сероклинов В. Н. 301, 302
 Сероштан Е. Ю. 23
 Сетко А. Г. 303
 Сетко Н. П. 218, 400
 Сиденко А. В. 70, 71
 Сидорова И. А. 270
 Симонов А. В. 413
 Симонова О. И. 59, 97
 Синица Л. Н. 245
 Синица Н. С. 402, 525
 Синицына М. В. 287
 Синицына Н. Н. 576
 Сиротченко Т. А. 304
 Скляднева В. М. 240
 Склярова Е. А. 431, 526
 Скобеев И. Г. 28
 Скоблина Н. 16, 136, 168, 210, 222, 223, 224
 Скоблина Н. А. 16, 136, 168, 222, 223, 224
 Скоробогатова Е. А. 577
 Скрипицин Н. А. 469
 Скрыбин Е. Г. 406, 527
 Слабинская Т. В. 355
 Сладков Д. Г. 528
 Слуцкий Д. С. 532
 Смирнова Г. И. 24
 Смирнова О. Н. 441
 Смирнова С. Е. 18, 467
 Смирнова Ю. В. 305, 306, 307
 Смирнов К. В. 306, 307
 Смирных А. Г. 527
 Снегирева Л. С. 146, 147
 Сновская М. А. 20, 101, 308
 Соболева В. И. 12
 Соболев А. М. 161
 Соболевская Т. А. 309
 Сobotюк Н. В. 202
 Соколова З. А. 66
 Соколов Ю. Ю. 453, 529, 530
 Сокольников Я. А. 153
 Солдатов В. С. 16
 Солдатов Е. Ю. 236
 Солдатов О. А. 497
 Солдатов О. М. 498
 Соловьева И. В. 120
 Соловьева Н. А. 310
 Соловьев С. К. 123
 Сологуб Э. А. 433, 531
 Солодчук О. Н. 329
 Сомова Т. Е. 250
 Сорокина Л. А. 378
 Сорокикова Т. В. 311
 Сотников А. В. 479
 Сотникова В. В. 195
 Спивак И. М. 212, 312, 313

- Ставцева С. Н. 314
Стадлер Е. Р. 13, 315
Старикова М. А. 253
Стасий Е. Д. 316
Статова А. В. 376
Стеньшинская Е. В. 394
Степанова М. И. 318
Степанова Э. В. 115
Стефанюк М. И. 300
Стоева Т. В. 319
Стоногин С. В. 428
Страмбовская Н. Н. 148
Страхов А. А. 496
Стребкова В. В. 314
Стриженок Д. С. 532
Строгий В. В. 320, 321, 322
Сугак А. Б. 533
Судакова А. А. 3
Судакова Н. М. 429
Сударева Т. В. 4
Судоргина Е. Ф. 323
Сулейманова З. Я. 291, 567
Султанов А. Т. 324
Султанов И. С. 214
Сурков А. Н. 20, 78, 99, 177, 545
Суслопарова Е. В. 325
Сутовская Д. В. 96, 326
Сухарева А. П. 327
Сухарева Л. М. 168
Танина Н. А. 578
Тараканова С. Ю. 339
Таранец И. И. 316
Тарасова О. В. 328
Таскина Н. И. 301
Татаринчик А. А. 198
Ташланов Ф. Н. 454, 477, 478
Твердов И. В. 504
Терентьева А. А. 334
Терехина М. И. 420, 469, 470
Терехова Е. А. 303
Тетерин И. А. 429
Тимершин А. Г. 553
Тимофеева А. В. 433, 434, 457, 458, 459, 460, 461, 534
Тимофеева Л. В. 329
Тимофеев И. В. 514
Тимошинов М. Ю. 467
Тихонова А. Ш. 339
Тихонова Г. А. 330
Тихонова О. А. 331
Ткачев И. В. 277
Ткаченко М. С. 215
Ткаченко Н. Е. 332
Тодиева А. М. 333
Токарев А. Н. 189, 334
Толипов Н. Н. 492
Тома Д. А. 426
Томчик Н. В. 335
Тонких Н. А. 336
Топилин О. Г. 503, 504
Торбина О. И. 42
Третьяков Д. С. 349
Трифопова Е. А. 337, 338
Трошина В. В. 339
Трунов В. О. 503, 504
Трухачев С. В. 517
Туз В. В. 187
Тумаева Т. С. 340
Туманова Е. Л. 545
Тупыленко А. В. 341, 535
Тургунова Д. П. 163
Турдиева Ш. Т. 342, 343
Турина И. Е. 145
Туров Ф. О. 536
Турсунов К. 537
Турти Т. В. 29, 344
Тырцева Е. С. 178
Тюникова Е. Г. 326
Тяжева А. А. 259, 345
Углева Т. Н. 346
Удочкина Л. А. 473
Уколов К. Ю. 480
Унанян К. Е. 579
Уралбоев И. Э. 538, 539
Урманов Н. Т. 404
Усейнова Н. Н. 385, 386
Усманов Х. С. 540, 541
Усова А. Е. 119
Устюжанина М. А. 138
Уткина К. Е. 433, 434, 457, 459, 460
Уткина Т. В. 530
Утяшев И. Ф. 553
Уфимцева М. А. 6
Уханова А. А. 347
Уханова О. П. 203
Ушакова С. А. 348, 349
Фадеев А. А. 58
Фадеева Т. А. 498, 542
Фадеева Ю. А. 228
Фараджзаде Г. К. 188
Фархшатов А. В. 455
Федоров А. К. 18
Федоров Е. С. 290
Федосеева Н. Ю. 28
Федосеенко М. В. 332
Федько Н. А. 350, 351, 352, 353
Феокистова Е. В. 533
Филатова М. С. 195
Филинов И. В. 354
Филькина О. М. 205, 206, 355
Финота Е. А. 356
Фокеева А. В. 176

- Фокичева Н. Н. 28
 Фоменко С. А. 560, 561
 Фомичева Н. С. 348
 Хабаров М. А. 372, 373
 Хабриев Р. У. 357
 Хайрулина Е. А. 580
 Халидуллина О. Ю. 348, 349
 Хамзаев К. А. 358, 359, 360
 Хамин И. Г. 533
 Харитонов А. Ю. 460, 461
 Харитонов Н. А. 30, 354
 Харламенкова Р. А. 57, 384
 Харькина А. В. 414
 Хиджазин В. Х. 543
 Хмельницкий К. Е. 411, 531
 Ходжаяров Н. Р. 404
 Холоша С. В. 110
 Хомякова И. А. 74
 Хородиштяну-Банух А. И. 8
 Хорчинова Э. Э. 433, 436, 531
 Храмцов П. И. 361, 544
 Хроленко П. В. 443, 514, 545
 Хрупа Д. А. 405, 406, 407
 Хрящёв А. А. 66
 Хурс О. М. 116, 362
 Цап Н. А. 467, 496, 516, 546, 547
 Царева Л. Э. 120
 Царёва Л. Э. 121
 Царева Ю. А. 160
 Цейтлин Г. Я. 363
 Цепокина А. В. 375
 Цинцадзе А. А. 479
 Цурикова Н. А. 176
 Цыбин А. А. 487, 488, 489, 490
 Цыганок И. А. 176
 Цыпченко О. В. 301
 Чагаева Н. В. 258
 Чайковская И. Л. 349
 Чайковская М. А. 196
 Часнык В. Г. 146
 Чегина Д. С. 147
 Челнокова О. Г. 288
 Челпаченко О. Б. 106, 107
 Ченуша Ф. В. 200
 Чепрасов В. В. 398
 Черезова К. А. 184
 Черкаева А. Х. 51
 Черненко Ю. В. 81
 Черников А. Н. 430
 Черников В. В. 99, 177
 Черногоров О. Л. 446
 Черных А. В. 430, 431
 Чернышева Н. В. 364
 Чернышева Т. А. 297, 417
 Чернышева Т. В. 179
 Черняк И. Ю. 365
 Черняк М. Д. 366
 Четвертакова Л. Д. 176
 Чикова И. А. 146
 Чичановская Л. В. 311
 Чичерин Л. П. 367
 Чолоян С. Б. 94, 98, 323, 368, 369, 370
 Чубаровский В. В. 371
 Чудакова Т. К. 372, 373
 Чукашева В. В. 15
 Чукреев А. В. 424, 547
 Чукреев В. И. 424, 467, 496, 546, 547, 548
 Чумбадзе Т. Р. 399
 Чундукова М. А. 444
 Чупак Э. Л. 374
 Чуриков В. В. 401
 Чюботару А. М. 62
 Шабалдин А. В. 375
 Шабалдина Е. В. 375
 Шабалов А. М. 44
 Шабля В. В. 429
 Шадрин Э. М. 39
 Шадрин С. А. 376
 Шаикрамов Ш. Ш. 359
 Шайтанова В. Н. 352
 Шакиров В. В. 452
 Шалагинов В. Б. 430
 Шалимова В. С. 555
 Шамраева В. В. 377
 Шамсиев А. М. 549, 550, 551, 552
 Шамсиев Ж. А. 549, 550, 551, 552
 Шангареева Р. Х. 553
 Шапошникова М. В. 38
 Шарапова Н. Е. 59
 Шарапов В. И. 403
 Шарапов И. С. 505
 Шарипов А. М. 358
 Шаробаро В. Е. 378, 379
 Шаронин В. О. 393
 Шаршов Ф. Г. 413
 Шаталова Е. А. 380
 Шатохина Н. С. 39
 Шахтарин А. В. 117
 Шашель В. А. 255, 365
 Шебалина А. О. 381
 Шеенкова М. В. 94, 98, 323, 368, 369, 370
 Шейко И. К. 452
 Шеламов И. В. 447
 Шелатонина Е. А. 277
 Шенец С. Г. 382
 Шереметова К. А. 122
 Шерман С. В. 554
 Шестаков А. А. 431
 Шестакова В. Н. 3, 4, 57, 219, 383, 384
 Шестакова Н. А. 188
 Шилина С. А. 28
 Шилова М. М. 70

Шин В. Ф. 385, 386
Шинкаренко И. В. 395
Ширина Т. В. 103
Широкова Е. А. 86, 88
Ширяева Л. И. 394
Ширяева О. А. 65
Шишкина М. А. 348
Шишко Г. А. 327
Шишко Ю. А. 262, 263
Шкарубо А. Н. 166, 472
Шмаков Д. В. 157
Шморгун Т. В. 121
Шорохов С. Е. 13
Штанько С. И. 387
Шубочкина Е. И. 398
Шувалов М. Э. 529
Шуварина Е. Г. 114, 175
Шукман Э. Л. 452
Шульгина О. Ф. 385
Шумова А. Л. 264, 388, 565
Щебеньков М. В. 555, 556
Щедров Д. Н. 557, 558
Щекин О. А. 559
Щелоченкова Т. Д. 522
Щепин В. О. 367
Щербак В. А. 127, 148, 325, 389
Щербак Н. М. 127, 325
Щербакова О. В. 503

Щербакова Р. В. 16
Щербинин А. А. 560
Щербинин А. В. 412, 560, 561
Эйберман А. С. 41, 390
Эрленбуш В. В. 467
Эфендиева М. З. 391
Эюбова А. А. 63
Юдина В. П. 392
Юнак Л. Н. 510, 511
Юнусов А. С. 213, 562
Юнусов Д. И. 409, 455, 553
Юрова И. Ю. 394
Юров И. Ю. 60, 393
Юров Ю. Б. 60, 393
Юсуфов А. А. 439, 518, 520
Юшко В. Д. 320
Яворский К. М. 395
Якимова А. В. 284
Яковенко М. П. 396
Якупова Р. Ш. 368, 369, 370
Якушин О. А. 474
Янковская Н. И. 335, 397
Янушанец О. И. 398
Ясаков Д. С. 399
Ясин И. А. 400
Яценко Н. А. 25
Яцык С. П. 443, 444, 514, 528, 536
Степанова Т. В. 317

Идеальной пищей для грудного ребенка является молоко матери, но когда грудное вскармливание невозможно, смесь Nestogen® может стать подходящей альтернативой.



SWISS QUALITY
ШВЕЙЦАРСКОЕ КАЧЕСТВО

NESTOGEN –

ЗДОРОВОЕ ПИЩЕВАРИЕНИЕ ДОСТУПНО ВСЕМ

- ✓ способствует предотвращению колик
- ✓ регулярный мягкий стул
- ✓ здоровая микрофлора
- ✓ БЕЗ пальмового масла

КОМФОРТНОЕ
Lreuteri + Prebio¹
ПИЩЕВАРИЕНИЕ

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ: идеальной пищей для ребенка является молоко матери. Требуется консультация специалиста. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует исключительно грудное вскармливание. Компания Нестле поддерживает данную рекомендацию. В соответствии с рекомендацией ВОЗ, беременных и рожениц необходимо информировать о преимуществах грудного вскармливания, обращая особое внимание на то, что именно оно обеспечивает самое рациональное питание и иммунитет детей. Женщинам, родившим детей, нужно объяснять методы подготовки и поддержания лактации, делая акцент на необходимости сбалансированного питания самой женщины как во время беременности, так и после родов. Следует убедить женщину в недопустимости необоснованного введения частичного питания детскими смесями из бутылочки или другой пищи и питья, так как это может отрицательно сказаться на грудном вскармливании. Кроме того, женщины должны знать о том, что вернуться к грудному вскармливанию очень сложно. Давая совет молодой матери об использовании детской смеси, необходимо обратить ее внимание на социальные и финансовые последствия этого решения. Так, если ребенок находится исключительно на искусственном вскармливании, то в неделю потребуется более 1 упаковки (400 г) смеси. Поэтому при принятии решения об искусственном вскармливании женщина должна учитывать затраты и финансовые обстоятельства семьи. Женщинам необходимо напомнить, что грудное молоко не только самое лучшее, но и самое экономичное питание для грудных детей. Если принимается решение об искусственном вскармливании, очень важно обучить женщину методам правильного приготовления смеси. При этом особое внимание следует обратить на то, что использование некипяченой воды, нестерилизованных бутылочек, а также неправильное разведение смеси могут стать причиной заболевания ребенка.

*См. Международный кодекс по маркетингу заменителей грудного молока, одобренный Всемирной ассамблеей здравоохранения в резолюции WHA 34.22 в мае 1981 года. Смесь Nestogen® 1 — для детей с рождения, смесь Nestogen® 2 — для детей с 6 месяцев. Детское молочко Nestogen® 3 — для детей с 12 месяцев, детское молочко Nestogen® 4 — для детей с 18 месяцев, не являются заменителями грудного молока. Товар зарегистрирован. Необходима консультация специалиста. *Владелец товарных знаков: Société des Produits Nestlé S. A. (Швейцария).

ИНФОРМАЦИЯ ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

(Вакцина для профилактики ротавирусной инфекции, пентавалентная, живая, оральная)



РотаТек® – единственная пентавалентная, живая вакцина для перорального приема, которая защищает от 5-и наиболее распространенных в России серотипов ротавируса*1, 2

- РотаТек® – 3-х дозовая схема вакцинации обеспечивает защиту от тяжелых, средних и легких форм ротавирусного гастроэнтерита²
- РотаТек® совместим с другими вакцинами в рекомендованной схеме: 2 – 3 – 4,5 месяца^{2, 4}
- Безопасность подтверждена в одном из крупнейших в истории вакцин исследований REST (68 038 пациентов)³

Ключевая информация по безопасности препарата РотаТек®.

Название препарата: РотаТек®. **Группировочное название:** вакцина для профилактики ротавирусной инфекции, пентавалентная, живая. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к любому компоненту вакцины, а также на введение вакцины РотаТек® в анамнезе; инвагинация кишечника в анамнезе; врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта, предрасполагающие к инвагинации кишечника; иммунодефицит, подозрение на иммунодефицит; острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний являющихся временными противопоказаниями для проведения прививок. Плановые прививки проводят через 2-4 недели после выздоровления или в период реконвалесценции или ремиссии. При нетяжелых острых вирусных респираторных инфекциях, острых кишечных заболеваниях и других заболеваниях, сопровождающихся высокой температурой, прививки проводятся сразу после нормализации температуры; острая форма диареи или рвоты (в этих случаях вакцинацию проводят на стадии ремиссии); непереносимость фруктозы, нарушение всасывания глюкозо-галактозного комплекса, недостаточность ферментов сахаразы и/или изомальтазы. **С осторожностью:** при активных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, включая хроническую диарею (отсутствие клинических данных); при задержке развития (отсутствие клинических данных); при иммунокомпрометированном состоянии (например, в результате злокачественных новообразований или иммунодепрессивной терапии); при близком контакте с лицами с иммунодефицитом (например, с лицами со злокачественными новообразованиями или с лицами, получающими иммуносупрессивную терапию); при трансфузии крови или продуктов крови, включая иммуноглобулины, менее чем за 42 дня до намеченной вакцинации. **Особые указания:** во время проведения вакцинации должны быть доступны все необходимые лекарственные препараты, включая адреналин (1:1000), на случай возникновения анафилактической реакции. Данные по эффективности и безопасности применения вакцины у детей с компрометированным иммунитетом, детей с бессимптомной ВИЧ-инфекцией или детей, которым было сделано переливание крови или введены иммуноглобулины не более чем за 42 дня до введения вакцины, отсутствуют. Тем не менее в связи с недостаточностью клинических данных не рекомендуется назначение вакцины при бессимптомной ВИЧ-инфекции. У детей с тяжелым комбинированным иммунодефицитом были отмечены случаи гастроэнтерита, вызванного штаммами ротавируса, входящими в вакцину. Вакцина должна с осторожностью назначаться детям, находящимся в тесном контакте с лицами с иммунодефицитом (в том числе, при контакте с лицами с онкологическими заболеваниями, иммунокомпрометированными или лицами, получающими иммуносупрессивную терапию). Следует соблюдать особые гигиенические правила при контакте с калом вакцинированного ребенка. Поскольку данные наблюдательных исследований свидетельствуют о повышенном риске возникновения инвагинации кишечника

после применения вакцины для профилактики ротавирусной инфекции в течение 7 дней после вакцинации, в качестве меры предосторожности врачу необходимо отслеживать любые симптомы, указывающие на возникновение этого заболевания (острая боль в животе, неукротимая рвота, наличие крови в кале, вздутие живота и/или высокая температура). Родители/опекуны должны быть проинформированы о необходимости безотлагательно обращаться за медицинской помощью в случае возникновения таких симптомов. В настоящее время отсутствуют данные о безопасности и эффективности применения вакцины у новорожденных с желудочно-кишечными заболеваниями (включая хроническую диарею) и при задержке развития. Применение вакцины следует осуществлять с осторожностью у таких новорожденных, а также том случае, когда, по мнению врача, отказ от вакцинации этой группы детей представляет больший риск, чем ее проведение. Вакцину РотаТек® запрещено вводить инъекционно! Вакцину РотаТек® следует вводить как можно быстрее после извлечения из холодильника. В случае если вакцину не использовали до окончания срока годности, она подлежит утилизации в контейнерах для биоотходов в соответствии с утвержденными правилами. **Побочное действие:** наиболее частые нежелательные реакции: инфекции верхних дыхательных путей, диарея, рвота, гипертермия. Нежелательные реакции, которые наблюдались при пострегистрационном применении вакцины, частоту которых невозможно установить из имеющихся данных: анафилактическая реакция, гематокезия (нечасто), инвагинация (редко), крапивница (редко), ангиоэдема, раздражительность. * Частота оценивалась на основании соответствующих клинических исследований.

Юридическое лицо, на имя которого выдано регистрационное удостоверение: Мерк Шарп и Доум Корп., США.

* На 09.11.2017 единственная зарегистрированная вакцина для профилактики ротавирусной инфекции в России ГРЛС, доступно по адресу: <http://grls.rosminzdrav.ru> Доступ 02.11.2017

1. Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году», стр. 104.

2. Инструкция по применению лекарственного препарата для медицинского применения РотаТек®.

3. Vesikari T et al. Safety and Efficacy of a Pentavalent Human-Bovine (WC3) Reassortant Rotavirus Vaccine. N Engl J Med 2006;354:23-33.

4. Федеральные клинические рекомендации «Вакцинопрофилактика ротавирусной инфекции у детей», Баранов А.А. стр. 25.

Перед назначением любого препарата, упомянутого в данном материале, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Компания MSD не рекомендует применять препараты компании способами, отличными от описанных в инструкции по применению.



ООО «МСД Фармасьютикалс»
Россия, 115093 г. Москва, Павловская, д. 7, стр. 1,
Тел.: +7 (495) 916 71 00, Факс: +7 (495) 916 70 94,
www.msd.ru

VACC-1234928-0003 (11.2017)



(Вакцина для профилактики ротавирусной инфекции, пентавалентная, живая, оральная)

**ВСЕГО
1 РАЗ В ДЕНЬ**

1 РАЗ В ДЕНЬ 6 КАПЕЛЬ

**УДОБСТВО
ХРАНЕНИЯ**

НЕ ТРЕБУЕТ ХРАНЕНИЯ
В ХОЛОДИЛЬНИКЕ

BB-12

ХОРОШО ИЗУЧЕННЫЕ
БИФИДОБАКТЕРИИ¹,
КОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ БЕЗОПАСНОСТИ²

НЕ СОДЕРЖИТ

ПАЛЬМОВОГО МАСЛА, ЛАКТОЗЫ

0+



SANDOZ A Novartis
Division

ЗАО «Сандоз», 125315, г. Москва, Ленинградский проспект, д. 72, корп. 3
Тел.: +7 (495) 660-75-09, www.sandoz.ru
RU. 77.99.11.003.E.000701.02.16

1. Захарова И.Н., Дмитриева Ю.А. Микробиоценоз кишечника у детей: современные представления. Consilium medicum Педиатрия 2013, №2, с.74-79.

2. Имеет статус GRAS (Generally Regarded As Safe – общепризнан как безопасный) в Управлении по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов – FDA (GRAS Notice No. GRN 000049, 2002).

ТОРГОВОЕ НАИМЕНОВАНИЕ: Линекс для детей® капли. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Индивидуальная непереносимость компонентов БАД.

* Товарный знак CHR. HANSEN BB-12® принадлежит Chr. Hansen A/S

Реклама

RU1712755748

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Компания является неотъемлемой частью отечественного высокотехнологичного вертикально-интегрированного холдинга «Фармэко».

Специализируется на дистрибуции лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинского оборудования.

КЛЮЧЕВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ:

- Кардиология
- Онкология и онкогематология
- Диабет и эндокринология
- Офтальмология
- Нефрология
- Неврология и психиатрия

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

В группе есть собственные научно-исследовательские лаборатории, «Фармэко» активно развивает R&D (от англ. research and development) – это структура внутри компании, которая занимается разработкой лекарственных средств, проведением доклинических, клинических исследований и регистрацией препаратов.

ЛОГИСТИЧЕСКИЕ И СКЛАДСКИЕ УСЛУГИ

Оказываем полный комплекс профессиональных логистических и складских услуг для фармацевтических производителей, дистрибьюторов и аптечных сетей. Поставка продукции осуществляется с нашего основного склада в г. Подольск.

Современное складское оборудование обеспечивает круглосуточный контроль и автоматическую диспетчеризацию всех параметров, позволяя соблюдать самые сложные условия хранения продукции.

 www.irwin2.ru +7 (495) 800-77-87