ISSN 1694-6405 (Print)
1694-870X (Online)

И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ
МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН

ЖАРЧЫСЫ

ВЕСТНИК

КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ
ИМ. И.К. АХУНБАЕВА

X ЮБИЛЕЙНЫЙ КОНГРЕСС ПЕДИАТРОВ СТРАН СНГ «РЕБЕНОК И ОБЩЕСТВО: ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ, РАЗВИТИЯ И ПИТАНИЯ» И II СЪЕЗД ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

14 - 16 СЕНТЯБРЯ 2023 Г.

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Федерация педиатров стран СНГ

Federation of pediatricians of CIS countries

Ассоциация детских хирургов стран Центральной Азии

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И.К. АХУНБАЕВА**

ФЕДЕРАЦИЯ ПЕДИАТРОВ СТРАН СНГ

**АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ**

Сборник материалов

«X юбилейный Конгресс педиатров стран СНГ «РЕБЕНОК И ОБЩЕСТВО: ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ, РАЗВИТИЯ И ПИТАНИЯ» и II съезд детских хирургов Центральной Азии»

14 – 16 сентября 2023 г.

Бишкек 2023

Глубокоуважаемые коллеги!
Дорогие друзья!

В текущем году Кабинет Министров Кыргызской Республики (КР) принял важное и своевременное решение о педиатрической службе. Нет сомнений в том, что служба нуждается в возрождении, реабилитации и требует принятия неотложных комплексных мер. Педиатрическая служба КР нуждается в обеспечении кадрами, больничными койками, обновлении и укреплении инфраструктуры организаций здравоохранения, повышении квалификаций медицинских работников, внедрении новых диагностических и лечебных технологий, социальной и правовой защите медицинских работников. Продвижение реформ сложно представить себе без нового пополнения, без свежего взгляда молодых образованных, талантливых и креативных кадров.

Сегодня в КР налаживаются механизмы координации деятельности государственных, частных, неправительственных и международных организаций в деле улучшения положения детей и подростков; кадровый состав системы здравоохранения, медицинского образования, социальной защиты нуждается в повышении квалификации; требует улучшения качества медицинской помощи, абилитации и реабилитации, профилактики болезней детского возраста; остаются высокими риски, связанные с окружающей средой (чистая вода, безопасная среда для игр и занятий, жилищные условия и т.д.); слабая вовлеченность гражданского сектора в принятии решений и внедрении программ в области охраны здоровья и развития детей.

В этом году Министерство здравоохранения КР в кооперации с главными внештатными и ведущими специалистами МЗ КР, а также профессиональными медицинскими ассоциациями вплотную занимается улучшением качества медицинской помощи детям.

Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и период после нее существенно повлияли на все сферы жизнедеятельности человека. Во всех странах мира, в том числе в Кыргызской Республике и странах СНГ, произошли беспрецедентные изменения в системе здравоохранения, направленные на противостояние пандемии. Стремительно меняющаяся ситуация требовало от нас быстрых практических решений, а также перманентного научного анализа, которые позволили максимально эффективно внедрять наиболее успешные технологии в повседневную работу врачей. В такой ситуации организация и проведение научных диалогов особенно важны.

В ходе данного Конгресса будут рассмотрены многие аспекты здоровья, патологии и питания детей в различные периоды развития.

Важно то, что Конгресс посвящается Х-летнему юбилею образования Федерации педиатров СНГ, целью которой является поддержка деятельности организаций и специалистов, направленной на укрепление международных научных связей в области педиатрии.

Сегодня Федерация педиатров СНГ вносит неоценимый вклад в социально-экономическое развитие, в том числе в деле улучшения качества медицинской помощи населению КР и стран СНГ.

Уверена, наша встреча, обещает быть интересной и насыщенной, а использование современных дистанционных технологий позволит не только сохранить, но и расширить географию участников.

Министр здравоохранения
Кыргызской Республики Баатырова Г.М.

Дорогие коллеги и друзья!

После нынешнего аномально жаркого лета, наступил бархатный сезон в Кыргызстане. С началом нового учебного года активизировался и научная жизнь в творческих коллективах.

Сегодня медицинская наука, как и другие разделы науки, стремительно развивается, и появляются новые вызовы времени с появлением новых заболеваний (инфекций), новых технологий, которые задают научным сотрудникам новые задачи и позволяют многие прежние результаты заново пересмотреть с призмы сегодняшних достижений.

Цель данного конгресса Федерации педиатров стран СНГ и съезда детских хирургов Центральной Азии - это наладить более тесный контакт сотрудничества специалистов, обмен передовым новым опытом, обсудить стратегические направления развития нашей службы в нашем регионе, а также планировать и даже по возможности интегрировать наши совместные научные исследования. Конечно, есть цель - создать постоянно или систематически действующую дискуссионную платформу профессионального единства специалистов.

Сегодня мы свидетели того, что в мире все стало намного мобильным: появление новой патологии (инфекции) в одном месте очень быстро распространяется по всему земном шару. Поэтому, мы врачи в этой непростой ситуации должны тоже работать в тесном контакте, взаимный обмен передовым опытом диагностики и лечения становятся необходимостью сегодняшнего дня.

Тематика данного сборника тезисов отражает основные направления научных исследований, которые проводит большая группа учёных в странах СНГ.

В тезисах коротко отражены методы исследования заболеваний с использованием современных технологий, новые подходы диагностики и лечения, интересные клинические наблюдения. В заключении в тезисах даётся резюме о полученных авторами результатах в ходе многолетней работы. Кроме этого, есть очень интересные сообщения о современное состоянии по антибиотикоресистенности возбудителей патологий в педиатрической практике и конкретные рекомендации.

Все материалы тезисов изложены очень доступно, и специалисты, ознакомившись, несомненно получат новые знания по актуальным проблемам педиатрии, детской хирургии и неонатологии, которые необходимы в нашей повседневной практической работе для более эффективного оказания медицинской помощи пациентам. При желании, у читателя есть возможность глубже ознакомиться с материалом научного исследования непосредственно у авторов тезисов.

Материалы данного сборника тезисов, надеюсь, будут интересны широкому кругу медицинских специалистов.

Искренне желаю Вам всего наилучшего!
Президент Федерации педиатров стран СНГ,
президент ассоциации детских хирургов КР д.м. н., профессор Узакбаев К.А.

Узакбаев К.А. – д.м.н., профессор, президент Федерации педиатров стран СНГ, президент ассоциации детских хирургов Кыргызской Республики, Кыргызстан

Каганов Б.С. – д.м.н., профессор, Почетный президент Федерации педиатров стран СНГ, член-корреспондент РАН, Российская Федерация

Горелов А.В. – д.м.н., профессор, академик РАН, зам. директора по научной работе ЦНИИ эпидемиологии МЗРФ, председатель Национальной ассоциации специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского, Российская Федерация

Сычев Д.А. – д.м.н., профессор, академик РАН, ректор РМАНПО МЗ РФ, президент Российского общества фармакогенетики, фармакокинетики и персонализированной терапии, член Президиума Национальной медицинской палаты Российской Федерации

Кузденбаева Р.С. – профессор, академик Национальной академии наук Республики Казахстан, Президент Профессиональной ассоциации клинических фармакологов и фармацевтов Республики Казахстан

Кудаяров Д.К. – д.м.н., профессор, академик НАН КР, Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Кыргызстан

Боконбаева С.Д. - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой педиатрии Кыргызско-Российского Славянского Университета, Кыргызстан

Киргизов И.В. – д.м.н., профессор кафедры детской хирургии имени академика С.Я. Долецкого РМАНПО МЗ РФ, Российская Федерация

Ташенова Г.Т. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детских болезней, главный внештатный педиатр Республики Казахстан

Ахмедова Д.И.–д.м.н., профессор, директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра педиатрии МЗ РУз., Вице-президент Федерации педиатров стран СНГ от Республики Узбекистан

Цзяо Фуюн – д.м.н., профессор, директор Альянса сотрудничества больниц Шанхайской Организации сотрудничества, Китайская Народная Республика

Воробьев Д.В. – профессор, вице-президент Международной академии наук экологии безопасности человека и природы, член Президиума Евразийской ассоциации медицинских и экологических технологий, Российская Федерация

Жубанышева К.Б. – к.м.н., доцент, президент РОО «Ассоциация неонатологов и специалистов детской медицины», вице-президент Федерации педиатров стран СНГ от Республики Казахстан

Сулайманов Ш.А. – д.м.н., профессор, председатель объединения детских врачей Кыргызской Республики

Саатова Г.М. –д.м.н., профессор, главный ревматолог МЗ Кыргызской Республики

Тилекеева У.М. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой базисной и клинической фармакологии, Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, Кыргызстан

Салимов Т.Ш. – д.м.н., президент Ассоциации детских хирургов стран Центральной Азии, Республика Узбекистан

Ерекешев А. – к.м.н., неонатальный хирург, Республика Казахстан

Омурбеков Т.О. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, Кыргызстан

Кадыров Р.М. – д.м.н., профессор РАЕН, нейрохирург, директор неврологического центра «Кортекс», Кыргызстан

С О Д Е Р Ж А Н И Е

Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К., Сагатбаева Н.А., Умбетова Л.Ж., Жуманбаева К.Р. Оценка болевой реакции у недоношенных детей с экстремальной и очень низкой массой тела **15**

Абдуллаева Г.М., Батырханов Ш.К., Сагатбаева Н.А., Умбетова Л.Ж., Жуманбаева К.Р. Оценка нарушений нутритивного статуса у недоношенных детей из группы высокого перинатального риска **16**

Алиев М.М., Туйчиев Г.У., Нематжонов Ф.З. Кисты желчных протоков у детей **17**

Аминов Р.С., Косимова Ф. Состояние кислотно-основного баланса при общей анестезии на основе пропофола у детей с врожденной расщелиной неба **17**

Аминова А.И., Байрашевская А.В., Вагидова К.З., Агапова А.А., Мурадова Н.Н. Клинические особенности новой коронавирусной инфекции у детей первых месяцев жизни **19**

Аминова А.И., Бирюкова Е.Г., Мурадова Н.Н., Кулик А.И., Якунина Е.С. Случай быстро прогрессирующего нефротического синдрома у ребенка с неблагоприятном преморбидным фоном **20**

Аминова А.И., Ерюшова Т.Ю., Гумбатова З.Ф., Мурадова Н.Н., Халилова А.А. Особенности серологической диагностики Helicobacter Pylori у детей дошкольного возраста **21**

Аминова А.И., Ибатуллина А.И., Самолыго И.С., Ерюшова Т.Ю., Мурадова Н.Н., Фельфикс Л.И. Трудности диагностики туберкулеза у ребенка школьного возраста, приехавшего из страны с неблагоприятной эпидемической обстановкой **22**

Аминова А.И., Мурадова Н.Н., Щербанюк И.А., Байрашевская А.В., Ерюшова Т.Ю., Мацукатова Б.О. Эруптивный узелковый акродерматит у детей **23**

Андросова Н.Л., Антипова Т.А., Фелик С.В., Кудряшова О.В. Исследование влияния заквасочных культур на молочно-зерновую основу для производства продукта детского питания **24**

Аникиев А.В., Бровин Д.Н., Володько Е.А., Володько Е.А. МРТ диагностика тяжелого урогенитального синуса у пациенток пубертатного возраста **24**

Антипова Т.А., Фелик С.В., Андросова Н.Л., Кудряшова О.В. Сухие напитки на основе молочной сыворотки для детского питания **25**

Арыстаналиев А.Е., Турдалиева Б.С., Сейсебаева Р.Ж., Заитова А.Г. Клинические проявления облитерирующего бронхиолита у детей в Республике Казахстан **26**

Ахаладзе Д.Г., Рабаев Г.С., Твердов И.В, Нургалиев Д.Ж., Оспанов М.М., Дженалаев Д.Б., Грачев Н.С. Пилотная версия шкалы сложности минимально-инвазивных операций при нейрогенных опухолях абдоминальной локализации у детей **27**

С О Д Е Р Ж А Н И Е

Ахмедова Д.И., Ахмедова Н.Р., Ибрагимов А.А. Содержание антинуклеарных антител у детей с ювенильным артритом с системным началом **28**

Ахмедова Д.И., Ахмедова Н.Р., Ибрагимов А.А., Ашурова Д.Т. Иммунологический диагностический маркер ювенильного ревматоидного артрита у детей **29**

Ахундзаде Н.Э., Тепляков А.А. Синдром гиалинового фиброматоза **30**

Бабаева Х.Б., Полухов Р.Ш. Роль неонатологической службы в ранней диагностике врожденных нарушений формирования тазобедренного сустава у новорожденных **30**

Бахадуров Х.Ф. Нарушения дыхания и гемодинамики у детей с тяжелой формой пневмонии **31**

Божбанбаева Н.С., Урстемова К.К. Сравнительный анализ факторов преждевременных родов у женщин, перенесших COVID-19 и вакцинированных **32**

Брежнева Е.В., Малютина Л.В., Петрова А.С. Влияние пандемии COVID-19 младенческую смертность в Московской области **33**

Бровин Д.Н., Аникиев А.В., Безлепкина О.Б., Поздняя диагностика рака щитовидной железы у детей. Пути решения проблемы **34**

Василевский И.В. Наследственный ангионевротический отек: вопросы фенотипической характеристики **35**

Василевский И.В. Неонатальный сепсис: оптимизация антибиотикотерапии **36**

Василевский И.В. Роль нейротрофинов при бронхиальной астме **36**

Васильев С.А., Курлович И.В., Ващилина Т.П., Прилуцкая В.А., Виктор С.А. Ассоциация нарушений жирового обмена до беременности и инфекционно-воспалительного поражения последа у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод **37**

Воробьев Д.В. Экопрофилактика – современная научно-практическая концепция здоровьесбережения детей в условиях экологического неблагополучия **38**

Галактионова М.Ю., Лисихина Н.В., Тихонова Н.В. Риск метаболического синдрома у школьников с различным уровнем физического развития **39**

Галактионова М.Ю., Митюшкина А.Г. Антропометрические параметры, характеризующие состояние физического развития новорожденных Псковской области **40**

Ганузин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей при тяжелых соматических заболеваниях **41**

Ганузин В.М., Маскова Г.С. Социальная адаптированность подростков к различным условиям образовательной среды **41**

Ганузина Г.С., Шинакова Л.А., Ганузин В.М. Профилактика и коррекция отклонений опорно-двигательного аппарата у детей дошкольного возраста **42**

Гапоненко А.Н., Баркова А.А., Дурникина Е.Н., Леднева В.С. Болезнь Мотонейрона (клинический случай) **43**

Гапоненко А.Н., Леднева В.С., Ульянова Л.В. Таргетная терапия муковисцидоза препаратом "трикафта" (клинический случай) **44**

Гараева С.З., Алиева А.А., Агаева Г.Т., Велиева К. Респираторная поддержка недоношенных новорожденных с врожденными инфекциями **44**

Гасымова Е.А. Транспортировка новорожденных, находящихся в критическом состоянии **45**

Гасымова Е.А., Салехова Г., Мирзоева И.А., Акбарова У., Ахмедова Д. Факторы риска развития легочного кровотечения у недоношенных новорожденных, находящихся в критическом состоянии **46**

Гафурова Р.Р., Богомолова Е.А. Современные представления о специфике вирус-индуцированной астмы у детей **47**

Герасимчик О.А. Нарушение пищевого поведения, как фактор риска развития ожирения у детей и подростков **48**

Гнедько Т.В. Медицинские резервы сохранения здоровья недоношенных детей **49**

Гнедько Т.В. Оценка многолетней динамики алиментарно-зависимых заболеваний среди детей первого года жизни **49**

Голубева О.Б., Егоров В.И., Гаращенко Т.И., Василенко И.А. Новый подход к диагностике назальной обструкции у часто болеющих детей **50**

Гомбоева Н.Б. Формирование здоровья ребенка: каковы сегодняшние реалии? **51**

Гомолко К.А., Шишко Г.А., Крамко Д.А., Артюшевская М.В. Перинатальные факторы риска у недоношенных новорожденных с замедленным ростом и нарушением питания **52**

Гончарова Т.А., Каракошенко А.Д. Пищевое поведение у детей с расстройством аутического спектра и возможности его коррекции **53**

Гончарова Т.А., Каракошенко А.Д., Опурина А.В. Опыт применения ноотропной диеты в комплексной нейрокоррекции при нарушениях формирования психо-речевого развития у детей раннего возраста в условиях военных действий **53**

Горелова Ж.Ю., Соловьева Ю.В., Александрова И.Э. Особенности питания школьников с ограниченными возможностями здоровья **54**

Горобцова А.В., Тастанбекова Ж.У., Романов Д.В., Карабекова Р.А. Современный подход в лечении младенческих гемангиом **55**

С О Д Е Р Ж А Н И Е

Давлятов С.Б., Сулаймонов С.Ч., Баҳодуров Ҷ.Т. Изменение функции внешнего дыхания при врождённой деформации грудной клетки у детей **56**

Девялтовская М.Г., Крамко Д.А., Артюшевская М.В., Мосько П.Л. Заболеваемость и особенности клинического течения в группе неонатальный «near miss» **57**

Деревцов В.В., Неудахин Е.В., Деревцова А.В. Состояние вегетативной нервной системы у детей первого года жизни, перенесших задержку внутриутробного роста и развития разных типов **58**

Дженалаев Б.К., Досмагамбетов С.П., Тусупкалиев А.Б., Есеналина Н.С., Бисалиев Б.Н., Баубеков Ж.Т. Изимбет К., Табылды К. К вопросу сроков закрытия кишечных стом у детей **59**

Дубовая А.В., Науменко Ю.В., Дубовой И.К. Нейросетевая модель прогнозирования риска прогрессирования артериальной гипертензии у подростков **60**

Егоренков А.А. Генерализованная стрептококковая инфекция у пациентки с протезированными клапанами сердца и кардиостимулятором **61**

Ершова И.Б., Петренко О.В., Рещиков В.А., Бондаренко Г.Г. Клинические проявления и психоэмоциональный статус детей после перенесенного Лайм-боррелиоза **62**

Ершова И.Б., Роговцова А.Г., Левчин А.М. Эффективность нейродиетологии у детей с астеническим синдромом **63**

Жекайте Е.К., Кондратьева Е.И., Лошкова Е.В., Воронкова А.Ю. Влияние гена VDR на формирование клинических проявлений и течения бронхиальной астмы **63**

Журавлева Л.Н. Прогностические биомаркеры формирования бронхолегочной дисплазии у недоношенных новорожденных **64**

Зиезода М.Р., Рахматова Р.А. Комплексное лечение травм глаза у детей **65**

Ибодов Х., Мираков Х.М., Рофиев Р., Икромов Т.Ш., Ибодов Н.С. Лечение нерефлексирующего мегауретера у детей **66**

Калыкова А.А. Синдром внезапной детской смерти **67**

Камилова А.Т., Ахмедова И.М., Султанходжаева Ш.С., Геллер С.И. Регуляторные цитокины при гастроинтестинальных формах пищевой аллергии у детей **67**

Камилова А.Т., Усмонова К.Ш., Дустмухамедова Д.Х., Махмудов А.С. Описание клинического случая целиакии, осложненной стрессовой гипергликемией и экссудативной энтеропатие **68**

Карабекова Р.А., Аипов Б.Р., Тастанбекова Ж.У., Горобцова А.В. Новый подход в лечении сложных форм младенческой гемангиомы, использование атенолола в комбинации с лазерной коагуляцией сосудов **69**

Карабекова Р.А., Тастанбекова Ж.У., Горобцова А.В., Шарипова Д.Р. 70
Наш опыт лечения капиллярных мальформаций у детей

Кешишян Е.С., Сахарова Е.С. Нужен ли в системе здравоохранения 3-й амбулаторный этап выхаживания недоношенных детей 71

Кешишян Е.С., Сахарова Е.С. Организация педиатрического амбулаторного приема ребенка, рожденного недоношенным, на первом году жизни 72

Кондратьева Е.И., Лошкова Е.В., Жекайте Е.К., Климов Л.Я., Ильенкова Н.А., Мельяновская Ю.Л., Воронкова А.Ю. Ассоциации гена VDR с клиническими проявлениями и осложнениями муковисцидоза 73

Кондратьева Е.И., Одинаева Н.Д., Жекайте Е.К., Шерман В.Д., Паснова Е.В., Фатхуллина И.Р., Максимычева Т.Ю., Воронкова А.Ю. Эффективность CFTR-модулятора элексакафтор/тезакафтор/ивакафтор в Российской популяции пациентов с муковисцидозом (12 месяцев наблюдения) 74

Кондратьева Е.И., Попова В.М., Киян Т.А., Брагина Е.Е., Тронза Т.В. Характеристика пациентов с первичной цилиарной дискинезией 75

Кондратьева Е.И., Шадрина В.В., Воронкова А.Ю., Жекайте Е.К., Орлов А.В., Пинегина Ю.С., Карпова О.А., Лаврова А.Е., Тришина С.В. Результаты проспективного открытого наблюдательного исследования применения дорназы альфа (Тигераза, Генериум, Россия) в составе комплексной терапии у детей с муковисцидозом 76

Косимов М.М., Вохидов А. Внутриутробная инфекция как фактор риска формирования пороков челюстно-лицевой области 77

Куатбеков Д.Ж. 77
Инородные тела желудочно-кишечного тракта – случай с перфорацией

Леднев С.А., Леднева В.С., Ульянова Л.В., Разуваева Ю.Ю., Юрова И.Ю. Компьютерная томография в диагностике патологии бронхолегочной системы у детей 78

Лобыкина Е.Н., Шаповалова Н.А., Проскурякова Л.А., Лобыкина А.А., Сухомлинов М.Ю. Как повысить практикоориентированность обследования в детских центрах здоровья 79

Лохматова И.А., Ершова И.Б., Петренко О.В., Чернова Е.В., Гречаник А.В. 80
Лечение постинфекционной астении у подростков

Лошкова Е.В., Кондратьева Е.И., Климов Л.Я., Ильенкова Н.А., Подчерняева Н.С., Геппе Н.А., Долбня С.В., Шитьковская Е.П., Мельяновская Ю.Л., Жекайте Е.К., Курьянинова В.А. Ассоциации гена VDR с клиническими проявлениями, осложнениями и метаболизмом кальцидиола на фоне ювенильного идиопатического артрита у детей в Российской Федерации 81

Мазуренко Н.Н. Дуоденогастральный рефлюкс и Helicobacter Pylori у детей **82**

Максимычева Т.Ю., Щелыкалина С.П. Биоимпедансный анализ состава тела у пациентов с муковисцидозом на фоне таргетной терапии **83**

Малинина Н.В., Малюгина Т.Н. Возможности диагностики тяжелой формы гриппа у детей в амбулаторно-поликлинической практике **84**

Маркаев А.Я., Эргашев Н.Ш. Хирургическая тактика при патологиях дивертикула меккеля у детей **84**

Маскова Г.С., Мозжухина Л.И., Ганузин В.М. Проблемы здоровья детей, родившихся раньше срока **85**

Миндубаева Ф.А., Тукбекова Б.Т., Ахмалтдинова Л.Л., Оспанова М.Д. Роль метаболизма серотонина в патогенезе легочной артериальной гипертензии, ассоциированной с врожденными пороками сердца у детей: новые перспективы исследования **86**

Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Каримов Д.К., Исаков Н.З. Предоперационная подготовка при лечении детей с деформацией грудной клетки **87**

Мирзакаримов Б.Х., Джумабев Ж.У., Гафуров А.А., Исаков Н.З. Хирургическое лечение килевидной деформации грудной клетки у детей **88**

Мыкыев К.М., Молдоисаев К.Б., Самсалиев А.Ж. Применение метода бронхоблокации у детей **89**

Мыкыев К.М., Нурмухамедов Т.Н. Оптимизация способа лечения вросшего ногтя у детей **89**

Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., Молдоисаев К.Б. Случай врождённого трахео-пищеводного свища у ребёнка **90**

Насирова С.Р. Роль естественного питания в профилактике некротического энтероколита у новорожденных **91**

Нургалиева Ж.Ж., Кисленко А.В., Жылкыбай Ж.О., Рахматулла У.Г., Маюфи А.М. Клинико-лабораторная характеристика детей с аутоиммунным гепатитом **92**

Оспанов М.М., Дженалаев Д.Б., Рабаев Г.С., Нурсеитова А.Ш., Козбагаров А.Ж., Шокаев Е.Р., Ольховик Ю.М. Модифицированная передняя аноректопластика при низких аноректальных мальформациях **93**

Пиянзин А.И., Букатов К.Е., Бобошко И.П. Технологии интеллектуального анализа аускультативных звуков легких у детей (умный детский фонендоскоп) **94**

Пиянзин А.И., Козырь П.А. Использование компьютерных технологий в организации питания детей и студентов **94**

С О Д Е Р Ж А Н И Е

Полухов Р.Ш., Мусаева К.Б., Исмайылов М.У. Особенности хирургической тактики, не поддающихся консервативному лечению, запоров у детей **95**

Пономаренко Е.А., Хомякова Т.И., Мхитаров В.А., Хомяков Ю.Н. Эндотелин -1 как прогностический маркер развития социально значимых заболеваний в педиатрии **96**

Попенков А.В. Функциональные изменения сердца у детей 7 лет **97**

Прилуцкая В.А. Частота и типы нарушений физического развития у новорожденных от матерей с сахарным диабетом **97**

Рагимова Н.Д. Определение гаплогенотипов противоспалительного интерлейкина-6 у новорожденных с неонатальными инфекциями **98**

Разуваева Ю.Ю., Леднева В.С., Ульянова Л.В., Разуваев О.А., Коломацкая В.В., Иванникова А.С. Зависимость показателей запаса жировой ткани в организме от толщины подкожной складки над трицепсом и окружности мышц плеча у детей с детским церебральным параличом **99**

Рахматова Р.А., Набиев З.Н., Баходуров Х.Ф. Острая дыхательная недостаточность у детей и пути их коррекции на основе показателей перекисного окисления липидов **100**

Рачков В.Е., Митупов З.Б., Маргарян С.Р., Разумовский А.Ю. Актуальные аспекты хирургического лечения портальной гипертенизии у детей **101**

Ревякина В.А., Ларькова И.А., Мухортых В.А., Кувшинова Е.Д., Воронцова Е.А. Оценка некоторых имунонутриентов у детей с пищевой аллергией **102**

Римская А.М., Яблокова Е.А., Горелов А.В. Применение генно-инженерной биологической терапии при воспалительных заболеваниях кишечника **103**

Роговцова А.Г., Козина С.Ю., Котова М.В., Тюрин В.С. Эффективность реабилитационных мероприятий при астеновегетативном синдроме у институализированных детей **104**

Родина С.А., Кильдиярова Р.Р., Зимин С.Б., Денисов М.Ю. Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей раннего возраста **104**

Саатова Г.М., Чожоева Б.Р., Алмазбекова Р. Состояние здоровья и отдаленные последствия у детей, перенесших новую коронавирусную инфекцию **105**

Сайдалиева Ф.Ш., Ахмедова Н.Р., Ярашова Ш.И. Функциональные нарушения сердца у детей с ювенильными артритами по данным ретроспективного анализа **106**

Сакуов Ж.Н., Дженалаев Д.Б., Оспанов М.М., Ольховик Ю.М., Рустемов Д.З., Лозовой В.М., Тобыл А., Шаяхметов Ш.К. Хирургическая коррекция vater/vacterl ассоциации у детей **107**

Салимов Б.А., Вохидов А. **108**
Кадровые ресурсы стоматологической службы юга Таджикистана

Сапожников Я.М., Канафьев Д.М., Мочалов А.С., Карпов В.Л. **109**
Возрастные особенности широкополосного поглощения акустического сигнала структурами среднего уха

Семенова Е.С., Симоненко С.В., Симоненко Е.С. **109**
Гидролизаты молочных белков, как основа продуктов с пониженной аллергенностью для детского питания

Середа Э.Ж., Самарина А.В. **110**
Схемы антиретровирусной терапии и приверженность к лечению пациентов молодого возраста с перинатальным путем инфицирования ВИЧ

Симоненко Е.С., Семенова Е.С., Пронина О.П., Грабо А.А. **111**
Исследование кобыльего молока с целью использования в производстве продуктов специализированного назначения, в том числе детского и диетического питания

Стома И.О., Улезко Е.А., Старовойтова А.С., Воропаев Е.В., Осипкина О.В., Ковалев А.А., Зубовская Е.Т., Кондрацкая Е.А., Шафорост А.С., Зятьков А.А., Берестень С.А. Эпидемиологические аспекты респираторных расстройств у недоношенных новорожденных детей **112**

Терехина Т.А., Дмитриев А.В., Гудков Р.А., Федина Н.В., Смирнова В.В., Красулина О.А., Вулих А.Д., Кий А.И. **113**
Отравления жидкостью для розжига у детей Рязанского региона

Терехина Т.А., Дмитриев А.В., Смирнова В.В., Красулина О.А., Вулих А.Д., Кий А.И. Анализ регистра пациентов детского возраста с муковисцидозом в Рязанской области за 2022 год **114**

Тонких Н.А., Конопко Н.Н. Кардиоскрининг детей, занимающихся спортом **115**

Узакбаев К.А., Ибраимов А.С. **116**
Некоторые аспекты физического развития детей в условиях высокогорья

Узакбаев Ч.К., Карачев Б.А., Ырысов К.Б. **116**
Современные аспекты лечение оккулюзионной гидроцефалии у детей

Ульянова Л.В., Леднева В.С., Васильева Л.В., Талыкова М.И. **117**
Формирование мотивации здорового образа жизни у студентов медицинского ВУЗа

Хабибов И.М., Вохидов А. **118**
Мониторинг врожденных пороков развития центральной нервной системы у детей

Ханалиева Н.Ф., Гараева С.З. **119**
Рентгенологические особенности патологий плевры у детей первого года жизни

Хокироев Д.С., Вохидов А. **119**
Факторы способствующие развтию антенатального поражения мозга плода

Худайназарова С.Р., Валиева С., Агзамходжаева Н.Ш. Изменения сердечно-сосудистой системы при обструктивном бронхите у дошкольников **120**

Чубко Д.М., Таранушенко Т.Е., Шароглазов М.М., Фалалеева С.О., Шароглазов Р.М. Структура врожденных пороков развития легких у детей и подростков (по материалам хирургического отделения Красноярского краевого клинического центра охраны материнства и детства) **121**

Шамсиев А.М., Мухитдинов Ш.Ш., Шамсиев Ш.Ж., Шамсиев Ж.А. Лапароскопическая эхинококкэктомия эхинококковых кист печени у детей **122**

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Сувонкулов У.Т., Рахимов А.К., Сагираев Н.Ж. Диагностика и хирургическая тактика лечения ожогов пищевода у детей **122**

Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Сувонкулов У.Т., Шахриев А.К. Эндоурологическая коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей **123**

Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А., Бобояров К.Р., Исаков А.М. Инородные тела пищевода у детей **124**

Шамсиев Ж.А., Сувонкулов У.Т., Шамсиев А.М., Хуррамов Ф.А. Тактика хирургического лечения остро возникшей кисты семенного канатика у детей **124**

Шамсиев Ж.А., Тогаев И.У., Атакулов Д.О., Махмудов З.М. Улучшение методов диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей **125**

Шамсов Х.А., Рахматова Р.А., Раджабзода И.М. Тяжелая черепно–мозговая травма у детей **125**

Шаповалова Н.А., Лобыкина А.А., Лобыкина Е.Н. Изучение состава тела, как характеристики национальных особенностей нутритивного статуса у детей – коренных жителей Горного Алтая **127**

Шаповалова Н.А., Лобыкина Е.Н. Вовлеченность детей в разговор о правильном питании. Как повысить эффективность? **127**

Щербанюк И.А., Халилова А.А., Зубехина Е.Г., Мурадова Н.Н., Самолыго И.С. Отсроченные осложнения у детей, оперированных по поводу болезни Гиршпрунга **128**

Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А. Кистозно-аденоматозная мальформация легких диагностика, особенности хирургической тактики у детей **129**

Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Хакимова Л.Р. Влияние полиморфизма генов на клинико-функциональные особенности течения уролитиаза у детей **131**

Юсуфи С.Дж., Давлятзода Г.К., Тоджидинова Р.С. Фармакотерапия беременных для профилактики и лечения распространенных патологических состояний **132**

Якубов С.Я, Ахмеджанов С.А, Сангинов М.Т, Нуров Ф.Н, Шарипов Г.М. Тактика при осложненном эхинококкозе легких у детей **133**

Prylutskaya V.A., Goncharik A.V., Svirskaya A.Y., Korol'-Zakharevskaya E.L. **134**
Clinical and laboratory characteristics of severe respiratory disorders in children born to women with diabetes

Sagymbayeva A., Merkuheva N., Bulegenova M., Musabalina A. **135**
Laboratory techniques for rapidly detecting the formation of kidney stones in children

Salimov Sh.T., Berdiev E.A., Abdusamatov B.Z. **135**
Minimally invasive treatment of congenital hypertrophic pylorostenosis in children

ОЦЕНКА БОЛЕВОЙ РЕАКЦИИ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО И ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Абдуллаева Г.М. - Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Батырханов Ш.К. - Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Сагатбаева Н.А. - Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Умбетова Л.Ж. - Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Жуманбаева К.Р. - Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

abdullaeva.g@kaznmu.kz

Ведение. Выхаживание недоношенных новорожденных, рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) сопряжено с высоким риском нарушения миелинизации ноцецептивных проводников и нейронной миграции. Болевая реакция у этих детей сопровождается изменениями гомеостаза и метаболическими сдвигами.

Цель: изучение поведенческих и двигательных реакций на боль у недоношенных детей различного гестационного возрастав зависимости от качества нутритивной поддержки.

Методы. Анализ показателей шкалы оценки острой боли DAN (DoulerAigueduNouveaune) и мимики по FACS (facial acting coding system) у 104 новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ, находившихся на лечении в отделении неврологии раннего возраста ДГКБ №2 г. Алматы в 2016-2018 годах.

Результаты. Проведена оценка болевой реакции и ответа на плановую вакцинацию и забора крови на исследования (ОАК и Б/хАК). Медианные (межквартильные) баллы боли во время венопункции были 7 (5-10) без лечения; 7 (6-10) для плацебо (стерильная вода); 5 (3-7) для 30% глюкозы; 5 (2-8) для 30% сахарозы; 2 (1-4) для соски; и 1 (1-2) для 30% сахарозы плюс пустышка. Значения P по критерию Манна-Уитни U для сравнения 30% глюкозы, 30% сахарозы, пустышки и 30% сахарозы плюс пустышка в сравнении с плацебо (стерильная вода) составляли 0,005, 0,01, <0,0001 и <0,0001 соответственно. Различия между показателями средней боли в группе для этих сравнений составляли 2 (95% доверительный интервал от 1 до 4), 2 (от 0 до 4), 5 (от 4 до 7) и 6 (от 5 до 8) соответственно. Значения P для сравнения 30% глюкозы, 30% сахарозы и 30% сахарозы плюс с В группе детей с ЭНМТ оценка мимики по FACS колебалась от 4 до 6 баллов, уровень успокоения 1-2 балла, при этом отмечалось резкое снижение уровня глюкозы и повышением лактата. Тогда как в группе с ОНМТ, мимика по варьировала 6-9 баллов, с эпизодами беспокойства 5-8 баллов, с вовлечением двигательной, вегетативной систем, при этом уровень успокоения составил 2-3 балла. У детей с ОНМТ наблюдалась умеренная гипогликемия, снижение кетонов и азота при проведении болезненных манипуляций.

Выводы. Болевая чувствительность недоношенных детей отличается более длительным латентным периодом и зависит от уровня глюкозы, лактата, кетонов, экскреции азота. Адекватное вскармливание и прибавка в массе тела способствуют физиологическому формированию болевой реактивности согласно возрасту.

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

Абдуллаева Г.М. - Казахский Национальный Медицинский Университет им С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Батырханов Ш.К. - Казахский Национальный Медицинский Университет им С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Сагатбаева Н.А. - Казахский Национальный Медицинский Университет им С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Умбетова Л.Ж. - Казахский Национальный Медицинский Университет им С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Жуманбаева К.Р. - Казахский Национальный Медицинский Университет им С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

abdullaeva.g@kaznmu.kz

Ведение. Процесс выхаживания недоношенных детей сопряжен с профилактикой поражения нервной системы. Создание условий для адекватного психического развития детей, рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ) традиционно связывают с организацией кормления и типом вскармливания в связи с их высокой уязвимостью и тяжестью состояния при рождении.

Цель. Изучение комплекса нутритивной поддержки, как части профилактики нарушения психического здоровья недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела с гипоксическим поражением ЦНС разной степени тяжести.

Методы. Проспективное наблюдение за развитием и анализ показателей клинико-лабораторного обследования 254 недоношенных детей до одного года корригированного возраста, находившихся на лечении в отделении неврологии раннего возраста ДГКБ 2 г. Алматы в 2016-2018 годах.

Результаты. При разной степени тяжести проявления неврологической симптоматики была необходима коррекция калоража питания для каждого ребенка с учетом его индивидуальных особенностей. Темп прибавки зависел от: соблюдения дозы и режима кормления; уменьшения инвазивных процедур; полноценного сна; выравнивания смены сна и бодрствования. У детей в группе ЭНМТ с тяжёлой степенью тяжести гипоксического повреждения ЦНС, оптимальной прибавкой было 20-22 г/кг/сутки, позволявшей избегать осложнения на функции желудочно-кишечного тракта, в группе ОНМТ с тяжелой степенью такая нагрузка не выдерживалась и в среднем составила 16-18 г/кг/сут в течение первых трех месяцев жизни. При этом в группах детей ЭНМТ и ОНМТ со средней степенью тяжести гипоксических поражений требуемая прибавка не различалась и была на уровне 20-25 г/кг/сут. Качество проводимого энтерального питания при дефиците массы тела и роста у недоношенных детей, более детально оценивали по белковому составу крови - определение уровня α1-антитрипсина и трансферрина, и их соотношения как индекса катаболизма белка ≥ 0,58. При повышении ИКБ ≥ 0,58 преобладал катаболизм белкового обмена, а снижение ИКБ <0,58 указывало на равновесие, или о синтезирующей направленности белка в тканях организма недоношенного ребенка.

Выводы. Доказано, что физиологическая прибавка массы тела в соответствие гестационному сроку прямо пропорциональна благоприятному соматическому, неврологическому и психическому прогнозу у этих детей.

КИСТЫ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ДЕТЕЙ

Алиев М.М., Туйчиев Г.У., Нематжонов Ф.З. - Ташкентский педиатрический медицинский институт, Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Кистозная трансформация желчных протоков (КТЖП) у детей является редкой аномалией развития желчевыводящей системы. Причины КТЖП не до конца изучены. В основе заболевания лежит кистозная трансформация желчных протоков вследствии ряда сложных врожденных патологических дисфункции желчного и панкреатического протоков. Различают 5 типов кистозной трансформации внепеченочных желчных протоков и болезнь Кароли. I тип – кистозная мешкообразная или веретенообразная дилатация общего желчного протока (самый частый тип, 90-95% наблюдений); II тип – дивертикул общего желчного протока; III тип – холедохоцеле (кистозная дилатация дистальной части общего желчного протока); IV тип – кистозная мешкообразная или веретенообразная дилатация общего желчного протока, в сочетании с кистозной дилатацией внутрипеченочных желчных протоков;Vтип - кистозная мешкообразная или веретенообразная дилатация внутрипеченочных желчных протоков, при нормальном общем желчном протоке – болезнь Кароли.

Болезнь Кароли тоже принято делить на два типа: I тип – множественные, сегментарные, полиморфные (мешковидные, округлые, грушевидные) расширения крупных внутрипеченочных желчных протоков; II тип – сочетание расширения внутрипеченочных желчных протоков с портальной гипертензией вследствие фиброза печени.

Клиническая симптоматика напрямую зависит от типа и возраста, или от длительности заболевания. Наиболее частыми проявлениями является боль, перемежающаяся желтуха, кожный зуд, опухолевидное эластичное болезненное образование в правом подреберье.

Данное заболевание наиболее часто сочетается с такими осложнениями как внутрипеченочный холелитиаз и абсцессы, цирроз печени, рецидивирующий холангит, а также злокачественные перерождения кист, приводящих к необратимым изменениям в желчевыводящих путях, печени и поджелудочной железе.

Методы диагностики и дифференциальной диагностики сложны, но методы неинвазивной диагностики не имеют осложнений и достаточно эффективны, и являться предметом выбора для выявления кист желчных протоков и решения проблем хирургической тактики.

На основании этих данных можно сделать вывод, что все варианты расширения внутри и внепеченочных желчных протоков имеет высокий риск развития осложнений, как и в дооперационном, так и в после операционном периоде. Следует отметить, что больные с этой патологией должны концентрироваться в детских специализированных центрах, имеющих соответствующее диагностическое оснащение и клинический опыт в гепатопанкреатобилиарной хирургии детского возраста.

СОСТОЯНИЕ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО БАЛАНСА ПРИ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ НА ОСНОВЕ ПРОПОФОЛА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА

Аминов Р.С., Косимова Ф. - ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Развитие анестезиологии и реаниматологии, обусловленное данными теоретических, анатомо-физиологических, экспериментальных и клинических исследований, позволило успешно проводить самые сложные хирургические вмешательства у детей. Однако, несмотря на, казалось бы, достаточную информацию, позволяющую решать наиболее трудные вопросы детской анестезиологии, опасность анестезии у детей значительно выше, чем у

взрослых. Изменения кислотно-основного баланса в ходе операции, и анестезии и в послеоперационном периоде затрагивают дыхательный и метаболический компонент. До настоящего времени проблема анестезиологического обеспечения реконструктивных операций у детей раннего возраста, имеющих челюстно-лицевую патологию, не нашла должного отражения в литературе, равно как и не исследовано действие различных вариантов анестезии у детей на гемодинамику, газообмен, вегетативный статус и высшие психические функции.

Цель работы: изучение кислотно-основного баланса и газового состава крови при общей анестезии на основе пропофола у детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследования. В данное исследование включены результаты анестезиологических обеспечений и хирургического вмешательства у 105 детей, находившись на лечении в Государственное Учреждение «Национальный медицинский центр Шифобахш» Республики Таджикистан, за период 2020-2022гг. Возраст больных колебались от 4 месяцев до 3 лет с врожденными расщелинами неба на различных этапах хирургического лечения.

У исследуемых пациентов была отмечена сопутствующая неврологическая патология и заболевания желудочно-кишечного тракта. Все больные проходили клинические, антропометрические и рентгенологические методы исследования: осмотр больного, снятие слепков с верхней и нижней челюстей, изготовление диагностических вспомогательных моделей челюстей до и после лечения. Статистическая обработка данных исследования осуществлена с помощью программ Excel и Statisticafor Windows.

Результаты исследования и их обсуждение. Показатели исследования выявили, что при проведении анестезиологического пособия детей с пороками развития мониторинг показателей гемодинамики позволяет проведению своевременной коррекции в период оперативного вмешательства. При проведении анестезии у детей контроль показателей кислотно-основного состояния. pH оказались стабильными весь период хирургического вмешательства. Величина парциального давления углекислого газа (pCO2) в артериальной крови достоверно не менялся на всех этапах исследования, за исключением экстубации. Парциальное давление кислорода в артериальной крови на этапах интубации, травматичном и окончания операции оказалось достоверно выше исходного уровня. После экстубации pO_2 достоверно ниже исходного показателя. Имеющийся исходно дефицит оснований BE за время операции уменьшился и не отличался достоверно от исходных данных. Показатель насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови (Sp02) на всех этапах исследования, кроме состояния после экстубации, достоверно выше исходного уровня. На этапе после экстубации SpO_2достоверно не отличается от исходного уровня. Индекс доставки кислорода (DO_2) отличается стабильностью на всех этапах исследования. Достоверной разницы не отмечается по отношению к исходному уровню. При общей анестезии на основе пропофола индукция в наркоз также проводится кетамином в дозе 3-4 мг/кг внутримышечно. Перед интубацией вводится пропофол 4 мг/кг и фентанил 0,005 мг/кг. Поддержание анестезии проводится с помощью постоянной инфузии пропофола на 5% глюкозе инфузоматом со скоростью в течение первых 10 мин 10 мг/кг/час, затем в течение 10 мин 8 мг/кг/час, далее 6 мг/кг/час до конца операции; микродозы фентанила 0,002 мг/кг вводились фракционно каждые 25-30 минут, что позволило сохранению стабильной гемодинамики и показателей газов крови в пределах возрастных норм.

Выводы. Таким образом, проведение анестезиологического пособия при общей анестезии на основе пропофола у детей с врожденной расщелиной неба, на ранних этапах послеоперационного периода обеспечивают удовлетворительные интраоперационные характеристики кислотно-основного баланса и газового статуса крови.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Аминова А.И. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Байрашевская А.В. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Вагидова К.З. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Агапова А.А. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Мурадова Н.Н. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

nmuradova631@gmail.com

Несмотря на то, что в настоящее время новая коронавирусная инфекция (COVID-19) отнесена к сезонным вирусным инфекциям, многие стороны патогенеза, клиники и лечения остались окончательно не изученными.

Цель: изучить особенности течения COVID-19 у новорожденных и детей грудного возраста для своевременной диагностики и правильного этиопатогенетического лечения в постпандемический период.

Результаты. Всего было включено 53 пациента, в возрасте от 0 до 3 месяцев. Основная группа (COV) 32 ребенка инфицированный SARS-Cov-2. Вторая группа — группа контроля (NCOV) с отрицательными тестами (21 ребенок). Среди пациентов 62% (n=23) были мальчики и 38% (n=14) — девочки. Контакт с инфицированными больными был подтвержден только у 29% (n=11) пациентов. Акушерский анамнез был отягощен (ОАА) в 60,7% (n=23) случаев, меньше 7 баллов по шкале Апгар было отмечено у 40% пациентов (n=15). У 68,6% общее состояние было среднетяжелым, а у 31,4 - тяжелое. Статистически значимые межгрупповые различия выявлены только в отношении диареи (p = 0,015). В отношении насморка, кашля (влажного и приступообразного), лихорадки, тошноты, рвоты, слабости, вялости, одышки статистически значимых различий не было (p>0,05). В группе COV установлена лейкопения с пороговым значением 9,6 на 10х9/л, (p<0,001). Чувствительность (Ч) и специфичность (С) лейкопении составили 85,0% и 53,6%, 95% ДИ: 0,666 – 0,933. Диагностическая значимость нормального абсолютного количества нейтрофилов и относительно низких лимфоцитов составила: Ч и С в первом случае 100,0% и 85,0% с 95% ДИ: 0,550 – 0,856 (p = 0,017) , а во втором — 90,0% и 51,7% с 95% ДИ: 0,773 – 1,000 (p = 0,003), соответственно. Пороговое значение моноцитов -1,52 и ниже, Ч и С составили 100,0% и 60,0% с 95% ДИ: 0,843 – 0,998; p<0,001). Количество эозинофилов в группе COV явилось статистически значимым (Ч и С модели 90,0% и 64,3% с 95% ДИ: 0,843 – 0,998; p<0,001). Поражения легких не регистрировались при высоких значениях базофилов (порядка до 20-25%), что позволяет предположить защитную функцию базофилов в ответ на инфицирование SARS-Cov-2. COVID-19 у детей младше 3 месяцев характеризуется такими неспецифичными симптомами, как диарея, лейкопения, базофилия, при нормальном уровне нейтрофилов и незначительном повышении лимфоцитов. Наличие данных признаков у новорожденного позволяет заподозрить инфицирование SARS-Cov-2.

СЛУЧАЙ БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА С НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ

Аминова А.И. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Бирюкова Е.Г. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Мурадова Н.Н. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Кулик А.И. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Якунина Е.С. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

nmuradova631@gmail.com

Частота встречаемости первичного нефротического синдрома составляет 2-7 на 100 000 детского населения, гормонорезистентная форма выявляется почти у 20%. Данная форма приводит к развитию хронической почечной недостаточности за короткий промежуток времени.

Цель: презентация клинического случая быстропрогрессирующего нефротического синдрома у ребенка 5 лет с неблагоприятным преморбидным фоном.

Пациент 5-ти лет госпитализирован в ноябре 2022 года в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) с жалобами на отеки, боли в животе, рвоту, сниженное мочеиспускание, жидкий стул. Первые признаки поражения почек отмечались летом 2022 года в виде пастозности век, в октябре 2022 года появилась протеинурия 1 г/сут (при весе ребенка 21 кг, уже может говорить о дебюте нефротического синдрома). В нефрологическом отделении городской детской больницы диагностирован нефротический синдром. Получал Prednisolone 10-15 mg в сутки. На фоне положительной динамики (протеинурия снизилась до 0,075 г/л) ребенок выписан на амбулаторное лечение. Через 7 дней после переохлаждения (долго гулял на улице с собакой) и на фоне присоединившейся острой кишечной инфекции у ребенка вновь появились отеки, он был госпитализирован в ОРИТ. Ребенок с неблагоприятным преморбидным фоном - аллергия на белок коровьего молока, отягощенная наследственность (у отца поллиноз, у старшей сестры аллергия на шерсть животных), частые инфекционные заболевания. В январе 2022 года болел Covid-19, затем в мае 2022 года перенес ветряную оспу, в июне - отмечался первый эпизод отеков, но к врачу не обращался. В конце сентября заболел ОРВИ и в октябре 2022 года диагностирован нефротический синдром. В ОРИТ состояние тяжелое, отмечались отеки по типу анасарки, гидроторакс, гидроперикард, в анализах – протеинурия (10 г/л), гипопротеинемия (43,9 г/л), гиперхолестеринемия (7,01 мМоль/л). Несмотря на повышение дозы преднизолона отмечалась отрицательная динамика (белок в моче– 32,8 г/л, D-димер – 15901 нг/мл, альбумин – 14 г/л, липокаин – 183,6 нг/мл и др.), что свидетельствовало о формировании гормонорезистентности.

Выводы. Представлен клинический случай нефротического синдрома у ребенка 5 лет, с быстрым развитием гормонорезистентности после первичного положительного ответа на гормонотерапию. Быстрому прогрессированию заболевания способствовал неблагоприятный преморбидный фон.

ОСОБЕННОСТИ СЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ HELICOBACTER PYLORI У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Аминова А.И. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Ерюшова Т.Ю. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Гумбатова З.Ф. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Мурадова Н.Н. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Халилова А.А. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

nmuradova631@gmail.com

Актуальность рассматриваемой темы обусловлена высокой распространенностью Helicobacter Pylori (HP). Установлено, что многие традиционные методы диагностики не являются абсолютно точными и их результат зависит от многих экзогенных и эндогенных факторов. Кроме того, некоторые методы, в связи с их инвазивностью, не могут быть применимы в детском возрасте.

Цель исследования - оценить диагностическую значимость серологического метода диагностики HP.

Материалы и методы. Обследовано 850 детей в возрасте от 2 до 17 лет. В исследование включали детей в возрасте 2-17 лет, с установленным диагнозом хронического гастрита, дуоденита, эзофагита. В выборку не включали детей с желудочными кровотечениями, с выраженными атрофическими изменениями в слизистой оболочке желудка, принимавших ингибиторы протоновой помпы и антибиотики в течении 4 недель до момента обследования. Диагностика HP выполнена инвазивными и неинвазивными методами: латекс тест кала; уреазным тестом; серологическим тестом ELISA. Статистическую обработку исследования проводили с помощью программ STATISTICA®.

Результаты и обсуждение. У обследованных детей верифицирован хронический гастрит и дуоденит в 35% случаев, эзофагит в 30%, ЯБ ДПК в 30%, дуоденит и бульбит в 5%. Результаты диагностики HP разными методами были неоднозначны. Согласно латекс тесту кала HP выявлен только у 43% детей с эндоскопически верифицированной гастродуоденальной патологий, отрицательный тест установлен у 57% Использование «HELPIL» теста позволило установить наличие H.pylori у 73,6% обследованных. Специфичность и чувствительность «HELPIL» теста составила 68% и 87%, соответственно, серологических методов: IgG-AT к H.pylori 90% и 86%, IgA-AT к H.pylori 92% и 82%, IgM-AT к H.pylori 80 % и 32%, соответственно. Учитывая зависимость показателей серологических тестов от возраста нами проведен анализ серологических маркеров в группах детей от 2-х до 6–ти лет (44 ребенка) и старше 6 лет (76 детей). У 92% детей в возрасте до 6 лет выявлены специфические IgM-AT к H.pylori, в то время как у детей старше 6 лет - только у 45% детей. Чувствительность и специфичность серологических методов у детей 0-6 лет составили - IgG-AT к H.pylori 68% и 72% IgA-AT к H.pylori 82% и 36 %, IgM-AT к H.pylori 97% и 67%.

Вывод. Таким образом, у детей дошкольного возраста высокой чувствительностью обладает серологический метод определения специфических антител к H. pylori IgM.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У РЕБЕНКА ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРИЕХАВШЕГО ИЗ СТРАНЫ С НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКОЙ

Аминова А.И. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Ибатуллина А.И. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Самолыго И.С. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Ерюшова Т.Ю. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Мурадова Н.Н. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Фельфикс Л.И. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

nmuradova631@gmail.com

Туберкулез подчелюстных лимфатических узлов у ребёнка, прибывшего в Россию из Пакистана, был диагностирован через 6 мес., после первичного обращения. **Актуальность.** Проблема туберкулеза сохраняет свою актуальность в связи с миграцией населения с эпидемиологически неблагоприятных территорий по Tbc, низкой комплаентностью при лечении Tbc в развивающихся странах.

Цель: демонстрация клинического случая Tbc шейных лимфатических узлов у девочки, прибывшей из страны, эпидемиологически неблагополучной в отношении данного заболевания.

Результат. Пациент Б., девочка, 10 лет поступила с жалобами на увеличенные, уплотненные л/у в подчелюстной области слева и справа. Анамнез жизни: ребенок из многодетной семьи; вакцинирована по календарю (со слов отца): БЦЖ в 1–1,5 л, рубец 8 мм. 25.06.21 прибыла в РФ из Пакистана. Анамнез заболевания: в течение 2-х лет родители периодически отмечали увеличение подчелюстных и шейных л/у, за медицинской помощью не обращались. 01.04.22 по результатам лабораторных исследований (ДНК EBV+), назначено противовирусное лечение (без положительной динамики). Направлена 10.04.22 в ДГКБ №9, выявлены: гиперергическая реакция на пробы «Диаскинтест», Манту – папула с везикулами 18 мм от 12.04; на КТ органов грудной клетки от 12.04 кальцинаты в нижней доле левого легкого, бифуркационных, левых трахеобронхиальных, бронхопульмональных внутригрудных л/у. На МРТ шеи от 13.04 конгломераты л/у в правой нижнечелюстной области размерами 37*23*31 мм, аналогичный слева размерами 20*25*28 мм, маркеры воспаления не выявлены. Ребенок был направлен в ФГБУ НМИЦ ФПИ МЗ РФ, где находился с 26.04 по 26.06 с диагнозом: Туберкулез периферических л/у шейная группа, двусторонний, фаза абсцедирования. Остаточные изменения перенесённого первичного туберкулезного комплекса S8 левого легкого. Выполнена подчелюстная лимфаденэктомия справа от 02.06. На биопсии выявлены сливающиеся очаги гранулематозного воспаления с некрозом в центре. Получено ДНК МБТ чувствительные к изониазиду, рифампицину, бактериологический посев с лекарственной устойчивостью к амикацину, бедаквилину, моксифлоксацину. Назначена противотуберкулезная терапия по 1 режиму химиотерапии в интенсивную фазу не менее 4 месяцев 4 противотуберкулезных препаратов. На фоне лечения положительная динамика.

Вывод. Трудность постановки диагноза обусловлена сложной дифференциальной диагностикой с другими заболеваниями.

ЭРУПТИВНЫЙ УЗЕЛКОВЫЙ АКРОДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

Аминова А.И. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Мурадова Н.Н. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Щербанюк И.А. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Байрашевская А.В. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Ерюшова Т.Ю. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Мацукатова Б.О. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

nmuradova631@gmail.com

Актуальность. Синдром Джанотти-Крости (СД-К), представляет собой папулезную экзантему, причины которой остаются неизвестными.

Цель. Трудности диагностики данного синдрома явились причиной представить клинический случай у ребенка 1 года 10 месяцев.

Результаты. Ребенок П., 1 г 10 мес, поступил 23.11.2022 г. В детскую городскую больницу (ДГБ) в состоянии средней тяжести на 2 сутки заболевания. При поступлении отмечались фебрильная лихорадка, катаральные явления, в виде заложенности носа, осиплости голоса, и обильная макуло-папулезная сыпь. Аллергологический анамнез не был отягощен. Анамнез заболевания: со слов мамы, находясь в контакте с братом, болеющим ОРВИ, у ребенка 02.11.2022г. на фоне полного здоровья отмечалась гиперемия на конечностях и лице. Затем присоединились заложенность носа, осиплость голоса. В последующие дни с 11.11.22 по 13.11.2022 на месте гиперемии появилась сыпь, в дальнейшем распространившаяся на всю поверхность конечностей, щеки, ушные раковины, единичные элементы на туловище. 23.11.22 повысилась температура до 38,5 С. Бригадой СМП ребенок доставлен в ДГБ. На момент осмотра состояние при поступлении средней тяжести. Выявлялась обильная на негиперемированном фоне мелко-папулезная сыпь на щеках, ушных раковинах, верхних и нижних конечностях (голени, предплечья). Сыпь сопровождалась незначительным зудом. Пальпировались единичные лимфоузлы шейной группы до 0,7 см в диаметре, мягко-эластической консистенции, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные. При осмотре ротовой полости определялась гиперемия задней стенки глотки и небных дужек. Носовое дыхание было затруднено. В крови выявлены лейкоцитоз и лимфоцитоз. В б/х анализе крови были повышены СРБ и АСТ. Уровень общего IgG был значительно выше нормы. ПЦР мазка из носоглотки выявил ДНК Epstein – Barr. Обнаружены анамнестические антитела Herpes simplex virus 6, Epstein – Barr virus, SARS-CoV-2. Была назначена противовирусная терапия, ангистаминные, антисептическое средство. В динамике через 2 недели - в общем анализе крови - нейтропения и моноцитопения. Выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. **Выводы.** Таким образом, СД-К относится к доброкачественному самокупирующемуся синдрому с благоприятным прогнозом. Сыпь при СД-К купируется в течение 10-60 дней, не оставляя вторичных элементов. В настоящее время нет единого стандарта лечения СД-К.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ЗАКВАСОЧНЫХ КУЛЬТУР НА МОЛОЧНО-ЗЕРНОВУЮ ОСНОВУ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА ПРОДУКТА ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ

Андросова Н.Л. - НИИ Детского питания - филиал ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, Российская Федерация

Антипова Т.А. - НИИ Детского питания - филиал ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, Российская Федерация

Фелик С.В. - НИИ Детского питания - филиал ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, Российская Федерация

Кудряшова О.В. - НИИ Детского питания - филиал ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, Российская Федерация

lab1@niidp.ru

Использование растительных ингредиентов при производстве кисломолочных продуктов является одним из направлений обогащения их биологически активными веществами, способствует расширению ассортимента и экономии основного сырья. Наибольший интерес в проведении настоящих исследований вызывает создание многокомпонентных кисломолочных продуктов на основе комбинирования молока коров и коз в количестве 70:30 и муки из зерновых культур (овсяной и льняной от 1 до 3%; рисовой и льняной от 1 до 3%). В процессе подбора заквасочных культур использовались закваски прямого внесения с различным составом (L. acidophilus невязкий штамм, L. acidophilus вязкий штамм, L. acidophilus, treptococcus thermophilus, Lactobacillus delbrueckii subsp. Bulgaricus, L. acidophilus, Streptococcus thermophilus, L. acidophilus, Streptococcus salivarius ssp. thermophilus,) с температурными режимами от 37 до 42оС, временем сквашивания от 4 до 6 часов и активной кислотностью от 4,5-4,7 ед. pH. Данные по параметрам сквашивания и органолептической оценке, полученные в ходе исследований показали, что заквасочная культура, содержащая невязкий штамм L. acidophilus, во всех образцах имела положительные характеристики. Образцы имели мягкий, умеренно-кислый вкус, приятный аромат, с привкусом внесенной муки и однородную консистенцию. Оптимальное время сквашивания образцов составило 4,5-5,5 часов.

МРТ ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕЛОГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО СИНУСА У ПАЦИЕНТОК ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА

Аникиев А.В. - ГНЦ РФ НМИЦ эндокринологии Минздрава России. г.Москва, Россия

Бровин Д.Н. - ГНЦ РФ НМИЦ эндокринологии Минздрава России. г.Москва, Россия

Володько Е.А. - ФГБУ ДПО РМАНПО РФ

Володько Е.А. - ФГБУ ДПО РМАНПО РФ

anikieal70@gmail.com

Актуальность. Уровень уретровагинального слияния (УВС) является важным критерием в выборе тактики хирургической пластики входа во влагалище у пациенток с урогенитальным синусом. В литературе существует единичные работы, посвященные этой теме.

Цель. С целью поиска неинвазивного метода диагностики уровня УВС у группы пациенток пубертатного возраста нами проведено исследование, в основу которого легла сравнительная оценка эндоскопических находок и МРТ данных.

Материалы и методы. В исследование включены 56 пациенток с урогенитальным синусом в следствии различных вариантов НФП в возрасте от 12 до 34 лет (в среднем 18 лет): с

врожденной дисфункцией коры надпочечников сольтеряющей формой 32, вирильной формой 14, идиопатической вирилизацией 2, с парциальной 46, ХУ дисгенезией гонад 4, со смешанной 45, Х0/46, ХУ дисгенезией гонад 3, с синдром парциальной нечувствительности к андрогенам 1. Всем пациенткам последовательно проведено МРТ малого таза и эндоскопия нижних мочевых путей.

Результаты. Надсфинктерное (высокое) УВС выявлено у 11 пациенток (20%). По данным МРТ малого таза длина уретры у данной категории больных варьировала от 12 до 22 мм. Подсфинктерное (низкое) и внутрисфинктерное (промежуточное) УВС выявлено соответственно у 15 (26%) и 30 (54%) пациенток. Оценка общего мочеполового канала, в ряде случаев, позволяла определить локализацию УВС. Визуализирующиеся при осмотре гименальное кольцо и наружное отверстие уретры свидетельствовали о подсфинктерном УВС. Если при осмотре можно было частично визуализировать гименальное кольцо диагностировали внутрисфинктерное УВС. В тех ситуациях, когда ОМК был узким и недоступным для осмотра высоту УВС определяли с помощью эндоскопии. По данным МРТ малого таза длина уретры от 23 до 33 мм соответствовала внутрисфинктерному УВС, длина уретры от 34 до 42 мм соответствовала подсфинктерному УВС.

Заключение. Разработанный метод неинвазивной диагностики высоты УВС позволяет заблаговременно, до оперативного вмешательства, уточнить тяжесть УГС, определить тактику феминизирующей пластики и риск ее осложнений, а также предоставить больному и его родственникам более подробную информацию для получения согласия на операцию.

СУХИЕ НАПИТКИ НА ОСНОВЕ МОЛОЧНОЙ СЫВОРОТКИ ДЛЯ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ

Антипова Т.А. - НИИ Детского питания - филиал ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, Российская Федерация

Фелик С.В. - НИИ Детского питания - филиал ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, Российская Федерация

Андросова Н.Л. - НИИ Детского питания - филиал ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, Российская Федерация

Кудряшова О.В. - НИИ Детского питания - филиал ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологии, Российская Федерация

lab1@niidp.ru

Одним из перспективных направлений отрасли производства молочной продукции является комплексное использование вторичного сырья – сыворотки. Анализ состава продуктов из сыворотки показывает, что для производства специализированных продуктов питания наиболее широко используется сухая деминерализованная молочная сыворотка, что объясняется ее высокими органолептическими характеристиками, гарантированными показателями качества и безопасности. Высокие показатели биологической и пищевой ценности определяют целесообразность проведение научных исследований в данном направлении. **Материалы и методы.** В работе использовались органолептические, физико-химические, хроматографические и технологические методы исследований. В качестве основного компонента использовалась сухая деминерализованная сыворотка, жировые и углеводные ингредиенты, фруктовые наполнители, растительные экстракты. Разработка состава и технологий сухих напитков проводилась с использованием сухой деминерализованной сыворотки, сухих кокосовых сливок, сухого меда, стабилизатора (крахмала), сухих соков: малины, облепихи, клубники, абрикоса, яблока, груши, брусники, манго и экстрактов шиповника и боярышника. Исследования пищевой ценности, витаминного

и минерального состава применяемых ингредиентов позволили разработать разнообразные рецептуры продуктов напитков. По результатам дегустационной оценки отобраны образцы с яблочным, облепиховым соком и соком манго при дозировке наполнителя в количестве 5%, а также с экстрактом шиповника – в количестве 3%. Разработана технология производства сухих напитков, включающая многоэтапное последовательное смешивание сухих компонентов. Проведена оценка эффективности смешивания в зависимости от структурных свойств применяемых компонентов и заданных временных параметров. Время смешивания порошкообразных ингредиентов, обеспечивающее требуемую эффективность смешивания (однородность конечной смеси, равномерность распределения ингредиентов по объему емкости смесителя) зависит от рецептурного состава ингредиентов и их физических характеристик. По результатам исследований разработаны рецептуры, состав и технология сухих напитков на основе сыворотки для детского питания. В условиях экспериментального производства проведена технологическая апробация продукта, подтверждающая возможность организации его промышленного выпуска.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО БРОНХИОЛИТА У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Арыстаналиев А.Е. - Научный центр педиатрии и хирургии. г.Алматы, Республика Казахстан

Турдалиева Б.С. - Казахстанский Медицинский Университет "ВШОЗ". г.Алматы, Республика Казахстан

Сейсебаева Р. Ж. - Казахский национальный медицинский университет им. С.Асфендиярова. г.Алматы, Республика Казахстан

Заитова А.Г. - Научный центр педиатрии и хирургии. г.Алматы, Республика Казахстан

a.arystanaliev@mail.ru

Реальное число больных ОБ в Республике Казахстан оценить сложно. По нашему мнению, ОБ встречается чаще, чем его диагностируют и это связано не только с недостаточной информированностью врачей первичного медицинского звена, но некоторым сходством с другими легочными болезнями и отсутствием протокола диагностики и лечения данного заболевания.

Цель работы: изучить наиболее характерные клинические проявления ОБ у детей в Республике Казахстан.

Объект и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование историй болезней детей с облитерирующим бронхиолитом, получавших лечение в Научном центре педиатрии и детской хирургии (НЦП и ДХ) г. Алматы за 2020-2022 год.

Результаты и обсуждение. В исследование были взяты 254 истории болезни, из них за 2020 - 39, 2021 год – 79, 2022 год – 136 случаев истории болезни детей с облитерирующим бронхиолитом. По данным истории болезни у преобладающего большинства детей 191 (74,6%) в анамнезе отмечается перенесенная вирусная инфекция с клиникой бронхообструкции. При этом отмечается ранний эпизод ОРВИ, преимущественно до года жизни 175 (68,3%). Ведущий симптом данного заболевания – это малопродуктивный, постоянный кашель. Он отмечался в 235 (91,7%) случаев. При аускультации легких у всех детей на фоне сухих диффузных хрипов разной интенсивности выслушивались разнокалиберные влажные хрипы, которые в отличии от детей с бронхиальной астмой, носили стойкий характер. Компьютерная томография органов грудной клетки в отличие от традиционной обзорной рентгенографии выявляла изменения в легких намного чаще - в 86,3% случаях. У 221 (86,3%) детей по данным КТ ОГК отмечалось различная пневматизация легочной ткани.

Таким образом, отмечается нарастание количество госпитализации детей с диагнозом облитерирующий бронхиолит. В возрастном аспекте наибольшая заболеваемость данной патологией встречается в возрасте от 1 года до 3 лет. Чаще всего облитерирующий бронхиолит развивается после перенесенной вирусной инфекции, в частности до 1 года жизни. Наиболее распространенные клинические проявления болезни — это кашель и одышка, сопровождающиеся влажными хрипами в легких. Чувствительным методом исследования является КТ ОГК, который в отличии от классического рентгена ОГК выявляет участки различной пневматизации и склеротические изменения как наиболее распространенный радиологический признак поражения легочной ткани.

ПИЛОТНАЯ ВЕРСИЯ ШКАЛЫ СЛОЖНОСТИ МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕЙРОГЕННЫХ ОПУХОЛЯХ АБДОМИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

Ахаладзе Д.Г. - ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» МЗ РФ, г.Москва, Россия

Рабаев Г.С. – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» МЗ РФ, г.Москва, Россия; Национальный Научный Центр Материнства и Детства, КФ «University Medical Center», г.Астана, Казахстан

Твердов И.В – ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» МЗ РФ, г.Москва, Россия

Нургалиев Д.Ж. - Национальный Научный Центр Материнства и Детства, КФ «University Medical Center», г.Астана, Казахстан

Оспанов М.М. - Национальный Научный Центр Материнства и Детства, КФ «University Medical Center», г.Астана, Казахстан

Дженалаев Д.Б. - Национальный Научный Центр Материнства и Детства, КФ «University Medical Center», г.Астана, Казахстан

Грачев Н.С. - ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» МЗ РФ, г.Москва, Россия

Введение: наличие факторов IDRF (image-defined risk factors, факторы риска, выявляемые при проведении визуализационных методов исследования) и размер опухоли (>4-7 см) считаются классическими противопоказаниями к минимально-инвазивным вмешательствам при нейробластоме. Однако, накопленный опыт и последний анализ группы SIOPEN демонстрирует, что наличие факторов IDRF не является абсолютным противопоказанием к минимально-инвазивному удалению нейробластомы.

Цель: разработать шкалу сложности минимально-инвазивных операций при нейробластоме абдоминальной локализации с учетом наличия IDRF, размеров опухоли и ряда других факторов сложности операции.

Методы: проведен ретроспективный анализ результатов лечения 124 пациентов, которым выполнены лапароскопические операции по поводу нейрогенных опухолей с января 2018 года по апрель 2022 года в НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева (Москва, РФ). Проанализирована взаимосвязь 24 критериев сложности оперативного вмешательства с параметрами оценки результатов (продолжительность операции; интраоперационная кровопотеря; интраоперационная гемотрансфузия; интраоперационные осложнения; конверсия). Для статистического анализа использованы коэффициент Эта и критерий Спирмена.

Результаты: IDRF были выявлены у 26 (21%) пациентов, 2 и более IDRF было у 8 (6,5%) пациентов. Наиболее часто встретился фактор IDRF F4 (вовлечение 1 или 2 почечных ножек). Медиана отношения объема опухоли к росту составила 1,65 мл/м (0,02-32,76 мл/м). Медиана

продолжительности хирургического вмешательства составила 105 (35-725) минут, объем интраоперационной кровопотери 5 (5-3600) мл. Гемотрансфузия потребовалась в 15 (12%) наблюдениях, медиана гемотрансфузии - 0 мл (0-890 мл). Интраоперационные осложнения развились в 4-х (3%) случаях. Конверсии потребовались 4-м (3%) пациентам. При статистическом анализе для шкалы сложности выбрано 10 критериев: IDRF F1, F2, F3, F4, F5, центральное расположение опухоли, распространение за срединную линию, предшествующие открытие операции, контакт опухоли с нижней полой веной и отношение объем опухоли (мл)/рост (м) >28.

Вывод: на основании полученных данных разработана пилотная шкала сложности. Доказано, что разные IDRF вносят разный вклад в сложность минимально-инвазивного удаления абдоминальной нейробластомы. Отношение размера опухоли к росту является более чувствительным фактором сложности, чем абсолютный размер новообразования. Предшествующие открытые операции и локализация опухоли вносят значимый вклад в сложность операции. Полученные данные лягут в основу мультицентрового проспективного клинического исследования.

СОДЕРЖАНИЕ АНТИНУКЛЕАРНЫХ АНТИТЕЛ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ

Ахмедова Д.И. - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан

Ахмедова Н.Р. - Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан

Ибрагимов А.А. - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан

anilufar74@mail.ru

Антинуклеарные антитела (antinuclear antibody (ANA)) представляют собой группу аутоантител, которые реагируют с различными компонентами ядра. Определение антител к нуклеарным антигенам ANA в сыворотке имеет большое значение для диагностики аутоиммунных заболеваний соединительной ткани, наличие данных антител может быть связано с СЗСТ, а также ЮА.

Цель: изучить содержание антинуклеарных антител у детей с ювенильным артритом с системным началом.

Материалы и методы исследования. Обследовано 85 детей, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии РСНПМЦ Педиатрии. Возраст детей от 2 до 18 лет (сред. 8, 5+ 1, 1 лет). С целью определения различий уровня ANA между вариантами ЮА, дети были разделены на 2 группы в зависимости от варианта заболевания: 1 группа – 37 (43,5%) больных суставным вариантом ЮА; 2 группа – 48 (56,5%) больных с ЮА системным началом (ЮАсСН). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ для IBM PC «Statistica 7,0», «БИОСТАТ».

Результаты исследования. Сравнительный анализ показал, что уровень ANA превышал значения нормы у 16,6% детей 1 группы, хотя его средние значения составили 26,4±1,9 AU/ml. Его количество колебалось от 0,3 до 128 AU/ml. У детей 2 группы уровень ANA в среднем составил 32,01±2,7 AU/ml, а количество больных с высоким ANA было 80%. Это свительствует о том, что в основе системного варианта заболевания лежит аутовоспалительная реакция, а при суставном варианте - аутоиммунная реакция, которая выражается повышением аутоиммунных маркеров.

Вывод. Антинуклеарные антитела являются важными биомаркерами, выявление которых позволяет проводить раннюю диагностику и дифференциальную диагностику аутоиммунного и аутовоспалительного процессов при различных вариантах ЮА.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ

Ахмедова Д.И. - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан

Ахмедова Н.Р. - Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Ибрагимов А.А. - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, г.Ташкент, Узбекистан

Ашурова Д.Т. - Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

anilufar74@mail.ru

Основными диагностическими лабораторными маркерами ювенильного артрита являются антитела к цитруллинированным белкам, которые принимают непосредственное участие в патогенезе заболевания. Виментин, выполняющий структурную роль в синовиальной оболочке суставов, под воздействием медиаторов воспаления подвергается цитруллинированию и выступает в качестве антигена для аутоантител при данном заболевании. Поэтому изучение данного показателя является актуальным.

Цель: изучить уровень антител к модифицированному цитрулированному виментину (АМЦВ) у детей с ювенильными артритами в зависимости от варианта заболевания.

Материалы и методы исследования. Обследовано 85 детей, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиоревматологии РСНПМЦ Педиатрии. Возраст детей от 2 до 18 лет (сред. 8, 5+ 1, 1 лет). С целью определения различий уровня АМЦВ между вариантами ЮА, дети были разделены на 2 группы в зависимости от варианта заболевания: 1 группа – 37 (43,5%) больных суставным вариантом ЮА; 2 группа – 48 (56,5%) больных с ЮА системным началом (ЮАсСН).

Результаты исследования. Анализ результатов исследования показал, что частота повышенного уровня АМЦВ были выявлены у 12 (32,4%) у детей с суставным вариантом ЮА. Это 2,6 раз превысило количество детей ЮАсСН ($p \leq 0,01$). Концентрация АМЦВ в сыворотке крови при суставном варианте ЮА колебалась от 1,7 до 413.2 ЕД/мл и средние его значения составили 39,4±2,8 ЕД/мл. В отличие от них у детей с ЮАсСН значения АМЦВ в сыворотке крови были намного ниже и колебания составили от 0,8 до 30,5 ЕД/мл. При этом его средние значения были 7,1±0,5 ЕД/мл ($p < 0,001$). Изучение уровня содержания АМЦВ у каждого больных в зависимости от варианта заболевания показала, что у 6 (16,2%) детей с суставным вариантом ЮА отмечалось высокое содержание АМЦВ (больше 30 Ед/мл) и его уровень превысил норму в 5 раз, у 1 (2,7%) больного – более чем 9-кратно, у другого (2,7%) – более чем 14-кратно, тогда как у остальных было выявлено низкое содержание данного показателя (20-30 Ед/мл) ($p<0,001$). У преобладающего большинства больных с суставным вариантом отмечалось низкое содержание АМЦВ в сыворотке крови.

Вывод. Частота повышения и уровни концентрации АМЦВ выше у детей с суставным вариантом заболевания по сравнению с ЮАсСН, что свидетельствует о наличие деструктивных изменений суставов и прогрессированием ЮА.

СИНДРОМ ГИАЛИНОВОГО ФИБРОМАТОЗА

Ахундзаде Н.Э. - БУ ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», г.Сургут, Российская Федерация

Тепляков А.А. - БУ ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», г.Сургут, Российская Федерация

nur.ahundzade@mail.ru

Введение. Синдром гиалинового фиброматоза – относительно новое понятие, которое включила в себя два заболеваний: ювенильный гиалиновый фиброматоз (JHF) и инфантильный системный гиалиноз (ISH). Данные заболевания передаются аутосомно-рецессивным путем и связаны с дефектом в гене ANTXR2.Основной характерной чертой синдрома является отложение гиалинового вещества в различных тканях организма.

Клиническое наблюдение: Ребенок от 2-ой беременности, протекающей на фоне гестоза, ОРВИ (коронавирусная инфекция на 20 неделе беременности). Роды на 38-й неделе гестации путем кесарева сечения. Масса при рождении: 2280 г, длина тела-48 см. При рождении ребенка отмечается паралитическое установка левой руки, снижение объема активных и пассивных движений в конечностях. Ребенок неоднократно консультирован специалистами различного профиля. На фоне проведенного лечения (фотохромотерапия всех отделов позвоночника, ЛФК) положительной динамики не наблюдалось. Состояние ребенка расценено как тяжелое по основному заболеванию. Обращает на себя внимание дефицит массы тела (5,0 кг), задержка психомоторного развития. Фенотипическими особенностями являются: гипертрофия мягких тканей носа и десен, отсутствие зубов, цианоз носогубного треугольника. В области шеи, рта, затылка мелкоточечная папулезная сыпь розового цвета. Костно-суставная система характеризуется отечностью, сгибательными контрактурами плечевых, локтевых, тазобедренных, коленных, межфаланговых суставов. При попытке осуществления пассивных движений в ручках и ножках отмечается резкий крик ребенка. Поза диспластичная, в виде «лягушки», кисти по типу «тюленьих лапок». По данным лабораторных анализов не выявлено специфических изменений для данной патологии. На рентгенографическом снимке нижних и верхних конечностей отмечаются признаки остеопороза. Результатом исследования ДНК методом клинического секвенирования является мутация c.946-2delA в ANTXR2 в гомозиготном состоянии. Диагноз: Синдром гиалинового фиброматоза, генотип установлен: мутация c.946-2delA в ANTXR2 в гомозиготном состоянии. Несмотря на то, что данная патология была впервые описана в 1873г, на сегодняшний день в мире медицины доступно только симптоматическое лечение.

Вывод: представленный клинический случай характеризуется тяжелым течение и и неблагоприятным исходом, является пусковым механизмом в разработке специфического лечения.

РОЛЬ НЕОНАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Бабаева Х.Б., Полухов Р.Ш. - Азербайджанский Медицинский Университет, Кафедра детской хирургии, Азербайджан

Частота врожденного вывиха и дисплазии тазобедренных суставов (ВВБ и ВДТБС) продолжает оставаться высокой и по данным различных авторов составляет от 3 до 20%. Доказано, что только раннее выявление и адекватное лечение обеспечивают хорошие и отличные результаты лечения. По этой причине раннее выявление детей с дисплазией

тазобедренного сустава является одной из актуальных задач современной ортопедии и медицины в целом.

Цель: изучить роль неонатального скрининга в ранней диагностике врожденных нарушений формирования тазобедренных суставов у новорожденных, а также выявить особенности постнатальной диагностики ВВБ и ВДТБС в условиях родильного дома.

Методы. В период с апреля 2020 года по май 2022 года было обследовано 47 детей с положительными симптомами Ортолани и Барлоу при рождении (всего 64 сустава). Мониторинг осуществлялся клинически и сонографически в разные возрастные периоды после рождения: 1 неделя, 2 неделя, 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев. Использовались клинический и статистический методы. Изучались клинические протоколы обследования тазобедренных суставов после рождения.

Выводы. Из 64 клинически нестабильных суставов через неделю в 15 случаях УЗ исследование определило децентрированные типы по Графу: 2c, D, 3a и 4, которым впоследствии назначались абдукционные приспособления. В 35 случаях выявились суставы типа 2a и в 14 случаях 1b, в этих суставах отмечались высокие показатели угла бетта. В этой группе пациентов (1b,2a) продолжалось динамическое наблюдение без применения отводящих шин. К 6 месяцам из 64 суставов в 55 случаев определялись суставы типа 1a и 1б, в 9 случаях отмечалась дисплазия и децентрация, которая требовала продолжения лечения в отводящих приспособлениях. Из 9 случаев 8 были изначально определены как децентрированные суставы по Графу, и 1 сустав изначально был охарактеризован как незрелый - тип по Графу 2a.

Заключение. Таким образом, развитие тазобедренного сустава на первом году жизни является сложным эволюционным и разнонаправленным процессом: большинство нестабильных суставов могут стабилизироваться с течением времени без лечения, в то же время, по данным последних исследований, клинически здоровые при рождении суставы могут в перспективе ухудшаться вплоть до невправимых вывихов.

Несмотря на то, что симптомы нестабильности ТБС после рождения могут давать ложноположительные результаты, клиническое обследование, проведенное неонатологом в первые дни жизни, имеет первостепенное значение, так как позволяет вовремя выявить группу патологических, сомнительных и находящихся в группе риска тазобедренных суставов и обеспечить дальнейшее динамическое сонографическое и клиническое наблюдение за суставами со стороны специалиста.

НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ И ГЕМОДИНАМИКИ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ПНЕВМОНИИ

Бахадуров Х.Ф. - ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», г.Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Патологические состояние дыхательное системы и исследования последних лет свидетельствуют о том, что патология бронхолегочной системы остается одной из лидирующих причин летальности в Республике Таджикистан и во всем регионе. Несмотря на определенные успехи в лечении пневмонии у детей раннего возраста, летальность при данной патологии остается высокой. В Таджикистане в структуре причин смерти детей до 5 лет болезни органов дыхания в 2021 г. составляли 46,1%, инфекционные заболевания – 13,2%, врожденные пороки – 7,4%, другие причины, приведшие к летальным исходам. При тяжелой пневмонии у детей, микроциркуляторные нарушения включают повышение проницаемости капилляров, активизацию свёртывающей системы крови, развитие ДВС-синдрома и нарушения гемо реологии. Выраженность этих изменений, являющихся проявлением системной воспалительной реакции, повышает риск развития затяжного течения заболевания, формирования очагового пневмофиброза и развития хронических форм бронхолегочной патологии.

Цель исследования: оптимизировать интенсивность терапии на основе имеющихся нарушений гемодинамики у детей раннего возраста при тяжелой пневмонии.

Материалы и методы исследования: Нами проведено исследование у 47 больных детей, поступивших с токсикосептической формой острых респираторных инфекций, которые получили терапию в отделении реанимации и интенсивной терапии ОКБ им. Б.Вохидов г.Бохтар Хатлонской области.

Результаты исследований: Результаты исследование показало, что из наблюдаемы больных у 31(66%) детей выражение клиники дыхательной недостаточности 2 и 3 степени связи с чем у 16 (34,1%) детей были инкубирование и переведение на респираторные поддержки. При этом у больных детей раннего возраста с тяжелое пневмонией причини нарушение дыхание является накопление слизи в трахеобронхиальном дереве, поэтому проводится прямая ларингоскопия и санация трахеи.

Для улучшения обменных процессов в сердечных клетках назначали глюкозу с инсулином, препараты калия, АТФ, а также назначали унитиол 5% - 5мг/кг веса и антиоксидантны актовегин, токоферола ацетат. Проводили коррекцию метаболического ацидоза. С целью снижения потребности в кислороде и обеспечения седативного эффекта применяли также ГОМК (60-100 мг/кг), дроперидол (0,3-0,5 мг/кг).

При лечении сосудистой недостаточности в первую очередь необходимо восстановить объём циркулирующей крови (дефицит около 5-30%). Для этой цели назначались 10% раствор глюкозы, раствор Рингера, реополиглюкин, желатиноль. При имеющих нарушениях свёртывающей системы явление ДВС, назначали свежезамороженную плазму. Величина ЦВД – наилучший показатель контроля проводимой инфузионной терапии.

Повышение выше 120-130 мм вод. ст. является показателем для введения сердечных гликозидов и прекращения введения жидкости. Если после восстановления ОЦК и улучшения сердечной деятельности артериальное давление остаётся сниженным, то в/в капельное вводится дофамин из расчёта 10 мкг на кг в минуту. Растворяют в 50 мл 5% раствора глюкозы. Для предупреждения внутри капиллярного тромбоза при сосудистой недостаточности показано применение гепарина из расчёта 50-70 Ед. /кг.

Выводы. Таким образом, при проведении комплекса лечебных мероприятий тяжелой формы пневмонии у детей раннего возраста был доказан клинически эффективный результат коррекции нарушения дыхания, гемодинамики и снижения летального исхода у данных больных.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 И ВАКЦИНИРОВАННЫХ

Божбанбаева Н.С. - НАО «КазНМУ» им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан, АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г.Алматы, Казахстан

Урстемова К.К. - НАО «КазНМУ» им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан, АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г.Алматы, Казахстан

urstemova_k@mail.ru

Ключевые слова: COVID-19, недоношенность, пандемия, преждевременные роды, вакцинация.

Введение. Известно, что инфекции, стресс и многие различные негативные факторы отрицательно сказываются на здоровье матери и плода. С началом пандемии COVID-19 для беременных возник новый риск, связанный с инфекцией, а именно заражение вирусом SARS-CoV-2. В связи с этим женщинам, планирующим беременность в период пандемии, необходимо было вакцинироваться от COVID-19, так как вакцинация представляет собой важную стратегию смягчения последствий заболевания среди этой группы населения.

Цель исследования: проанализировать влияние COVID-19, перенесенного до беременности и бессимптомного течения во время беременности, а также вакцинации на преждевременные роды в период пандемии.

Материалы и методы. Нами было ретроспективно проанализировано 113 историй болезни женщин, вакцинированных до беременности. Все женщины к моменту родов были SARS-Cov-2 ПЦР-негативными, не имели в анамнезе ПЦР подтвержденного COVID-19. Некоторые из них отмечали невыраженные эпизоды ОРВИ. Факт бессимптомно перенесенного COVID-19 определялся по наличию антител к N-антигену (N+S+), наличие вакцинации определялось анамнестически и подтверждалось наличием антител только к S-антигену (N-S+). Сравнение между группами проводили с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$. Для оценки силы связи признаков использовали коэффициенты φ Крамера, Чупрова. Статистическая обработка данных проводилась на платформе базы «VassarStats: Website for Statistical Computation».

Результаты. Из 113 вакцинированных женщин, не имевших в анамнезе ПЦР-подтвержденных эпизодов COVID-19 46 (40%) имели антитела к N- антигену SARS-Cov-2. По результатам исследования выявлено, что преждевременные роды достоверно чаще случались у женщин старше 40 лет (p=0,005), с преэклампсией (p=0,006) и с задержкой внутриутробного развития плода (p=0,016). Для оценки влияния вакцинации, а также бес/малосимптомного течения COVID-19 на сроки рождения ребенка были сформированы 2 группы исследования (1- перенесшие COVID-19 бессимптомно или в невыраженной форме и 2 – вакцинированные от COVID-19 и не перенесшие заболевания). При сравнении частоты преждевременных родов между группами достоверных отличий выявлено не было (43% и 37% соответственно)

Выводы:

1. Факторы, влияющие на развитие преждевременных родов у женщин в период пандемии COVID-19, не отличаются от таковых в допандемийный период.
2. COVID-19 перенесенный до беременности или во время беременности в бессимптомной или малосимптомной форме не влияет на развитие преждевременных родов.
3. Вакцинация, проведенная до беременности, не оказывает негативного влияния на сроки рождения ребенка.
4. Вакцинация снижает риск формирования тяжелой формы COVID-19 во время беременности.

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 МЛАДЕНЧЕСКУЮ СМЕРТНОСТЬ В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Брежнева Е.В. - Государственное бюджетное учреждение Московской области «Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области», г. Москва, Российская Федерация

Малютина Л.В. - Государственное бюджетное учреждение Московской области «Щелковский перинатальный центр», Московская область, г. Щелково, Российская Федерация

Петрова А.С. - Государственное бюджетное учреждение Московской области «Московский областной перинатальный центр Министерства здравоохранения Московской области», г. Балашиха, Российская Федерация

Eubz@nikid.ru

Пандемия COVID-19 оказала существенное влияние на мир с негативными экономическими и социальными последствиями, нагрузкой на систему здравоохранения и здоровье людей, требующих анализа для дальнейшего прогнозирования здоровья населения и развития здравоохранения. Важнейшим показателем состояния здравоохранения является

младенческая смертность, рассчитываемая как количество умерших детей первого года жизни на 1000 живых рожденных детей. Проведен анализ младенческой смертности в Московской области с использованием программы мониторинга случаев младенческой смертности и анализ ее причин в 2019 – 2022г. Выявлено, что в первый год пандемии произошло снижение младенческой смертности с 3,9 на 1000 рожденных живыми в 2019 г до 3,2 в 2020 г. В два последующих года, отмечался незначительный рост до 3,7 на 1000. При анализе причин смерти следует отметить увеличение в 2021 году врожденных аномалий и хромосомных нарушений (Q00-Q99) на 33% в сравнении с «допандемийным» периодом, что составило 24% в структуре причин младенческой смерти. Отмечается увеличение в структуре причин смерти состояний с формулировкой «причина смерти неизвестна» с 1,6% в 2019г. до 19% в 2022г. Все смерти происходят с данным диагнозом произошли на дому. В 2021г. в два раза увеличилась в структуре причин смерть от инфекционных болезней, достигнув 3% с последующим снижением до 0,8% в 2022 г. Не смотря на некоторое изменения структуры причин младенческой смерти в период пандемии, ведущей причиной наступление смерти у детей первого года жизни в течение анализируемого периода являются отдельные состояния перинатального периода (P05-P96) - от 45% в 2020г., до 49% в 2019г. и 2022г. В структуре причин смерти COVID-19 составил менее 1% в течение 3-х лет пандемии (по 1 ребенку в 2020, 2021 и 2022 гг.). Таким образом, новая коронавирусная инфекция не оказала влияние на уровень смертности детей до года, составив 3,7 на 1000 рожденных живыми в 2021 – 2022 г, что ниже, чем в «доковидный период» в Московской области и Российской Федерации в целом. Однако произошли изменения в структуре причин смерти детей до года за счет увеличения врожденных аномалии развития и хромосомные нарушений, инфекционных заболеваний и болезней органов дыхания, а также неустановленных причин при смерти на дому. Полученные результаты требуют дальнейшего анализа причинно- следственных связей и последующих организационных решений.

ПОЗДНЯЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ. ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Бровин Д.Н. - ГНЦ РФ НМИЦ эндокринологии Минздрава России. г.Москва, Россия
Аникиев А.В. - ГНЦ РФ НМИЦ эндокринологии Минздрава России. г.Москва, Россия
Безлепкина О.Б. - ГНЦ РФ НМИЦ эндокринологии Минздрава России. г.Москва, Россия

anikieal70@gmail.com

Заболеваемость узловым зобом и раком щитовидной железы в детском возрасте возростает. Ежегодный прирост заболеваемости рака щитовидной железы (РЩЖ) в различных регионах мира варьирует от 2 до 12%. Сложность диагностики РЩЖ, агрессивный его характер обуславливают большое количество случаев позднего выявления опухолей с распространенным метастатическим процессом. Оперированы 101 больной, за 2017-2020 г. Локальный процесс (N0-x-N1a) выявлен у 77 больных (76%), распространение метастазов в лимфоузлы боковых треугольников шеи (N1b) обнаружен у 24 больных (24%). Сроки постановки диагноза у больных с распространенным метастазированием в лимфоузлы шеи от момента обнаружения узлового зоба до хирургического вмешательства составили: до 1 месяца – у 5 (22%) пациентов, от 1 до 3 месяцев – у 5 (22%), от 3 до 6 месяцев – 4 (17%), от 6 месяцев и более – 9 (39%) больных. Среди причин поздней диагностики мы отметили: случайное выявление в поздние сроки– 8 больных (35%), длительная диагностика – 14 больных (61%), другие причины – 1 пациент (4%). Причины длительной диагностики: несовершенство цитологического метода – 8 пациентов (57%), позднее выполнение ТАБ – 6 больных (43%). Мы проанализировали сроки постановки диагноза РЩЖ у детей с распространенным метастатическим поражением лимфоузлов шеи. Причинами длительной постановки диагноза

явились: • несовершенство цитологического исследования или/и запоздалое его выполнение в связи с неадекватной интерпретацией УЗИ (9 – 64%), а именно невыполнение ТАБ при узлах менее 1 см (3 - 21%), при узлах более 1см и отсутствии подозрительных признаков по УЗИ (6 – 42%), • использование критериев для решения вопроса о необходимости операции только на основании классификации Bethesda, разработанной и стратифицированной по риску для взрослых больных (2 (14%) - при 2й категории, 2 –при 4й (14%)), Для возможного решения проблемы необходимо: Информирование врачей первого контакта о вероятности выявления РЩЖ у детей из известных групп риска. Постановка показаний для ТАБ при узлах менее 1 см в случае подозрительной УЗ картины. Своевременное оперативное лечении на основании адаптации классификации TI-RADS и Bethesda к детскому возрасту. Совершенствование цитологического метода исследования, в том числе с использованием молекулярно-генетических методов, жидкостной цитологии и анализа биохимических показателей в пунктате.

НАСЛЕДСТВЕННЫЙ АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК: ВОПРОСЫ ФЕНОТИПИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Василевский И.В. - Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Наследственный ангионевротический отек (НАО) — редкое генетическое заболевание, проявляющееся эпизодами кожного или подслизистого отека, чаще всего поражающего кожу, брюшную полость и верхние дыхательные пути. Наиболее частая причина НАО связана либо с дефицитом (тип 1), либо с дисфункцией (тип 2) ингибитора С1 (С1-ИНГ), что приводит к перепроизводству брадикинина и активации рецепторов брадикинина В2. Это увеличивает проницаемость сосудов и способствует возникновению приступов ангионевротического отека (Maurer M. et al., 2022). Кроме того установлено наличие НАО с нормальным уровнем С1-ингибитора, но из-за мутации в FXII (факторе 12) (HAE-nC1-INH); ангиопоэтине-1 (ANGPT1), плазминогене (PLG), кининогене (KNG1), миоферлине (MYOF) и гепарансульфат-глюкозамин 3-О-сульфотрансферазе (HS3ST6).

Следует помнить о том, что существует рецидивирующий ангионевротический отек, опосредованный тучными клетками, часто сочетающийся с появлением сильно зудящих волдырей (крапивницей) у пациентов с хронической спонтанной крапивницей (ХСК). Однако, у ряда пациентов с ХСК волдыри не развиваются и наблюдается исключительно ангионевротический отек.

Гистамин-опосредованные ангионевротические отеки встречаются у 20 % населения земного шара. Пациенты с таким фенотипом хорошо отвечают на антигистаминные препараты и стероидные противовоспалительные средства. При установлении пациентам диагноза НАО-1 или НАО-2 не рекомендуется назначение системных глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов, транексамовой кислоты при купировании отеков в силу различий патофизиологии процесса и неэффективности данных препаратов. Препараты первой линии в подобной ситуации - нативный и рекомбинантный С1-ингибитор, антагонист рецепторов брадикинина и ингибитор белка калликреина.

В Республике Беларусь в 2021 г. было зарегистрировано 86 пациентов (50 женского и 36 мужского пола) из 31 неродственной семьи с генетически подтверждённым НАО: НАО 1-го типа – 65 пациентов (75,6%), с НАО 2-го типа – 21 пациент (24,4%). С учётом международных данных о распространённости данной патологии (1:10000 – 1:50000) число пациентов с НАО в Республике Беларусь может достигать от 200 до 800-900 человек (Захарова Л., Гурьянова И., 2021).

НЕОНАТАЛЬНЫЙ СЕПСИС: ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ

Василевский И.В. - Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Неонатальный сепсис (НС) вносит значительный вклад в показатели смертности. Систематический международный обзор и метаанализ данных за 30 лет (период с 1990 по 2019 год, 29 исследований, 164 750 новорожденных с сепсисом) показал, что основными возбудителями НС были коагулазонегативные стафилококки (*CoNS*) – 33%, *Escherichia coli* – 17% и *Klebsiella* spp. – 14% [Yu Y. et al., 2021].

Классификация Перечня основных лекарственных средств ВОЗ [2019г.] «Доступ, наблюдение и резерв» (Access, Watch, and Reserve classification) (AWaRe) облегчает мероприятия по рациональному использованию антибиотиков у пациентов различных возрастных групп [Hsia Y. et al., 2019]. Многочисленные исследования показывают, что при НС комбинированное лечение ампициллином-гентамицином, ранее рекомендованное ВОЗ для лечения клинического неонатального сепсиса, необходимо пересмотреть и заменить его другой комбинацией - цефтазидим-амикацин [Thomson K.M. et al., 2021].

При подозрении на грамотрицательный менингит можно применять ампициллин, цефотаксим и аминогликозиды. При внутрибольничном сепсисе с поздним началом стартовая терапия должна включать ванкомицин плюс аминогликозиды. При преобладании в палате новорожденных *P.aeruginosa*, можно применять цефтазидим, цефепим или пиперациллин/тазобактам в дополнение, или вместо аминогликозидов в зависимости от восприимчивости. Для новорожденных, ранее получивших полный 7–14-дневный курс аминогликозидов, и нуждающихся в повторном лечении, должен быть рассмотрены другие варианты аминогликозидов или цефалоспоринов 3-го поколения. При подозрении на коагулазонегативные стафилококки (например, при использовании постоянного катетера > 72 часов) или при их выделении из крови или других в норме стерильных жидкостей, стартовая терапия сепсиса с поздним началом должна включать ванкомицин.

Оптимизация использования противомикробных препаратов и улучшение рационального назначения этих ценных препаратов крайне необходимы. Это приведет к снижению показателей устойчивости к антибиотикам, улучшению ухода за пациентами и сокращению пребывания в стационаре для пациентов, а также к снижению затрат, связанных с ненадлежащим использованием антибиотиков.

РОЛЬ НЕЙРОТРОФИНОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Василевский И.В. - Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Несмотря на существенные исследования, направленные на понимание патофизиологии бронхиальной астмы (БА), и разработку новых терапевтических подходов, у значительной части пациентов наблюдается плохой контроль, что подчеркивает необходимость дальнейшего изучения механизмов астмы и разработки новых вариантов лечебной стратегии. Изучение патофизиологии БА последнего периода связано, прежде всего, с углублением имеющихся представлений об иммунологической основе возникновения и развития бронхиальной астмы. В то же время, как справедливо отмечают Khalfaoui L. с соавт. [2023], стандартные методы лечения, такие как кортикостероиды или биологические препараты, нацелены на воспаление, цитокины или их рецепторы для облегчения симптомов астмы, эти подходы не учитывают основной вклад гладкой мускулатуры дыхательных путей в гиперреактивность и участие их в процессах ремоделирования.

Нейротрофины (НТ) – это группа растворимых факторов роста (специфических белков), которые, прежде всего, рассматривались как критические медиаторы выживания нейронов. В настоящее время считается, что в связи с плейотропными эффектами НТ реализуют свое действие при респираторных заболеваниях (неонатальных, аллергических, вирусных, ХОБЛ, некоторых видов рака легких) [Rubin L. et al., 2021].

Многочисленными исследованиями подтвержден тот факт, что экспрессия нейротрофина увеличивается при астме. Raap U. с соавт. [2008] предполагают, что роль фактора роста нервов (NGF) в пластичности нейронов и состояния гладкой дыхательной мускулатуры при БА может быть опосредована через воспалительные клетки, т.к. NGF ингибирует апоптоз эозинофилов, в то время как высвобождение NGF из эозинофилов пациентов с аллергией увеличивается наряду с повышенной экспрессией рецепторов нейротрофинов. Noga O. с соавт. [2002] при стимуляции образования NGF эозинофилами обнаружили увеличение экспрессии IL-4. В свою очередь, IL-4 способствует высвобождению дополнительного количества IL-4 и других связанных с БА провоспалительных цитокинов, таких как IL-5, IL-6 и IL-13. Кроме того, IL-4 индуцирует продукцию иммуноглобулина E (IgE) B-клетками. IL-13 также способствует выработке процитокина - стромального лимфопоэтина тимуса (TSLP), что в свою очередь увеличивает уровни IL-4 и IL-13.

АССОЦИАЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЖИРОВОГО ОБМЕНА ДО БЕРЕМЕННОСТИ И ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПОСЛЕДА У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Васильев С.А. - ГУ "РНПЦ "Мать и дитя", г.Минск, Республика Беларусь
Курлович И.В. - ГУ "РНПЦ "Мать и дитя", г.Минск, Республика Беларусь
Ващилина Т.П. - ГУ "РНПЦ "Мать и дитя", г.Минск, Республика Беларусь
Прилуцкая В.А. - Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск, Республика Беларусь
Виктор С.А. - ГУ "РНПЦ "Мать и дитя", г.Минск, Республика Беларусь

wiktor.svetlana@mail.ru

Цель: установить взаимосвязь между наличием нарушений жирового обмена до беременности и инфекционно-воспалительным поражением последа у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод (ПИОВ).

Методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 87 историй родов женщин с ПИОВ в сроке беременности 154–196 дней. Гистологическая оценка инфекционно-воспалительного поражения последа проводилась согласно международной классификации поражений последа (Amsterdam Placenta Workshop Group, 2014) и включала в себя: воспалительную реакцию матери (хориоамнионит, субхорионит, хорионит, хориодецидуит, мембранит, децидуит) и воспалительную реакцию плода (фуникулит, васкулит хориальной пластины, виллузит, интервиллузит, плацентит). Сформировано 2 группы: - группа 1 – не было выявлено инфекционно-воспалительного поражения последа (16 (18,4%) случаев); - группа 2 – выявлена воспалительная реакция матери (34 (47,9%) случая); - группа 3 – выявлена воспалительная реакция и матери, и плода (37 (52,1%) случаев).

Результаты исследования. Группы исследования были сопоставимы по возрасту (29 (26–33) лет, 29 (26–32) лет и 32 (26–35) года соответственно, H=2,17, p=0,338), росту (165 (162–169) см, 164 (159–168) см и 164 (160–170) см соответственно, H=0,73, p=0,695) и массе тела до беременности (61,5 (56,4–67,0) кг, 64,4 (57,0–79,7) кг и 66,0 (54,0–84,0) кг соответственно, H=1,60, p=0,450). Однако при оценке распределения беременных женщин по ИМТ до беременности было выявлено, что ИМТ 25 кг/м2 и более (избыток массы тела или ожирение)

чаще диагностировались в группе 2 (в 12 (35,3%) случаях) и в группе 3 (в 20 (54,1%) случаях) по сравнению с группой 1 (3 (18,8%) случая, p1-2=0,197, p1-3=0,017). Следовательно, при наличии избытка массы тела или ожирения до беременности при преждевременном излитии околоплодных вод в сроке беременности 154–196 дней риск развития воспалительной реакции матери и плода выше – ОШ 5,10 (95% ДИ 1,24-20,93).

Вывод: избыток массы тела и ожирение до беременности являются факторами, ассоциированными с развитием инфекционно-воспалительного поражения последа с развитием воспалительной реакции не только матери, но и плода при преждевременном излитии околоплодных вод в сроке беременности 154–196 дней.

ЭКОПРОФИЛАКТИКА – СОВРЕМЕННАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Воробьев Д.В. - д.м.н., проф., вице-президент МАНЭБ, Региональное Волжское отделение МАНЭБ г.Самара, Россия

doctordv@mail.ru

Научно-технический прогресс и развитие промышленности, направленные на увеличение материального благосостояния человека, часто приводят к утрате главного богатства – здоровья. Это обусловлено постоянным контактом населения с различными *экотоксикантами* - вредными химическими веществами, загрязняющими почву, воздух, воду и губительно действующими на живые организмы. Весомый вклад в этот процесс вносит рост аварийности на промышленных предприятиях, особенно на предприятиях нефтегазовой отрасли, происходящий из-за неисправности оборудования. Особенно опасны аварии вблизи населенных пунктов. Постоянный контакт с токсическими веществами, загрязняющими атмосферу, приводит к *экотоксикозу* – патологическому состоянию, вызванному накоплением в околоклеточном пространстве экотоксикантов. Больше всего в данной ситуации страдают дети. По сведениям экспертов в России более 50% детей, окончивших школу, имеют по 2–3 хронических заболевания и более 18000000 школьников, нуждается в комплексном оздоровлении. При этом проблема промышленного загрязнения уже коснулась территории известных детских здравниц. Нефтяные пятна обнаружены недалеко от городов-курортов - Анапы, Туапсе и Сочи. Методом космической локации обнаружены площади загрязнения - до 420 кв. км. Реки, впадающие в Черное море, так же загрязнены промышленными и бытовыми отходами. Для обеспечения нормальной жизнедеятельности в современных условиях необходимо поддерживать качество окружающей среды на таком уровне, чтобы не создавалась угроза здоровью и безопасности людей, но при этом можно было бы беспрепятственно продолжать процесс дальнейшего развития экономики. Основываясь на этом принципе, мною была разработана научно-практическая концепция *экопрофилактика* — комплекс оздоровительных мероприятий, осуществляемый в природных условиях окружающей среды, максимально соответствующих физиологическим возможностям человека, и направленный на предотвращение экотоксикоза. *Цель экопрофилактики*: снижение уровня заболеваемости и смертности детского и взрослого населения путем минимизации воздействия на организм экотоксикантов и формирования экологической культуры. *Задачи экопрофилактики*: усовершенствование природоохранных мероприятий; разработка инновационных оздоровительных и медицинских технологий; проведение массовой санитарно-просветительской работы среди населения. Соответственно поставленным задачам выделены *главные направления экопрофилактики - экологическое, медико-техническое и образовательное.* Новая научно-практическая концепция хорошо обоснована теоретически и уже имеет готовые практические решения указанных выше

проблем. Так, эффективным решением проблемы рост аварийности на нефтегазоперерабатывающих предприятиях, стало создание инжинирингового центра (ИЦ) на заводе БорМаш». Ученые ИЦ занимаются разработкой высококачественного оборудования, использование которого поможет более чем в 2 раза сократить аварийность на предприятиях нефтегазовой отрасли. Другим важным направлением ИЦ является разработка высокотехнологичных способов очистки сточных вод от следов бытового и промышленного загрязнений. Внедрение этих технологий может значительно улучшить экологическую ситуацию в зонах промышленного загрязнения. Эффективным решением массового оздоровления детей на местном уровне является организация *центров экопрофиактики*, на удаленных от промышленных предприятий территориях. Круглосуточное пребывание детей на свежем воздухе, в лесной зоне, на берегу водоема в сочетании с оздоровительными технологиями поможет значительно укрепить здоровье. Для повышения экологической культуры детей нами была разработана программа дополнительного образования детей «Школа экопрофилактики» (авторы Воробьев Д.В., Быкова Е.А.). В настоящее время, обучение прошли более 4000 обучающихся общеобразовательных учреждений России. Таким образом, следуя основным принципам экопрофилактики можно рассчитывать на успех в предотвращении болезней, повышении потенциала здоровья и качества жизни подрастающего поколения.

РИСК МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ШКОЛЬНИКОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Галактионова М.Ю. - ФГБОУ ВО "Псковский государственный университет" Минобрнауки России, г.Псков, Россия

Лисихина Н.В. - ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого" Минздрава России, Сибирский юридический институт, г.Красноярск, Россия

Тихонова Н.В. - ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого" Минздрава России, г.Красноярск, Россия

myugal@mail.ru

Актуальность. Стратегическим направлением работы системы здравоохранения по сохранению состояния здоровья населения и улучшению демографической ситуации следует считать первичную профилактику хронических неинфекционных заболеваний. Недостаточная эффективность программ по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний указывает на необходимость целенаправленного наблюдения и оздоровления детей с учетом наиболее значимых факторов риска.

Цель: выявить факторы риска метаболического синдрома у школьников с различным физическим развитием.

Материал и методы. Обследовано 790 учащихся школ г. Красноярска и г. Пскова, из них 302 ребенка в возрасте от 7 до 11 лет (107 мальчиков и 195 девочек) и 488 учащихся в возрасте от 12 до 16 лет (204 мальчика и 284 девочки). Всем детям проведена оценка уровня и гармоничности физического развития, определение артериального давления (АД), электрокардиографическое исследование в покое и после физической нагрузки, суточное мониторирование АД и ЭКГ.

Результаты и обсуждение. У 51,7% школьников физическое развитие было гармоничным, они составили I группу, во II группу вошли 32,6% детей с избыточной массой тела. Дисгармония, обусловленная дефицитом массы тела выявлена у 15,7% детей, составивших III группу. Наследственную отягощенность по гипертонической болезни имели 47,6% школьников, по ИБС - 39,2%, у 9,6% -нарушения сердечного ритма и проводимости, риск по

сахарному диабету имели 18,6%, по диффузному токсическому зобу -7,7%, по экзогенно-конституциональному ожирению -21,5%. Артериальная гипертензия у родственников отмечалась во II группе в 60,8%, в I группе у 49,4% и в III группе – 33,9%. Проявления ИБС у родственников отметили 45% детей II группы; в I и III группах этот показатель ниже (36,2% и 35,9% соответственно). Экзогенно-конституциональное ожирение имели 9,3% пациентов II группы. У 4,61% школьников выявлено нарушение толерантности к углеводам. Повышенный уровень артериального давления (от 95 до 100‰) зарегистрирован у 20,0% детей.

Заключение. Большую часть школьников с артериальной гипертензией составили дети, у которых соматометрические показатели превышают средневозрастные нормативы. При определении детей с ожирением (ИМТ 95-й процентиль и выше) и наличием факторов риска метаболического синдрома необходимо выполнить скрининг, включающий оценку ИМТ, окружность талии, артериальное давление и липидный профиль натощак.

АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ПСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Галактионова М.Ю. - ФГБОУ ВО "Псковский государственный университет" Минобрнауки России, г. Псков. Россия

Митюшкина А.Г. - ГБУЗПО "Детская областная клиническая больница"

myugal@mail.ru

Уровень физического развития (ФР) существенно влияет на протекание всех важнейших функций организма, определяет пределы адаптивных возможностей, является важнейшим элементом популяционного мониторинга здоровья**.**

Цель исследования – дать характеристику физического развития доношенных новорождённых детей Псковской области на основании сравнительного анализа основных антропометрических показателей.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ данных 260 историй родов (форма № 096/у) новорожденных, матери которых постоянно проживают в г. Псков и Псковской области. Все дети были рождены в Перинатальном центре г. Псков в период 2018-2020 гг. Были проанализированы основные антропометрические показатели физического развития (масса тела, длина тела, окружность головы, окружность грудной клетки).

Результаты. Установлено, что средняя масса тела мальчиков составляла 3523,62 ± 426,86 г и была достоверно больше средней массы тела девочек, которая составила 3368,73 ± 417,99 г. ($p < 0,001$). Средняя длина тела мальчиков составляла 51,54 ± 1,82 см и была достоверно больше средней длины тела девочек, которая составляла 50,85 ± 1,80 см. Средняя окружность головы мальчиков составляла 35,35 ± 1,21 см и была достоверно больше ($p < 0,001$) средней окружности головы девочек – 34,72 ± 1,22 см ($p < 0,001$). Средняя окружность грудной клетки мальчиков составляла 34,49 ± 1,55 см и была достоверно больше ($p < 0,001$) средней окружности грудной клетки девочек, которая составляла 33,98 ± 1,55 см.

Заключение. Полученные результаты позволили определить показатели основных антропометрических характеристик физического развития (масса тела, длина тела, окружность головы, окружность грудной клетки) доношенных новорождённых детей Псковской области и подтвердить необходимость оценки физического развития новорожденных в зависимости от гендерной принадлежности.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ганузин В.М. - Ярославский государственный медицинский институт, г.Ярославль, Российская Федерация

vganuzin@rambler.ru

Цель исследования: обратить внимание педиатров на существование проблемы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у детей и подростков при тяжелых соматических заболеваниях, их диагностику и необходимость реабилитации.

Материалы и методы. Проведен анализ научной литературы по ПТСР у детей и подростков, имеющих тяжелые хронические заболевания.

Результаты и их обсуждение. Нами проведен анализ 35 научных работ, в т.ч. 11 отечественных и 24 зарубежных, по данной проблеме. Результаты исследования литературы показали высокую распространенность ПТСР среди детей и подростков, имеющих хроническую патологию. ПТСР у детей, с онкологической патологией выявляется от 2 до 20%. Kean E.M. et al. выявили ПТСР у подростков с бронхиальной астмой. Среди 49 подростков 12 - 18 летнего возраста, имевших тяжелые приступы бронхиальной астмы, 20% имели различные симптомы ПТСР. Авторы исследования считают, что для снижения числа тяжелых приступов бронхиальной астмы при реабилитации больных необходимо включать и лечение симптомов ПТСР. Şişmanlar Ş.G et al. у 54 детей с сахарным диабетом, в возрасте от 8 до 18 лет, показал, что у 18,5% детей было в ПТСР тяжелой или очень тяжелой степени, а у 51,9% - ПТСР средней степени тяжести. Astitene K. et al. при обследован 871 школьник в возрасте от 12 до 17 лет, выявили у 63,9% ПТСР с разным уровнем тяжести (19,5% - низкое, 25,1% - умеренное, 18,1% - тяжелое и 1,2% - очень тяжелое ПТСР). Из 220 обследованных нами учащихся, имеющих конфликты с учителями в школе, 47,5% отмечали головные боли и 14,4% боли в животе. У 52,7% учащихся наблюдалось угнетение настроения, а у 22,5% депрессивное состояние.

Выводы. Анализ научной литературы свидетельствует о том, что ПТСР детей и подростков имеет место при тяжелых соматических заболеваниях и носит полипрофильный характер. Поэтому необходимо объединить усилия ведущих педиатров и клинических психологов стран СНГ для своевременной диагностики и реабилитации детей с ПТСР.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТИРОВАННОСТЬ ПОДРОСТКОВ К РАЗЛИЧНЫМ УСЛОВИЯМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

Ганузин В.М. - Ярославский государственный медицинский институт, г.Ярославль, Российская Федерация

Маскова Г.С. - Ярославский государственный медицинский институт, г.Ярославль, Российская Федерация

vganuzin@rambler.ru

Введение. Социальная адаптация детей и подростков к условиям образовательной среды является неотъемлемой частью формирования их физического и психического здоровья, влияющих на академическую успеваемость.

Цель: изучение социальной адаптированности (СА) у подростков, проживающих в городской и сельской местности и обучающихся в различных типах школ.

Материалы и методы. Проведено определение СА у 189 подростков в возрасте 14-15 лет, в т.ч. у 100 подростков, проживающих в городских условиях, и у 89 из сельской местности.

Для оценки СА использовался опросник М. Гавлиновой. В качестве контроля были взяты нормативы, опубликованные академиком РАМН А.А. Барановым.

Результаты. При рассмотрении состояния СА у подростков в зависимости от пола и места проживания были выявлены достоверные различия показателей хорошей СА у юношей, обучающихся в городских (20,5%) и в сельских (36,5%) школах (p <0,05). Подростков с низкой СА в городских школах было меньше (11,3%), по сравнению с сельскими (19,2%) (p <0,05). Различий СА между девушками, обучающимися в городской (хорошая – 21,4%, нормальная – 59,0%, низкая – 19,6%) и сельской (хорошая – 26,3%, нормальная – 59,7%, низкая – 14,0%) школах не было выявлено. Нами были установлены гендерные отличия СА подростков, обучающихся в сельской школе. У сельских юношей чаще регистрировали хорошую (36,5%) и низкую (19,2%) СА, что выше, чем у сельских девушек 26,3% и 14,2%, соответственно.

Выводы. Анализ полученных результатов позволил нам сделать заключение о различиях социальной адаптации обучающихся подростков, проживающих в различных условиях. Нами выявлены гендерные различия у подростков, обучающихся в сельской школе. Школьники, имеющие низкую СА, должны пройти консультацию психолога для выявления причины и получения необходимых в данном случае реабилитационных мероприятий.

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ОТКЛОНЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Ганузина Г.С. - Ярославский государственный медицинский университет, г.Ярославль, Российская Федерация

Шинакова Л.А. - Ярославский государственный медицинский университет, г.Ярославль, Российская Федерация

Ганузин В.М. - Ярославский государственный медицинский университет, г.Ярославль, Российская Федерация

vganuzin@rambler.ru

Цель исследования: показать возможности коррекции опорно-двигательного аппарата и повышение адаптационных возможностей организма у детей при включении в программу физической подготовки элементов йоги.

Материалы и методы. Под наблюдением в течение 2-х лет находились две группы детей 5-ти и 6-летнего возраста воспитанников детского сада. Первая группа состояла из 18 детей и занималась по традиционной программе физического воспитания с начальными элементами йоги. Вторая группа, 19 детей, занималась по расширенному комплексу упражнений по системе йога. Оценка осанки проводилась по Е. Рутковской. Параллельно изучалось состояние адаптированности элементарных биологических систем (ЭБС) управляющего и гомеостатического уровней с расчетом индексов функционального напряжения (ИФН) и оценкой адаптированности организма в целом.

Результаты и их обсуждение. При анализе данных коррекции нарушенной осанки, были получены стабильно высокие результаты ее нормализации на протяжении 2-летнего наблюдения: с 34,5% до 63,2%. В I группе при повторном обследовании значения ИФН ЭБС гомеостатического уровня превышали нормальные у 67% детей; значимых изменений в течении адаптационных процессов на уровне организма зарегистрировано не было. Позитивные изменения в адаптивном статусе, были более выраженные во II группе. Так, количество детей II группы с неблагоприятным течением адаптационных процессов в организме снизилось до 11%, а количество детей с ИФН ЭБС гомеостатического уровня, выходящим за пределы нормы, уменьшилось до 28%.

Выводы. Таким образом, программа физического воспитания с элементами йоги способствует эффективному укреплению физического здоровья, повышению адаптационных возможностей организма ребенка, нормализации состояния опорно-двигательного аппарата.

БОЛЕЗНЬ МОТОНЕЙРОНА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Гапоненко А.Н. - ФГБОУ ВО "ВГМУ им. Н.Н.Бурденко" МЗ РФ, г.Воронеж, Российская Федерация

Баркова А.А. - ФГБОУ ВО "ВГМУ им. Н.Н.Бурденко" МЗ РФ, г.Воронеж, Российская Федерация

Дурникина Е.Н. - ФГБОУ ВО "ВГМУ им. Н.Н.Бурденко" МЗ РФ, г.Воронеж, Российская Федерация

Леднева В.С. - ФГБОУ ВО "ВГМУ им. Н.Н.Бурденко" МЗ РФ, г.Воронеж, Российская Федерация

gaponenko.a.n@yandex.ru

Введение. Патология нервной системы в детском возрасте занимает 3-е место среди заболеваний, приводящих к детской инвалидности. Гибель центральных и периферических двигательных нейронов является результатом дегенеративных нейромышечных заболеваний, связанных с болезнью двигательного нейрона (БДН).

Цель исследования: выяснение этиологии и прогрессирования нейродегенеративного заболевания центральной нервной системы (ЦНС), болезни мотонейрона на примере клинического случая.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе паллиативного отделения БУЗ ВО ОДКБ №2. В качестве объекта исследования выступила пациента Б., 17 лет. Основной диагноз G31.8 Нейродегенеративное заболевание центральной нервной системы. Болезнь мотонейрона. Вялая тетраплегия. GMFCS V уровень.

Результаты. Заболевание у пациентки Б. внезапно манифестирует в 16 лет. До этого жалоб на здоровье не отмечалось. Семейный анамнез не отягощен. Клиника характеризуется быстрым нарастанием. В начале отмечалась слабость только нижних конечностей, затем за полгода присоединяется вся нижняя часть тела, еще через полгода пояс верхних конечностей. Спустя год от манифестации диагностируется вялая тетраплегия, пациент носитель постоянной трахеостомы. Из реестра активных движений наблюдаются слабые движения дистальными фалангами левой руки, глотательные движения, очень редко повороты головы в стороны, речь сохранена, но вялая. Из анализа результатов исследований в крови признаки дефицита витамина D, увеличение КФК в 10 раз, значительно повышены значения фракций альфа1 и гамма-глобулинов, что говорит о полной дегенерации мышц. По результатам инструментальных исследований обнаружены генетические аномалии закладки и строения внутренних органов: удвоенная левая почка, отсутствие левого яичника. В результатах генетических тестов на антинейрональные тела HU, cv2, антитела к NMDA-рецептору нарушений не выявлено.

Заключение. Данная патология крайне редка для пациентов до 30 лет. Причину появления заболевания у пациентки Б., а также генетически детерминированной патологии выявлено не было. Нарушения в закладке органов и их формировании во время внутриутробного развития (ВУР) не имеют подтверждения влияния на появление и прогрессирование диагноза. Наличие данных результатов предполагает дальнейшее наблюдение пациента и новые попытки генетических тестов на антитела к аксональным органеллам мотонейронам.

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ МУКОВИСЦИДОЗА ПРЕПАРАТОМ "ТРИКАФТА" (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Гапоненко А.Н. - ФГБОУ ВО "ВГМУ им. Н.Н.Бурденко" МЗ РФ, г.Воронеж, РФ
Леднева В.С. - ФГБОУ ВО "ВГМУ им. Н.Н.Бурденко" МЗ РФ, г.Воронеж, РФ
Ульянова Л.В. - ФГБОУ ВО "ВГМУ им. Н.Н.Бурденко" МЗ РФ, г.Воронеж, РФ

gaponenko.a.n@yandex.ru

Введение. Муковисцидоз (МВ) - частое моногенное заболевание, обусловленное мутацией гена МВТР (трансмембранного регулятора МВ), который является каналом для активного перемещения ионов хлора, а также регулятором обратного всасывания ионов натрия, и характеризующееся поражением экзокринных желез жизненно важных органов и систем, имеющее обычно тяжелое течение и приводящее к инвалидизации.

Цель работы: изучение результатов применения таргетной терапии препаратом «Трикафта» при муковисцидозе.

Материал и методы исследования. Проводилось динамическое наблюдение за ребенком с муковисцидозом до и после начала использования таргетной терапии препаратом «Трикафта».

Результаты исследования. Ребенок 14 лет, от 1-й беременности, 1-х родов. 7/8 баллов по Апгар. На 3-и сутки переведен в реанимацию с подозрением на кишечную непроходимость. Диагноз не подтвержден. В возрасте 1 мес. 9 дней поставлен диагноз муковисцидоз, после скринингового обследования. В настоящее время диагноз: кистозный фиброз (муковисцидоз) [генотип: del121kb/del508F], легочно-кишечная форма, тяжелое течение. Хронический диффузный бронхит. ДН 1-2 ст. Хроническое носительство Ps. aeruginosa. Хроническая панкреатическая недостаточность, тяжелая степень. Синдром потери солей (псевдо-Барттера синдром), тяжелое течение. Хронический полипозный риносинусит. У данного генотипа представляется возможным использование таргетной терапии препаратом «Трикафта». До начала данной терапии: ФВД ребенка с выраженными обструктивными нарушениями, ИМТ=17,2, на КТ ОГК описаны КТ-признаки выраженной бронхиальной обструкции, воспалительно-ателектатические изменения, цилиндрические бронхоэктазы, тракционные бронхоэктазы, пульмофиброзные изменения, плевропульмональные спайки. Хронический бронхит (муковисцидоз). На КТ пазух носа картина хронического полипозного риносинусита с выраженной обструкцией верхних дыхательных путей. Через 5 месяцев после начала приема препарата «Трикафта» проведен контроль состояния пациента. Получены следующие данные: ФВД с обструктивными изменениями легкой степени, ИМТ 18,3. На КТ ОГК положительная динамика. КТ пазух носа с выраженными улучшениями.

Заключение. Генно-инженерная терапия – терапия будущего. В настоящее время таргетная терапия является наиболее перспективным направлением лечения муковисцидоза.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Гараева С.З. - Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан
Алиева А.А. - Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан
Агаева Г.Т. - Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан
Велиева К. - Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан

doctorsabina77@gmail.com

Актуальность.Врожденные инфекции занимает первое место (19%) среди инфекций, вызывающих младенческую смертность. Внедрение в практику современных технологий лечения, в частности искусственной вентиляции легких (ИВЛ), позволило успешно выхаживать новорожденных с морфофункциональной незрелостью, экстремально низкой массой тела и глубокими нарушениями функции органов дыхания, связанными с внутриутробной инфекцией.

Цель: изучить особенности респираторной поддержки в период ранней постнатальной адаптации у недоношенных детей с врожденными инфекциями.

Материалы и методы. Проведено выборочное исследование, в которое были включены 48 недоношенных новорожденных. Средний срок беременности составил 32 (28-35) недель, средняя масса тела - 1830 (1040-2420) г. Обследованы недоношенные новорожденные с врожденной инфекцией, нуждавшиеся в респираторной поддержке в отделении интенсивной терапии (основная группа) и 56 доношенных новорожденных с врожденной инфекцией (группа сравнения).

Результаты и обсуждение. Состояние при рождении всех недоношенных новорожденных было очень тяжелым в связи с развитием респираторного дистресс-синдрома РДС. В основных группах обследованных детей использовались следующие методы респираторной поддержки: оксигенотерапия увлажненным кислородом, SPAP и искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Одним из методов профилактики и лечения дыхательной недостаточности у недоношенных новорожденных, клиническая эффективность которого доказана многими исследованиями, является неинвазивная вентиляция легких методом постоянного положительного давления через назальные канюли - назальный SPAP. В ИВЛ нуждались 10,4 ± 4,4 % недоношенных детей с врожденной инфекцией и 11,8 ± 3,1 % доношенных детей. У недоношенных детей основной группы оксигенотерапия проводилась в 47,9±7,2% случаев, в группе сравнения доношенных новорожденных - 52,7±4,8%. Неинвазивная вентиляция легких с применением SPAP проводилась у 15,5 ± 3,4 % детей группы сравнения, у 29,2 ± 6,6 % — основной группы.

Выводы. Новорожденные с генерализованными формами врожденной инфекции рождаются в асфиксии и нуждаются в интенсивной терапии и реанимации с первых минут жизни, а у большинства имеются различные общемозговые и респираторные нарушения, вынуждающие их прибегать к респираторным вспомогательным процедурам как с первых дней раннего неонатального, так и на протяжении неонатального периода.

ТРАНСПОРТИРОВКА НОВОРОЖДЕННЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Гасымова Е.А. - Научно - Исследовательский Институт Педиатрии имени К.Фараджевой. г.Баку, Азербайджан

doctor.qasimova@bk.ru

Актуальность. Состояния, возникающие у новорожденных детей из-за тяжелой патологии или крайней степени незрелости организма, требующих искусственного замещения или поддержки жизненно важных функций организма, в современной медицине трактуются как критические. Разработка методов диагностики и профилактики критических состояний новорожденных в родильных домах, на этапе межгоспитальной транспортировки и в отделении реанимации и интенсивной терапии крайне необходима. Транспортировка новорождённого из родильного дома в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), является процедурой высокого риска, требующей соблюдения определённых условий, оценки состояния новорожденных и выполнения предтранспортной подготовки.

Цель исследования: на основании индекса оксигенации определить риск развития дыхательной недостаточности у новорожденных во время транспортировки.

Материал и метод. В исследование было включено 144 доношенных новорожденных в критическом состоянии, которые были транспортированы в ОРИТ из родильных домов I и II уровней. В отделении был проведен мониторинг частоты дыхания и пульса, артериального давления, сатурации кислорода, температуры тела, кислотно-основного состояния и газов крови.

Результаты и их обсуждения. Все новорожденные были транспортированы в машинах скорой помощи, из них 110 (76,4%) - мальчики, 34 (23,6%) - девочки. Средний возраст детей составил (M) - 2,7±1.2 дня, гестационный возраст (M) - 38,4±0,1 нед., средняя масса тела (M) - 3125,5±33.7 гр. Во время транспортировки 115 (79,9%) новорожденных кислород не получали, 14 (9,7%) получали кислород при помощи назальной канюли, 6 (4,2%) новорожденных во время транспортировки были на CPAP-е, ИВЛ проводилась 9 (6,3%) новорожденным. Индекс оксигенации (İO) в среднем составил 318±8,8 (при норме 500), что говорит о том, что во время транспортировки большая часть новорожденных нуждалась в дополнительной дотации кислорода, в то время как, только 29 (20,1%) из транспортированных в критическом состоянии новорожденных проводилась необходимая респираторная поддержка.

Выводы. Мониторинг жизненно важных функций организма новорожденных во время транспортировки, является необходимым мероприятием, которое позволило бы улучшить качество проводимой транспортировки новорожденных без значимого для их жизни и здоровья риска.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Гасымова Е.А. - Научно - Исследовательский Институт Педиатрии имени К.Фараджевой. г.Баку, Азербайджан

Салехова Г. - Научно - Исследовательский Институт Педиатрии имени К.Фараджевой. г.Баку, Азербайджан

Мирзоева И.А. - Научно - Исследовательский Институт Педиатрии имени К.Фараджевой. г.Баку, Азербайджан

Акбарова У. - Научно - Исследовательский Институт Педиатрии имени К.Фараджевой. г.Баку, Азербайджан

Ахмедова Д. - Научно - Исследовательский Институт Педиатрии имени К.Фараджевой. г.Баку, Азербайджан

doctor.qasimova@bk.ru

Введение. Легочное кровотечение у новорожденных, патологическое состояние различной этиологии, которое занимает важное место в структуре заболеваемости и смертности недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении, находящихся в критическом состоянии. Встречается у 1/1000 живорожденных детей и является показанием к переводу новорожденного в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилось определение факторов риска развития легочных кровотечений у недоношенных детей в критическом состоянии.

Материал и методы исследовани. В проспективное исследование было включено 75 недоношенных детей, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), в связи с развитием дыхательной недостаточности при рождении. У исследуемых новорожденных мы выявили частоту встречаемости и факторы риска равития легочного кровотечения, индекс оксигенации и степень тяжести дыхательной недостаточности.

Результаты исследования: 52,4% новорожденных были направлены из-за пределов города, 47,6% из других государственных и частных больниц города. Средний возраст детей (М) - 2,5±1,3 дня; средний гестационный возраст (М)- 32,2±0,3 недели; средняя масса тела (М) - 1664,6±46,1qr.; время введения сурфактанта (М) - 3,3±1,1 день жизни. Причинами дыхательной недостаточности были: у 62 (82,6%) - респираторный дистресс-синдром, у 13 (!7,3%)- врожденная пневмония, одновременно у 9 (12%) из них отмечался гемодинамически значимый открытый артериальный проток (ОАП), у 7 (9,3 %) была асфиксия в родах, у 5 (6,6%) сепсис, 6 (8%) гипотермия при поступлении и у 3 (4%) коагулопатия. Легочное кровотечение выявлено у 44 (59%) детей, у которых была выявлена обратная корреляция с индексом оксигенации (IO) - M+m-162-265 ($p < 0,05$, $r = -0,67$).

Выводы. Оказание своевременной помощи недоношенным новорожденным в родильном зале и уход в отделении реанимации новорожденных имеют большое значение в плане снижения неонатальной смертности и заболеваемости. Поскольку недоношенные дети относятся к особой группе риска, меры, направленные на профилактику преждевременных родов, лечение открытого артериального протока, раннее профилактическое введение сурфактанта и применение ППДД, могут снизить риск развития РДС и тем самым предотвратить развитие легочного кровотечения у недоношенных новорожденных.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СПЕЦИФИКЕ ВИРУС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Гафурова Р.Р. - Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение Высшего Образования «Башкирский Государственный Медицинский Университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа, Россия

Богомолова Е.А. - Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение Высшего Образования «Башкирский Государственный Медицинский Университет» Министерства Здравоохранения Российской Федерации, г. Уфа, Россия

trsrbm@gmail.com

Согласно официальной мировой и российской статистике, бронхиальная астма (БА) является одним из самых распространённых хронических заболеваний органов дыхания, так распространённость изучаемой патологии составляет от 5 до 10-18% населения. Представители экспертной группы глобальной инициативы по бронхиальной астме (GINA) на настоящий момент определяют БА как гетерогенную патологию, отличающуюся хроническим воспалением дыхательных путей и вариабельной бронхиальной обструкцией, проявляющуюся такими респираторными симптомами, как свистящие хрипы, кашель, заложенность в груди, одышка, варьирующие по временному и интенсивному фактору. Так, согласно классификации международного документа PRACTALL (PRACTical ALLergy), самым распространённым фенотипом атопической БА среди детей до 2 лет является вирус-индуцированная БА. Патофизиологическую специфику вирус-индуцированной БА, этиологически вызываемой риновирусами, коронавирусами, респираторно-синцитиальным вирусом, вирусами гриппа и др., составляет повреждение дыхательного эпителия, развитие воспаление, чрезмерную продукцию IgE, на антигены вирусов, супрессия Т-клеточного звена и гиперпролиферация В-лимфоцитов и плазмоцитов гиперреактивность бронхиального дерева. Все чаще исследователи отмечают вирусную инфекцию как самостоятельную причину развития атопии – РС-вирус оказывает стимулирующее воздействие на инфильтрацию тканей дыхательных путей эозинофилами, активирует чрезмерную выработку цитокинов Th2-системы, отрицательно влияет на мукоцилиарный клиренс, увеличивает проницаемость сосудистой стенки, отрицательно влияет на нейрогенную регуляцию тонуса гладкомышечных структур бронхов, провоцирует деструкцию респираторного эпителия. Контакт с антигеном вируса

активирует раннюю аллергическую реакцию из-за хемотаксического выброса из тучных клеток нейтрофилов, эозинофилов, лейкотриенов, гистамина, простагландина, отвечающих за бронхоконстриктивное действие, затрудняется элиминация вируса по причине ИЛ-4 зависимого переключения CD8+Тклеток на выработку ИЛ-5, и из-за взаимодействия вирусных нуклеиновых кислот с Toll-подобными рецепторами (TLR). Лечение вирус-индуцированной БА включает в себя базисную терапию БА и терапию вирусных обострений: низкие дозы ИГКС, длительно действующие β2-агонисты, антагонисты лейкотриеновых рецепторов в комплексе демонстрируют положительное влияние на контроль БА.

НАРУШЕНИЕ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Герасимчик О.А. - Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», г.Сургут, Российская Федерация

Alesjamed@yandex.ru

Введение. Нарушение пищевого поведения является фактором риска развития детского ожирения. Своевременная оценка особенностей аппетита, стереотипов питания в семье позволяет определить возможности профилактики формирования и прогрессирования ожирения у детей и пути коррекции пищевого поведения.

Цель: оценить пищевое поведение и типы нарушения у детей и подростков с различной массой тела.

Материалы и методы. В исследование включены 170 подростков 10–17 лет, 52% девочек и 48% мальчиков, средний возраст составил 13,9 ± 2,1 года. Проведен анализ антропометрических данных подростков. С учетом веса, роста, возраста и пола подростки разделены на 3 группы. В 1 группу включены 54 подростка с избыточной массой тела, во 2 группу с ожирением 79 подростков, в 3 группу включены 37 подростков с нормальной массой тела. Определяли основные типы нарушений пищевого поведения, а также частоту их встречаемости: экстернальное, эмоциональное и ограничительное ПП. Нарушения пищевого поведения диагностировали во всех трех группах детей и подростков: в группе с нормальной массой тела в 56% (n = 21) случаев, в группе детей с избыточной массой тела – в 69% (n = 37), в группе с ожирением - в 84% (n = 66). С высокой частотой диагностировали сочетание двух или трех типов пищевого поведения у 33% (n=12) подростков. Преобладали варианты сочетаний двух типов ПП (экстернального и ограничительного) в 27% случаев (n=10). Комбинация сразу трех типов диагностирована у 6% (n = 2) пациентов. В группе подростков с избыточной массой тела в 64% случаев встречался ограничительный тип ПП, в 18% эмоциональный тип и экстернальный в 63% случаев. У подростков с ожирением эмоциональные нарушения диагностировались в 2 раза чаще, в сравнении с двумя другими группами: 35%, против 18% у подростков с избыточной массой тела и 19% в группе контроля (p = 0,047*). Ограничительный тип ПП наиболее часто встречался в группе подростков с избыточной массой тела (64%) и в группе подростков с ожирением (60%), в контрольной группе - в 27% случаев (p = 0,005*).

Заключение. Нарушения пищевого поведения диагностированы у подростков всех групп вне зависимости от массы тела, но с различной частотой. Для подростков с нормальной массой тела наиболее характерен экстернальный тип, в группах с избыточной массой тела и ожирением типичным является преобладание ограничительного типа ПП, что способствует дальнейшему набору массы.

МЕДИЦИНСКИЕ РЕЗЕРВЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Гнедько Т.В. - Национальная академия наук Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

hnedzko@mail.ru

Основными задачами в условиях обеспечения демографического благополучия является поддержание оптимальной численности населения, сохранение трудового потенциала и формирование здорового поколения детей. В Республике Беларусь законодательно закреплен приоритет оказания медицинской помощи матерям и детям, функционирует разноуровневая система перинатальной помощи, оказывается значительная социальная поддержка материнства и семей с детьми. Среди новорожденных здоровые составляют около 80%. Недоношенные относятся к категории пациентов с низким уровнем стартового здоровья и высоким риском его утраты при крайней степени незрелости. Уровень заболеваемости преждевременно рожденных детей значительно превышает данный показатель в популяции доношенных. Частота заболеваний у детей с экстремально низкой массой тела в 10 раз превышает популяционный уровень заболеваемости недоношенных детей. На одного ребенка с экстремально низкой массой тела приходится 2,6 заболевания. За последние годы в Беларуси относительное число детей, рожденных преждевременно, стабилизировалось на уровне 4,2-4,5%. В структуре заболеваемости недоношенных на первом ранговом месте регистрировался синдром респираторного расстройства и другие респираторные состояния, на втором – внутриматочная гипоксия и асфиксия в родах, на третьем – неонатальные желтухи. С меньшей частотой в ранжированном перечне регистрировались инфекции, специфичные для перинатального периода и врожденная пневмония Медицинские резервы сохранения здоровья недоношенных детей включают поддержание и обновление материально-технического ресурса для оказания первичной реанимационной помощи и интенсивной терапии, развитие службы ранней реабилитации и психолого-педагогического сопровождения при длительном выхаживании, широкое внедрение инновационных технологий старта и поддержки грудного вскармливания, реализацию стратегии минимизации госпитального инфицирования, совершенствование перинатального скрининга и профилактики осложнений при сочетанной патологии, расширение использования информационных технологий и цифрового архивирования диагностических изображений и данных для междисциплинарного мониторинга состояния здоровья и развития.

ОЦЕНКА МНОГОЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Гнедько Т.В. - Национальная академия наук Беларуси, г. Минск, Республика Беларусь

hnedzko@mail.ru

Алиментарные факторы нарушения здоровья относятся к управляемым причинам заболеваний, предупреждение которых доступно с использованием современных адаптированных и специализированных продуктов питания соответственно возрасту при раннем прогнозировании и доклиническом выявлении риска формирования.

Цель работы. Определить частоту, структуру алиментарно-зависимых заболеваний среди детей первого года жизни в Республике Беларусь и направленность многолетней динамики относительных показателей.

Материалы и методы исследования. Изучена распространенность алиментарно-зависимой патологии среди детей первого года жизни на 100 000 детского населения в

Республике Беларусь за период 2010–2021 годы по данным государственной статистической отчетности. Проведен структурный анализ алиментарно-зависимых состояний с расчетом их удельного веса (%) и отдельных нозологических форм среди всех заболеваний.

Результаты и обсуждение. При ретроспективном анализе частоты алиментарно-зависимых заболеваний среди детей в возрасте до 1 года установлено ее снижение за период 2010–2021 годов в Республике Беларусь с наиболее высоким уровнем в 2012 году (10560,2 на 100 000 детского населения) и наименьшим – в 2020 году (6482,1 на 100 000 детского населения). Отрицательная направленность данных показателей определялась сокращением числа детей, страдающих железодефицитной анемией, рахитом, белково-энергетической недостаточностью и атопическим дерматитом. В долевой структуре младенческих заболеваний, обусловленных алиментарным фактором, преобладали железодефицитные анемии и атопический дерматит). Регистрировалось ежегодное снижение частоты рахита с 0,64% в 2010 году до 0,17% в 2021 году.

Минимизация факторов риска развития алиментарных заболеваний у детей грудного возраста обусловлена результативностью эффективной работы системы медицинской помощи и организации вскармливания детей 1-го года жизни, государственной поддержки развития отечественных производителей детского питания. Производство продуктов детского ассортимента организовано на более 15 местных предприятиях пищевой промышленности разных форм собственности. Представлена широкая линейка отечественных продуктов для детского питания, включая сухие смеси и каши, жидкие каши, жидкие и пастообразные молочные продукты, плодоовощные, мясные, мясорастительные и рыборастительные консервы, дифференцированные для разных возрастных категорий детей. Разработаны новые продукты для беременных и кормящих женщин.

НОВЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ НАЗАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

Голубева О.Б. - ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г.Москва, Российская Федерация

Егоров В.И. - ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, г.Москва, Российская Федерация

Гаращенко Т.И. -Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г.Москва, Российская Федерация

Василенко И.А. - Российский государственный университет им. А.Н. Косыгина, г.Москва, Российская Федерация

olgalor72@mail.ru

Хроническая заложенность носа является значимой проблемой как для детей, так и для их родителей, в связи с снижением качества жизни маленького пациента. Такие дети составляют основной поток на амбулаторном приеме не только у врача-оториноларинголога, но и у педиатра, требует использования простых и доступных методов диагностики.

Цель работы – повышение эффективности диагностических мероприятий у детей с назальной обструкцией на амбулаторном приеме путем применения технологии комплексной термо-манометрии носового воздушного потока.

Проанализированы параметры носового дыхания у 152 детей в возрасте от 3 до 10 лет, обратившихся за амбулаторной помощью по поводу рецидивирующего течения аденоидита. В контрольную группу были включены 30 условно здоровых детей. Стандартные методы обследования и лечения проводили в соответствии с Клиническими рекомендациями (2021 г.) - код МКБ-10 «J35.8». В комплекс диагностических мероприятий дополнительно были

включены замеры параметров носового дыхания, позволяющие в течение 1 минуты одновременно оценить изменения температуры и давления воздушного потока в предверии носа ребенка («Аппарат для диагностики параметров носового дыхания», Россия). Протокол исследования включал количественные характеристики носового дыхания, выраженные в виде средних значений коэффициента Херста для температуры (kHT) и давления (kHP), а также визуализацию турбулентного воздушного поток в виде 2D и 3D графиков. Установлено, что по отношению к показателям контрольной группы у детей с хроническим аденоидитом наблюдается снижение величин kHT и kHP (0,852±0,103 vs 0,869±0,082, p <0,05 и 0,822±0,178 vs 1,018±0,152, p <0,05, соответственно). После курса комплексного консервативного лечения, включающего ирригационно-элиминационную, местную противовоспалительную и лазерную терапию, отмечено повышение значений коэффициента Херста для температуры (kHT) и давления (kHP), сравнимое с контрольными показателями (0,891±0,042 и 0,964±0,107). 2D и 3D визуализация регистрируемых характеристик турбулентного потока предоставляла возможность наглядно сравнить особенности векторной и фрактальной составляющих модельного графика в норме, при обострении заболевания и после курса терапии.

Применение эндоназальной термо-манометрии реализует персонализированный подход к объективной оценке клинической картины и дает возможность своевременно оптимизировать тактику лечения.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА: КАКОВЫ СЕГОДНЯШНИЕ РЕАЛИИ?

Гомбоева Н. Б, - ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет им. Доржи Банзарова», г. Улан-Удэ, Республика Бурятия, Российская Федерация

natalyagom@yandex.ru

По мнению экспертов ВОЗ, в формировании здоровья ребенка генетика составляет 20%, а 80% определяется условиями и образом жизни, питанием, средой, которая окружает ребёнка. Особенно важным и значимым, определяющим траекторию всей последующей жизни человека являются первые 1000 дней, включая внутриутробный.

Цель: оценить наиболее значимые факторы, негативно влияющие на формирование ребенка в этот период, как кесарево сечение, применение заменителей грудного молока в учреждениях родовспоможения, качество питания, обоснованность назначения антибактериальных препаратов и рассмотреть возможности их снижения.

Материалы и методы. Проведён анализ статистических данных ГБУЗ «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр» Минздрава Республики Бурятия, Управления Роспотребнадзора по Республике Бурятия, 302 карт приемного покоя ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница», включены результаты оценки обеспеченности железом, кальцием и магнием, и витамином Д у 60 детей в возрасте от 10 до 17 лет г. Улан-Удэ.

Результаты. При оценке факторов, влияющих на формирование микробиома ребенка, не всегда обоснованное применение антибиотиков во время беременности, высокий удельный вес родов путём кесарево сечения – 30,9% в 2021 году, применение заменителей грудного молока в первую неделю жизни ребенка составило 72%, снижение удельного веса детей, находящихся на грудном вскармливании до 6 месяцев до 33,0% в 2021 году. В г. Улан-Удэ высокий уровень загрязненности атмосферного воздуха, превышение ПДК бензпирена установлено во всех жилых районах, отапливаемых печами и котлами, что усугубляет имеющийся дефицит у детей микронутриентов и витаминов, так как фактическое питание детей по результатам исследования является несбалансированным и дефицитным. Потребляют мяса ниже рекомендуемых 31,67%, рыбу – свыше 70,1%, овощи и фрукты – 70%, детей, доля детей с недостаточным потреблением кальция и магния с продуктами питания

составила 67,0%. Поливитаминные комплексы принимали 78% исследуемых детей и подростков в течение последних 12 месяцев, но все же продолжительность их приема является недостаточной. При оценке уровня 25(OH)D из обследованных 35 детей и подростков бурятов не отмечено адекватной нормы. При анализе 302 карт обращений в приемный покой, отказанным в госпитализации, антибактериальная терапия назначена в 92 случаях (30,4%).

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ЗАМЕДЛЕННЫМ РОСТОМ И НАРУШЕНИЕМ ПИТАНИЯ

Гомолко К.А. - Учреждение здравоохранения "Клинический родильный дом Минской области", Государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования» г. Минск, Республика Беларусь

Шишко Г.А. - ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» г.Минск, Республика Беларусь

Крамко Д.А. - ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г.Минск, Республика Беларусь

Артюшевская М.В. - ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования» г.Минск, Республика Беларусь. УЗ" Клинический родильный дом Минской области"

Kseniagomolko@gmail.com

Цель: проанализировать перинатальные факторы риска у недоношенных детей, установить значимость перинатальных факторов в группе недоношенных с замедлением роста и недостаточностью питания плода (ЗВУР).

Материалы: объект исследования – 169 недоношенных новорожденных- 2 группы:1-я - 80 недоношенных в сроке 28–33 недели (196–237дней) и 2-я- 89 недоношенных в сроке 34-36 недель (238-258 дней). Для формирования группы с ЗВУР проведена оценка физического развития по центильным шкалам Fenton T.R. с учётом срока гестации и гендера. По результатам 1-я группа разделена на 2 подгруппы:1А - 30 недоношенных детей с ЗВУР и 1Б- 50 недоношенных младенцев, соответствующих сроку гестации. 2-я группа- 2 подгруппы: 2А - 39 недоношенных детей с ЗВУР и 2Б - 50 недоношенных младенцев, соответствующих сроку. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета анализа данных «Statistica 12 и «MSExcel 7.0». Описание качественных признаков давалось в виде абсолютных величин (абс.) и относительных частот в процентах (%).

Результаты: проведен анализ перинатальных факторов риска у недоношенных детей в исследуемых группах. В группе 28–33 недели гестации: плацентарные нарушения достоверно чаще регистрировались в 1А подгруппе -27 случаев (90%); в 1Б подгруппе в 11случаях (22%), (p <0,0000). Инфекции мочеполовых путей во время беременности- статистически значимые различия в сравниваемых группах: 7 случаев (23,3%) в 1А и 0 случаев (0%) в 1Б подгруппах соответственно (p =0,0319). Преждевременный разрыв плодных оболочек в IБ подгруппе в 23 случаях (46%); в 1А подгруппе - 1 случай (3.3%) (p =0,0001). В группе 34–36 недель гестации: плацентарные нарушения достоверно в 2А подгруппе-21 случай (53,85%); в 2Б- в 10 случаях (20,00%) (p =0,0009). В подгруппах отмечены статистически значимые различия частоты инфекции мочеполовых путей— 10 случаев (25,64%) в 2А и 5 случаев (10,00%) и в 2Б подгруппах, соответственно (p =0,05005). Частота встречаемости гипертонии, преждевременного разрыва плодных оболочек не имели статистически значимых различий (p> 0,05).

Вывод. Приоритетные перинатальные факторы для недоношенных новорожденных с ЗВУР в исследуемых группах: в 28–33 недели- плацентарные нарушения и инфекции мочевых путей, в сроке 34–36 недель- плацентарные нарушения, преэклампсия и эклампсия и инфекции мочевых путей. Решающую роль играют факторы плацентарного комплекса и инфекционные факторы.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

Гончарова Татьяна Александровна - Донецкий национальный медицинский университет, Донецк, ДНР

Каракошенко Александр Дмитриевич - городская больница № 5, Донецк, ДНР

tania.silva.goncharova@gmail.com

По данным ВОЗ заболеваемость расстройством аутического спектра (РАС) среди детского населения мира составляет 1:160 детей и постоянно растет, с каждым днем. РАС полиэтиологическое заболевание, которое включает генетические, метаболические, энергетические аспекты патогенеза. Именно по этой причине необходимо изучать как психические особенности детей с РАС так и сопутствующие нарушения здоровья детей.

Цель: изучить особенности питания у детей с РАС и оценить влияние семейного пищевого поведения у детей с РАС. Изучить возможности коррекции пищевого поведения.

Материалы и методы: нами было проанализировано 39 анкет возрастом от 2-х до 12 лет, заполненных родителями детей с РАС. Использовалась авторская анкета, разработанная группой студентов Донецкого медицинского университета кафедры педиатрии №1.

Результаты: одинаковую пищу употребляют 31,7% детей с РАС, пищевая неофобия наблюдается у 45,1%детей, что является причиной развития гипер и гиповитаминозов. Искаженные пищевые привычки у детей, которые могут влиять на развитие высокого риска ожирения, аллергических состояний, функциональных нарушений ЖКТ (тошноты, которая наблюдалась у 5,6 % опрошенных детей, диарея - 8,3 %, запоры - 19,4 %) и других заболеваний, связанных с пищевым поведением. Нарушенное пищевое поведение у детей с РАС (поедание ниток, мела, льда, земли и других не пищевых обьектов) наблюдалось у 22,2 % детей. В пищевых привычках семьи отдается преимущество качественной мясной пище (27. 8 %) и хлебобулочным изделиям (13,9%). Также во время перекусов дети отдавали преимущество печенью 67.5%, фруктам - 34,5 % детей с РАС, йогуртам - 61,1 %, овощам - 30,6 %. У 44,4 % детей перекусы также способствуют нарушению формирования правильных пищевых привычек, что приводит к снижению интереса к пище у детей. У 16,7 % детей с РАС снижение интереса к пище проявляется в недоедании своей порции и снижению аппетита у 33,3 % детей с РАС.

Выводы: учитывая психологические особенности и состояние здоровья необходимо обращать внимание на формирование правильных пищевых привычек, придерживаться гигиены питания. Значимая роль в формировании навыков питания отводится семье. Поэтому для коррекции нарушения пищевого поведения у детей с РАС необходимо разрабатывать комплексные программы с использованием трансдисциплинарных команд (психологов, нутрициологов, неврологов, психиатров, логопедов).

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НООТРОПНОЙ ДИЕТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ НЕЙРОКОРРЕКЦИИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ

Гончарова Татьяна Александровна - Донецкий национальный медицинский университет, Донецк, ДНР

Каракошенко Александр Дмитриевич - городская больница № 5, Донецк, ДНР

Опурина Анна Владимировна - Центральная городская клиническая больница №1, педиатрическое отделение, Донецк, ДНР

tania.silva.goncharova@gmail.com

Выяснение влияния воздействия факторов экстремальных ситуаций на состояние здоровья будущих матерей и в последующем на психо-речевое развитие ребенка, является темой исследования ученых разных специальностей. По данным Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) на данный момент в условиях вооруженных конфликтов по всему миру (а это 22 страны) находится около 87 миллионов детей в возрасте до семи лет. В это число входят и дети Донбасса, проживающие на территории вдоль 427-километровой линии военного разграничения, где на протяжении 5 лет продолжаются бои на востоке Украины. Недостаточно изученными в настоящее время оказались вопросы: влияние хронического психоэмоционального стресса, социальных сложностей, на состояние здоровья матери и дальнейшее психо-речевое развитие ребенка, а также дальнейшие методы коррекции существующих расстройств. Известно, что хронический стресс будущей матери приводит к развитию хронической гипоксии плода, а в последующем у ребенка отмечается признаки гипоксического поражения ЦНС, который напрямую влияет на задержку психо-речевого развития.

Цель: изучить влияние ноотропной диеты в комплексной нейрокоррекции при нарушениях формирования психо-речевого развития у детей раннего возраста в условиях военных действий.

Материалы и методы: на протяжении 4 лет наблюдалась группа детей в возрасте от 2-х с половиной до 6 лет (80 человек с разным уровнем умственной задержки - главным образом легкого и среднего уровня и речевых нарушений) контрольную группу составили 40 детей. Пациентам основной группы назначали стандартную нотропную терапию в комбинации с ноотропной диетой. Контрольная группа основная группа 25 детей страдали выраженным моторным дефектом (группа детей с разными формами ДЦП), 15 детей с сохраненной двигательной активностью.

У 20 ребенка диагностирована задержка умственного развития, у 25 - дизартрия, преимущественно псевдобульбарная, у 11 - моторная алалия, у 2-х детей афазия (сенсомоторная). Всем пациентам была назначена ноотропная диета, которой они придерживались и далее. Этим больным проводилось психологическое тестирование в начале и в конце курса лечения, логопедическая коррекция языковых нарушений, все дети осмотрены психиатром.

Выводы: включение в процесс реабилитации ноотропной диеты позволяет близко подойти к решению проблемы более физиологической медицины и социальной адаптации детей с умственной задержкой и речевыми нарушениям.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Горелова Ж.Ю. - ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия
Соловьева Ю.В. - ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия
Александрова И.Э. - ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия

sobyanina95@inbox.ru

Актуальность. Рост числа обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) диктует необходимость изучения питания и пищевого поведения для оптимизации.

Цель. Изучить особенности питания и пищевого поведения школьников с ОВЗ.

Материалы и методы исследования. Анкетирование школьников, 16-18 лет с ОВЗ, г. Москвы. Гигиеническая оценка суточного рациона.

Результаты. Проведена гигиеническая оценка рациона питания школьников с ОВЗ (с неврологической симптоматикой) расчетным методом по меню-раскладкам, анализ их пищевых предпочтений. На завтрак обучающимся предложена молочная каша, вермишель на

молоке, бутерброд с сыром /колбасой, в качестве напитка - какао/кофе с молоком/чай, на второй завтрак - фрукты, йогурт, кефир. В обед - первое блюдо (суп овощной или на мясном бульоне), хлеб, на второе - гуляш с гарниром (рис/картофель/макароны, овощной салат), омлет, курица, рыба отварная, напиток - компот/кисель. Ужин – молочно-растительный (салат /оливье, винегрет/, каша), напиток (чай с лимоном, компот из сухофруктов, замороженных ягод). Вкусовые предпочтения обучающихся с ОВЗ представлены следующими продуктами – капуста, свекла, бобовые (фасоль, горох), огурцы, картофель, среди любимых отмечены грибы, куриные яйца, фрукты, сухофрукты (изюм), виноград, бананы, арбуз, дыня, семена подсолнечника. Из готовых блюд больше половины обследованных предпочитали творожную запеканку, макароны, сосиски, блины, сладкие газированные напитки, молоко, йогурт, какао, чай, минеральную воду. Вареные, запеченные и тушеные блюда - наиболее предпочтительный способ приготовления.

Заключение. Рацион школьников с ОВЗ в экспериментальной школе сбалансирован, содержит продукты растительного и животного происхождения: мясо, рыбу, птицу, молочные и кисломолочные продукты, разнообразен. В течение 2-х недель в рационе питания присутствуют мясные, молочные, кисломолочные продукты, ежедневно фрукты, овощи. Выявлен ряд несоответствий в рационе питания действующему СанПин (продукты, содержащие избыточное количество углеводов (выпечка), сладкие газированные напитки). Без адекватной двигательной активности перечисленные продукты могут стать причиной развития ожирения, сахарного диабета, метаболического синдрома. Необходима коррекция рациона - уменьшение блюд с избыточным количеством углеводов, замена овощами, натуральными кисломолочными продуктами.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕМАНГИОМ

Горобцова А.В. – ассистент кафедры детской хирургии, MD, НАО «Медицинский университет Астана». г.Астана, Казахстан. ***annagorobcova7@gmail.com***

Тастанбекова Ж.У. - ассистент кафедры детской хирургии, MD, НАО «Медицинский университет Астана». г.Астана, Казахстан. ***tastanbekova_doc@mail.ru***

Романов Д.В. - научный руководитель Центра сосудистых патологий. г.Москва, Российская Федерация

Карабекова Р.А. - ассоц. профессор, к.м.н., НАО «Медицинский университет Астана». г.Астана, Казахстан

Актуальность. Младенческая гемангиома (МГ) – распространенная доброкачественная сосудистая опухоль, встречается у каждого сотого ребенка, чаще у девочек. В настоящее время отсутствует единый алгоритм лечения МГ, сохраняется повсеместное применение малоэффективных и травматичных способов лечения, таких как склерозирование, хирургическое иссечение, криодеструкция, электрокоагуляция, либо терапия отсутствует вообще. Необоснованная терапия приводит к увеличению числа осложнений, недолеченных случаев, рецидивов, косметических дефектов у больных с МГ.

Цель исследования: провести анализ эффективности разработанного комбинированного способа лечения сложных форм гемангиом у детей.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 154 пациентов со сложными формами МГ различных локализаций в Центре Лазерной Медицины г. Астана в период с ноября 2021 по август 2023 года. Сегментарные формы составили 24 пациента (15,6 %), комбинированные формы - 124 больных (80,5 %), гемангиоматоз - 6 пациентов (3,9 %). Возраст больных от 1 месяца до 3 лет. Дети до 1 года составили 80,5 % (124 пациента). Преобладали девочки – 63,6% (98 пациентов), мальчики составили – 36,4 % (56 больных). В

лечении всех пациентов с МГ был применен комбинированный способ лечения (заявка на патент № 2022/0513.1 от 24.08.2022).

Результаты и обсуждение. Сущность комбинированного способа сложных форм МГ заключалась в двух этапах: 1-й этап в медикаментозном лечении МГ селективным бета-адреноблокатором (атенолол) и 2-й этап лазерная коагуляция сосудов на аппарате Asclepion Quadro Star Pro Yelow с длиной волны 577 нм желтого спектра (авторское свидетельство «Наш опыт применения лазерного излучения в лечении младенческих гемангиом» №27279 от 17.06.2022 года). Подбор медикаментозной терапии проходил амбулаторно под контролем кардиолога, хирурга, данных ЭКГ и анализа сахара крови.

Атенолол назначался в дозировке от 0,5 до 1 мг/кг веса ребенка в сутки в 2 приема. Стартовая дозировка 0,5 мг/кг/сутки, терапевтическая дозировка - 1 мг/кг/сутки.

Второй этап: лазерная коагуляция сосудов осуществлялось в режиме SCAN на лазерном аппарате Asclepion Quadro Star pro Yellow с длиной волны 577 нм желтого спектра (Германия). Применение лазерного лечения начинали через 1,5-2 месяца от начала медикаментозной терапии. Количество выполнения процедур было индивидуально и зависело от вида гемангиомы, в среднем требовалось от 3 до 5 процедур, с интервалом 1 раз в 1-1,5 месяца. Оценка результата от каждой процедуры лазерного лечения производилась не ранее, чем через 1 месяц. Средний курс лечения пациентов комбинированным способом составил 5 месяцев. Минимальный срок лечения 4 месяца, максимальный 10 месяцев.

Хороший функциональный и косметический результат получен у 94 % больных, 6 % пациентам потребовалось дальнейшее лечение остаточных изменений МГ (венулэктазий, общирных телеангиэктазий) в условиях специализированного лазерного центра на аппаратах с большей длиной волны 1064 нм (Cutera Excell V), для получения лучшего косметического эффекта.

Выводы. Применение комбинированного способа лечения МГ с использованием атенолола и лазерной коагуляции сосудов показывает хорошие и стойкие результаты, исключает развитие нежелательных осложнений, позволяет сократить сроки медикаментозной терапии.

УДК:612.617.54616-007.24(575.3)

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ВРОЖДЁННОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Давлятов С.Б., Сулаймонов С.Ч., Баходуров Ҷ.Т.
Кафедра детской хирургии ГОУ "Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан"
г.Душанбе, Республика Таджикистан

Давлятов С.Б. – профессор кафедры детской хирургии, e mail:***davlatov.s1962@mail.ru***
Сулаймонов С.Ч. – соискатель кафедры детской хирургии
Баходуров Дж.Т. – доцент кафедры детской хирургии

Введение. ВДГК встречается у 12 - 14% населения, у детей диагностируются в 0,6-2,3% случаев. Малоизученными остаются изменения параметров внешнего дыхания при ВДГК и их коррекция до операции [1,3]

Цель исследования: изучение влияния степени воронкообразной деформации грудной клетки на параметры функции внешнего дыхания у детей.

Материал и методы исследования. Нами изучены результаты лечения 44 детей с врожденной воронкообразной деформацией грудной клетки в возрасте от 7 до 18 лет. Мальчиков было 26(59%), девочек - 18(40,9%).

Согласно классификации по Гижитскину, дети были: со 2 степенью - 12 (27%), с 3 степенью - 32 (72%). По клиническому течению больные были распределены на компенсированную –

30(68%)), субкомпенсированную – 8(18%) и декомпесированную – 6(13,6%) стадии. По внешнему виду различали симметричный – 34(77,2%) и ассиметричный – у10 (22%) типы.

В алгоритм обследования детей ВДГК входили: внешний осмотр, обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекции, КТ грудной клетки, допплерография с определением центральной и легочной гемодинамики, спирография, газо- и негазообменные функции легких, ЭКГ, ЭХО КГ сердца и сосудов ЛЁГКИХ, цитогенетические метоы для верификации различных генетических синдромов.

Результаты исследования и их обсуждение. При обследовании у больных с третьей степенью ВДГК установлены функциональные нарушения со стороны органов средостения: смешение органов средостения у 92,5% детей, регургитация крови в митральном и трикуспидальном клапанах сердца и легочной - артериальная гипертензия установлены у 24 (54). При изучении ФВД выявили: вентиляционная недостаточность по рестриктурному типу у 12 (27,2%) и смешанному типу - у 6 (13,6%), повышение общего и легочного сосудистого сопротивления установлено у 58% и у 82% больных отмечены нарушения метаболической активности легких. В зависимости от степени изменения функции внешнего дыхания детям проведена индивидуальная предоперационная подготовка, которая в среднем продолжается от 7 до 10 дней.

Выводы:

1. Функциональное состояние органов грудной клетки зависит от степени деформации и определяется компрессией грудинно- реберным комплексом.

2.Необходимо комплексное обследование для выявления сердечно-легочных изменения и их дооперационной коррекции.

Литература

1. *Разумовский А. Ю., Алхасов А.Б., Разин М. П., и др. Сравнительная характеристика эффективности различных способов оперативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки у детей: Ортопедия травматология и восстановительная хирургия детского возраста. 2018 Т.6 Вып. 1. С.5.*
2. *Апросимова С.И. Оптимизация хирургического лечения воронкообразной деформации грудной клетки у детей и подростков... дис. канд.мед.наук, Москва 2020.*
3. *Гацуцын В.В., Наливкин А.Е., Кузьмичев В.А., Обоснование дифференцированного подхода в диагностике и хирургической коррекции воронкообразной деформации грудной клетки у детей// детская хирургия 2018 вып. 22 №4. С. 199-204*

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ В ГРУППЕ НЕОНАТАЛЬНЫЙ «NEAR MISS»

Девялтовская М.Г. - ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г.Минск, Республика Беларусь

Крамко Д.А. - ГУ «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», г.Минск, Республика Беларусь

Артюшевская М.В. - УЗ «Клинический родильный дом Минской области», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г.Минск, Республика Беларусь

Мосько П.Л. - УЗ «Клинический родильный дом Минской области», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г.Минск, Республика Беларусь

kramko.dzmitry@gmail.com

Цель исследования: изучение антропометрических показателей при рождении, основных форм заболеваемости и течения неонатального периода в группе «neonatal near miss» (NNM) недоношенных новорожденных детей.

Материалы. В исследование включены 248 недоношенных новорожденных детей, родившихся в сроке гестации менее 33 недель в Учреждении здравоохранения «Клинический родильный дом Минской области» в 2015-2022 гг. В основную группу NNM были включены 62 младенца, родившихся в сроке гестации менее 33 недель; масса тела была менее 1750 грамм; проведение искусственной вентиляции легких от 1 до 7 дней после рождения; при рождении уровень лактата в крови составил ≥4,0 ммоль/литр. Группу сравнения составили 186 недоношенных ребенка. Статистическая обработка данных осуществлялась в программах «Statistica 10 и «MSExcel 2021». Результаты представлялись в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей - Me (Q1-Q3). Описание качественных признаков давалось в виде абсолютных величин (абс.) и относительных частот в процентах (%). Для проверки гипотезы о различиях количественных признаков в двух независимых группах использовался U-критерий Манна–Уитни. Различия по качественным признакам оценивали по критерию Пирсона $\chi 2$.

Результаты. Младенцы группы NNM относительно детей группы сравнения при рождении имели более низкие антропометрические показатели: масса тела при рождении в основной группе составила 1355 г (1110 -1480), в группе сравнения – 1490 г (1180-1480) (U=4084, p=0,0006). Длина тела новорожденных в основной группе составила 40 см (38-42), в группе сравнения– 42 см (39-42) (U=4239, p=0,0065). Окружность головы новорожденных в основной группе составила 28 см (26-29), в группе сравнения – 28,75 см (27-29) (U=4152, p=0,0042). В неонатальном периоде заболеваемость детей группы неонатальный «near miss» превышала таковую у младенцев группы сравнения. У пациентов группы NNM достоверно чаще диагностировались дыхательные расстройства (p=0,0132), замедленный рост и недостаточность питания плода, (p=0,0077); ретинопатия недоношенных (p=0,0244). Необходимость в проведении искусственной вентиляции легких (p=0,0077) и длительность проведения оксигенотерапии (p=0,0021) была выше у младенцев группы NNM.

Анализ заболеваемости недоношенных детей, изучение течения неонатального периода является основой для разработки комплекса организационных-медицинских мероприятий данной категории пациентов.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ПЕРЕНЕСШИХ ЗАДЕРЖКУ ВНУТРИУТРОБНОГО РОСТА И РАЗВИТИЯ РАЗНЫХ ТИПОВ

Деревцов В.В. - МБУЗ Детский центр диагностики и лечения имени Н.А. Семашко, Москва, РФ

Неудахин Е.В. - ГБУЗ Научно-практический центр специализированной медицинской помощи детям имени В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, РФ

Деревцова А.В. - ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России, Смоленск, РФ

Vitaly21081981@yandex.ru

Введение. Анализ работы практикующих врачей свидетельствует о наличии вопросов, касающихся необходимости реабилитационных мероприятий у детей первого года жизни, перенесших ЗВУР разных типов.

Цель исследования – оценить состояние вегетативной нервной системы у детей первого года жизни, перенесших ЗВУР разных типов.

Материалы и методы. Дети грудного возраста, рожденные в срок в исходе осложненных беременностей, в том числе с задержкой роста плода с гипопластическим (1а подгруппа, n=15) и гипотрофическим (1б подгруппа, n=47) типами и без таковой (2-я группа, n=69), у женщин

с отягощенным соматическим и гинекологическим анамнезом, а также от физиологически протекавших беременностей у практически здоровых матерей (3-я группа, n=25). Дети осматривались на 2-3 сутки, в 1, 3, 6 и 12 месяцев жизни. Медицинское вмешательство не проводилось. Выполнялись осмотр и кардиоинтервалография. Сравнивали количественные данные двух зависимых выборок при помощи критерия Вилкоксона, двух независимых выборок – критерия Колмогорова-Смирнова, относительные частоты выборок при помощи сравнения 95% ДИ для относительной частоты

Результаты. Уровень симпатической активности у детей 1а и 1б подгрупп в сравнении с детьми 2-й группы статистически значимо ниже на 2-3 сутки и выше у детей 1а подгруппы в сравнении с детьми 1б подгруппы и 2 группы в 12 месяцев; у детей 1а и 1б подгрупп в сравнении с детьми 3 группы выше в 1, 3, 6 месяцев, а в 12 месяцев выше у детей 1а подгруппы и ниже у детей 1б подгруппы. В динамике от 2-3-х суток до 1 месяца статистически значимое повышение уровня симпатической активности выявлено у всех наблюдаемых, большее у детей 1а и 1б подгрупп. Зафиксировали статистически значимое снижение уровня симпатической активности у детей 1б подгруппы от 6 до 12 месяцев. Во все точки наблюдения у детей 1а (20, 21, 17, 23 и 36%) и 1б (40, 15, 18, 14 и 20%) подгрупп регистрировалась гиперсимпатикотония сочетающаяся с асимпатикотонической нейровегетативной реактивностью.

Заключение. Характер нарушений нейровегетативной регуляции свидетельствует о истощении гормонально-метаболических резервов, нейровегетативной дизрегуляции, развитии болезни. Необходимы коррекция режима, вскармливания, метаболическая терапия и физические методы реабилитации у детей первого года, перенесших ЗВУР разных типов.

К ВОПРОСУ СРОКОВ ЗАКРЫТИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ У ДЕТЕЙ

Дженалаев Б.К. - Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Досмагамбетов С.П. - Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Тусупкалиев А.Б. - Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Есеналина Н.С. - Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Бисалиев Б.Н. - Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Баубеков Ж.Т. - Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Изимбет К. - Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Табылды К.-Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан

Dossag2011@mail.ru

Ключевые слова: кишечный стомы у детей, показания, методы, сроки закрытия кишечных стом, осложнения.

Обоснования. Кишечные стомы являются неотьемлемой частью хирургического лечения тяжелых пороков развития тонкой и толстой кишок, при острых и хронических хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Формирование энтеро, -илео, -колостом в большинстве случаев носит экстренный характер и предусматривает первый этап, направлены на подготовку к окончательным реконструктивным восстановительным оперативным вмешательствам.

Цель: определение оптимальных сроков закрытия кишечных стом.

Методы. Проведен ретроспективный анализ истории болезней 87 детей, находившихся в клинике детской хирургии Западно-Казахстанского медицинского университета. Формирования энтеро-илео-колостом проводилось в возрасте от 2 суток жизни до 18 лет. Преобладали недоношенные дети с массой тела менее 1400,0 г.

Результаты. Показаниями к формированию кишечных стом, были: некротизирующий энтероколит новорожденных, атрезии тонкого кишечника, аноректальные пороки развития, разлитой гнойно-фибринозный перитонит с парезом кишечника III степени, болезнь Гиршпрунга, инвагинация кишечника с некрозом и разлитым перитонитом, Меккелев дивертикулит с перфорацией и перитонитом, персистирующая клоака. У 60% новорожденных детей выявлена сопутствующая патология в виде внутриутробной инфекции, пороков развития ЦНС, сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем и опорно-двигательного аппарата. Стомы тонкого кишечника были сформированы у 59, толстой кишки - у 28 детей. Сроки закрытия энтеростом зависели от уровня наложения стомы и объема потерь через стому, от динамики веса ребенка, осложнений и составили в среднем 3-8 недель. Закрытие толстокишечных стом проводилось в среднем в сроки 1-6 месяцев после ее формирования. Показаниями к закрытию явились неосложненное течение реконструктивно-восстановительного этапа, удовлетворительное состояние пациента, нормэргические показатели гомеостаза, прибавка в весе. Осложнения в виде диверсионного колита являлись абсолютным показанием к закрытию колостомы.

Заключение. Сроки закрытия кишечных стом зависят от ее уровня, вида, параметров гомеостаза и в каждом конкретном случае должно решаться индивидуально с целью достижения наилучшего результата и минимальных осложнений.

НЕЙРОСЕТЕВАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОДРОСТКОВ

Дубовая А.В. - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Науменко Ю.В. - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Дубовой И.К. - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

udovitchenko1992@mail.ru

Цель: разработать нейросетевую модель прогнозирования риска прогрессирования АГ у подростков.

Материалы и методы. Разработка методики прогнозирования АГ у подростков проведена в три этапа. В ходе первого этапа была сформирована обучающая выборка, которую составили сведения о подростках с АГ, которые находились на стационарном лечении в отделении детской кардиологии и кардиохирургии имени В.К. Гусака в период с 2016 по 2019 г.г. Из состава обучающей выборки сеть автоматически исключала некоторое количество значений для создания контрольной и тестовой выборок, необходимых для контроля над процессом «обучения». На втором этапе осуществляли «обучение» искусственных нейронных сетей по подаваемому на сеть набору обучающих данных. Для выбора оптимального типа нейронной сети провели его обучение на моделях: линейной сети, многослойном персептроне и сети с радиальной базисной функцией. Программа автоматически выбирала из одной тысячи

созданных моделей 5 наилучших. На третьем этапе выполняли тестирование модели путем сравнения прогнозируемых значений с набором известных данных, которые ранее на сеть не подавались. Верификация прогноза проводилась путем анализа качества прогноза с использованием абсолютных и сравнительных показателей его точности.

Результаты. В качестве обучающих данных нами были приняты показатели заболеваемости АГ детей Донецкой Народной Республики за период с 2016 по 2020г.г. На вход нейронной сети подавали 225 наблюдений, из них при постоянном перемешивании выделяли по 15% наблюдений для контроля и тестирования. С помощью мастера решений был запущен процесс «обучения». Наилучший результат из всех типов нейронной сети показал многослойный персептрон. Обучение его проводили методом сопряженных градиентов и обратного распространения ошибки. При построении модели с помощью генетического алгоритма отбора были выделены пять наиболее значимых факторов, влияющих на риск прогрессирования АГ у детей: содержание 25(OH)D в сыворотке крови; полиморфизм гена AGT: 704 T>C; повышенная экскреция валина в моче; отягощенный семейный анамнез по АГ; курение подростка. Чувствительность модели составила 80 %, специфичность – 85 %.

Выводы. Разработанная модель прогнозирования риска прогрессирования АГ у подростков обладает высокой прогностической способностью – 0,82, чувствительностью – 79,5% и специфичностью – 85,1%.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ СТРЕПТОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ПРОТЕЗИРОВАННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА И КАРДИОСТИМУЛЯТОРОМ

Егоренков А.А. - ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г.Москва, Россия

art101e@yandex.ru

Описание клинического случая: Девочка, 16 лет. В анамнезе механический протез митрального клапана, биологический протез трикуспидального клапана, двухкамерный электрокардиостимулятор. Со 02.10.22 со слов мамы повышение температуры до 39,7 С, рвота 4-5 раз, сыпь на лице, жидкий стул, сыпь по всему телу, изменение цвета мочи. 04.10.22 госпитализируется по СМП в ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского. Состояние тяжелое, 12 баллов по шкале комы Глазго. Живот при пальпации напряженный, болезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Сатурация 96%, ЧДД 24/мин, дыхание жёсткое, хрипов нет. АД 90/55, ЧСС 118, тоны сердца приглушены, щёлкающий шум протезированных клапанов. Моча цвета заварки. Множественная симметричная петехиальная сыпь. Пациентка направлена в ОРИТ. Предварительный диагноз инфекционный эндокардит. В ОАК лейкоциты 14,76x10^9/л, нейтрофилы 82%, Hb 100 г/л, тромбоциты 30x10^9/л. В б/х крови креатинин 85 мкмоль/л, билирубин общий 153 мкмоль/л, билирубин прямой 112 мкмоль/л, АЛТ 116 ЕД/л, АСТ 142 ЕД/л, АЧТВ 108 сек, D-димер 70197 нг/мл, лактат 4,2 ммоль/л. pH 7,2, BE= -7,3 ммоль/л. На кт огк картина двусторонней полисегментарной пневмонии, выпот в плевральной полости, камеры сердца выражено расширены. Узи показало малый гидроперитонеум, гепатоспленомегалия, увеличение и ассиметрия почек. На ЭхоКГ стеноз митрального клапана, увеличение левых отделов сердца, сократительная способность левого желудочка снижена, фракция выброса 30%. 05.10.22 отмечается нарастание гипотонии, начата кардиотоническая поддержка добутамином. Пациентка переведена на ИВЛ. Развивается острая почечная недосточность. В посеве крови обнаружен Streptococcus pyogenes. 06.10-20.10 состояние нестабильное, явления полиорганной недостаточности. ДВС-синдром, вторичная тромботическая микроангиопатия. Проводится гемодиализ. Тропонин I 0,69 нг/мл, BNP более 5000. 21.10.-24.10 стабилизация гемодинамики, ФВ увеличивается до 50-54%. Сохраняется

стойкая фебрильная лихорадка, инфекционно-воспалительный процесс в легких. В дальнейшем происходит регресс синдрома системного воспаления, нормализация общего состояния. 07.11 девочка переводится для дальнейшего лечения в инфекционное отделение №4, а позднее в отделение кардиологии ДГКБ им. З.А. Башляевой.

Выводы: пациентам с признаками инфекционного процесса и, имеющих внутрисердечные устройства, необходимо как можно более раннее назначение АБ-терапии

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯЛЕНИЯ И ПСИХОЭМОЦИАНАЛЬНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА

Ершова И.Б. - ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, ЛНР, Российская Федерация

Петренко Оксана Васильевна - ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, ЛНР, Российская Федерация

Рещиков Виталий Анатольевич - ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, ЛНР, Российская Федерация

Бондаренко Галина Григорьевна - ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, Луганск, ЛНР, Российская Федерация

oksana.petrenko.1985@list.ru

Клинические прояления и психоэмоцианальный статус детей после перенесенного Лайм-боррелиоза Данные литературы говорят о том, что, что у части пациентов с адекватно пролеченным Лайм-боррелиозом (ЛБ) могут продолжительно сохраняться соматические и/или нейрокогнитивные симптомы даже при отсутствии персистенции боррелий в организме. В данном случае речь идет о, так называемом, «постлечебном синдроме болезни Лайма (ПСБЛ), что может привести к неоправданной антибиотикотерапии.

Целью исследования было изучить клинические проявления ПСБЛ у детей после перенесенного иксодового клещевого боррелиоза, для выбора оптимального подхода к ведению таких пациентов.

Материалы и методы. Под наблюдением было 45 детей 7–18-ти лет (основная группа) – реконвалесцентов БЛ. Критериями включения были зафиксированный эпизод ранней или поздней стадии БЛ в анамнезе; разрешение или стабилизация объективных проявлений инфекции у пациента после окончания лечения БЛ; сохранение любого из субъективных астеновегетативных симптомов в течение 6–24-х месяцев от момента окончания антибактериальной терапии. Критерии исключения: заболевания или состояния, которые могли бы объяснить жалобы пациента, позитивный результат обнаружения B. burgdorferi. Группа контроля 37 детей, сопоставимых по возрасту и полу, соматически здоровые, не болевшие БЛ. Проведен осмотр, опрос с использованием методик психологического тестирования.

Выявлено, что такие усталость, раздражительность и головные боли, трудности с концентрацией внимания и запоминанием по частоте преобладали в основной группе ($p<0,01$). Проявления астеновегетативного синдрома зафиксированы у 28 чел. (62,2%). 16 (35,6%) детей жаловались на артралгии, миалгии, головные боли, боли, что также было чаще ($p=0,02$), чем в группе контроля. 7 (15,6%) детей проявляли пессимизм в отношении благоприятного прогноза своего состояния. Объективные проявления когнитивных нарушений зафиксированы у 22 (48,9%) пациенто с ПСБЛ ($p=0,005$), остальные показали удовлетворительные результаты.

Выводы. Более чем у 60% детей с ПСБЛ длительно сохранялись субъективные жалобы при отсутствии объективных признаков персистирующей инфекции, что в 3,3 раза чаще, чем в группе не инфицированных детей. Рекомендованы методики психо- и, физиотерапии, при необходимости — симптоматическая медикаментозная терапия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОДИЕТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С АСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ершова И.Б. - ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Свт. Луки» МЗ РФ, г. Луганск, Луганская Народная Республика Российской Федерации

Роговцова А.Г. - ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Свт. Луки» МЗ РФ, г. Луганск, Луганская Народная Республика Российской Федерации

Левчин А.М. - ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, г. Ростов-на-Дону, Россия

alena.stetsenko.2020@mail.ru

На протяжении последнего десятилетия наблюдается учащение регистрации астенического синдрома у детей школьного возраста. Наряду с медикаментозной составляющей в реабилитационном комплексе астении немаловажную роль играет нутритивная поддержка.

Целью исследования стало изучение эффективности алиментарной коррекции в комплексе реабилитационно-восстановительных мероприятий у детей с реактивным астеническим синдромом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 68 детей с астеническими расстройствами разного генеза. Для оценки симптомов астенического синдрома и их динамики использовались: шкала MFI-20, 10-балльный вариант ВАШ, опросник Вейна, шкала Спилбергера. Для расчёта энергетической ценности рациона применяли уравнение Харрисона-Бенедикта, метод Крика, а также нормы потребности в пищевых веществах и энергии для РФ. Дети, вошедшие в исследование, были разделены на 2 группы. 1-я (основная – 32 ребёнка), эта группа получала наряду с базисной фармакотерапией нейродиетический комплекс. Кроме этого, в рацион питания включались витаминно-минеральные комплексы, содержащие ПНЖК. 2-я (контрольная – 36 детей) группа получала только базисную фармакотерапию.

Обсуждение полученных результатов. На начало исследования у детей обеих групп отмечались жалобы общую слабость, истощаемость, вялость, дневную сонливость. Через месяц, в конце лечения, в основной группе детей определялось достоверно значимое уменьшение чувства повышенной утомляемости, сохранилось только у 4 (12,5%) детей после комплексной реабилитации ($p<0,001$), сердцебиения (у 5 (15,6%) детей к 20 (62,5%) до начала лечебно-восстановительных мероприятий ($p<0,01$), миалгий - у 2 (6,25%) детей к 11 (34,4%) на начало исследования, ($p<0,05$), раздражительности - у 3 (9,4%) детей к 21 (65,6%) при первоначальном тестировании ($p<0,01$), головной боли - у 3 (9,4%) детей к 16 (50,0%) соответственно ($p <0,01$). В контрольной группе достоверно статистически значимо уменьшились только два показателя: повышенная утомляемость, которая на момент начала исследования регистрировалась у всех детей и стала определяться только у 12 (33,3%) в конце, а также раздражительность, встречавшаяся у 22 (61,1%) обследуемых в начале и у 11 (30,6%) детей в конце ($p <0,001$).

Выводы. Полученные данные демонстрируют целесообразность использования нейродиетологии в комплексных лечебно-восстановительных мероприятиях при астеническом синдроме у детей.

ВЛИЯНИЕ ГЕНА VDR НА ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Жекайте Е.К. - ГБУЗ МО "Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области", Москва, Российская Федерация

Кондратьева Е.И. - ГБУЗ МО "Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области", Москва, Российская Федерация

Лошкова Е.В. - ГБУЗ МО "Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области", Москва, Российская Федерация

Воронкова А.Ю. - ГБУЗ МО "Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области", Москва, Российская Федерация

elena_zhekayte@mail.ru

Влияние низкого уровня витамина D на функцию легких, частоту обострений и осложнений при бронхиальной астме продолжает изучаться. Вклад экзогенных факторов и генетической регуляции, в том числе влияния гена VDR, неясен.

Целью исследования было проведение ассоциативного поиска между генетическими вариантами (c.1206T>C, c.1175-9G>T, c.152T>C, c.1174+283G>A) гена VDR с клинически значимыми проявлениями заболевания и осложнениями.

Материалы. Полиморфные варианты гена VDR были идентифицированы у 160 пациентов (средний возраст 11,7 ±3,9 лет) с бронхиальной астмой. Анализ полиморфных вариантов гена VDR проводили методом рестрикционного анализа.

Результаты. Тяжелое течение астмы и ринит чаще наблюдались у пациентов с генотипами AA и GA полиморфизма BsmlI (c.1174+283G>A), генотипами TT и CT полиморфизма c.1206T>C(A>G) TaqI, генотипами T и TC c.152T>C FokI гена VDR. Носители генотипа CC c.1206T>C(A>G) TaqI были менее склонны к тяжелому течению астмы и не нуждались в биологической терапии ($p<0,05$). Носители генотипа TT генетического варианта c.1206T>C(A>G) TaqI, носители генотипа CC c.152T>C FokI и носители генотипов AA и GA полиморфизма BsmI (c.1174+283G>A) чаще реализовывали все три компонента "атопического марша" ($p<0,05$).

Заключение. Подтвержден вклад изученных генетических вариантов: c.1206T>C(A>G) TaqI, c.152T>C FokI, BsmlI (c.1174+283G>A) гена VDR в формирование течения бронхиальной астмы. Работа выполнена в рамках НИР «Закономерности и механизмы снижения минеральной плотности кости у здоровых детей и при различных моделях воспаления (микробно-воспалительной, аллергической, метаболической и аутоиммунной). Совершенствование профилактики и терапии в реальной клинической практике», номер госрегистрации 121122200169-1.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ БИОМАРКЕРЫ ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Журавлева Л.Н. - Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Республика Беларусь

liudmilaz@mail.ru

Бронхолегочная дисплазия (БЛД) — синдром дыхательной недостаточности, вызванный хроническим повреждением паренхимы легких, преимущественно у недоношенных детей. Необходим поиск объективных биомаркеров, точно отражающих тяжесть и степень повреждения легких. **Целью** нашего исследования было определение уровней БКК и KL-6 сыворотке крови у недоношенных детей с врожденной пневмонией, у которых в последствии была диагностирована БЛД. Данное проспективное когортное исследование проводилось в 2019-2021 году среди недоношенных новорожденных с врожденной пневмонией, у которых впоследствии развилась бронхолегочная дисплазия. Уровни KL-6 и БКК в сыворотке крови мы определяли на 7 и 14 день жизни. Были обследованы 78 недоношенных ребенка. БЛД было выявлено у 25 из этих детей. На 7-й и 14-й день после родов уровни KL-6 у новорожденных с БЛД (126,5±18,2 нг/мл и 105,7±15,4 нг/мл соответственно) были значительно выше, чем у детей без БЛД (78,9 ± 15,1 нг/мл и 69,5 ± 10,2 нг/мл.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ГЛАЗА У ДЕТЕЙ

Зиезода М.Р., Рахматова Р.А. - ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии», г.Душанбе, Таджикистан

Актуальность. В настоящее время травма глаза не теряет свою значимость в структуре офтальмо патологии, а число пострадавших может доходить 114,5 пострадавших на 100 000 человек. По данным статистического анализа причин первичной инвалидности по зрению в Республики Таджикистан одним из лидирующие мест в структуре являются последствия травмы органа зрения - 11,4%. Травмы глаз являются основной причиной монокулярной слепоты у детей, которые составляют более ⅓ случаев всех травм глаз. Национальным обществом по предотвращению слепоты установлено, что 90% всех травм глаза можно предотвратить. В этом вопросе крайне важно накопление максимального объема эпидемиологической информации для составления соответствующих рекомендаций и организации первичной и вторичной профилактики.

Цель исследования: оптимизация методов диагностики и комплексного лечения при травмах глаз у детей в зависимости от характера и тяжести травм.

Материал и методы исследования. Нами проанализирован 78 случай травмы глаз у детей, которые поступили для стационарного лечения в Национальный медицинский центр Шифобахш РТ. При анализе использовали следующие критерии: возраст, пол, механизм травмы, место ее получения, тип травмы, острота зрения, время поступления в стационар от момента травмы, наличие осложнений. В зависимости от возраста пациенты распределились следующим образом: до 2 года - 4 больных, 3–5 лет - 12, 6–9 лет - 25, 10–12 лет - 14, 12–17 лет - 23. Таким образом, большая часть травм глаза выявлена у детей среднего и старшего возраста. Средний возраст детей с травмой глаза составил 10,8±4,4 года, медиана - 11 лет.

Из офтальмологических методов исследований учитывали только остроту зрения при поступлении и после проведенного лечения.

Результаты и их обсуждение. Результаты проведении исследование показало, что боле 85% больных детей поступил после 24 часа после получение травмы. В зависимости тяжести и характера повреждение проводили комплексное лечебное мероприятие и экстренные хирургические вмешательство.

Острота зрения улучшилась после проведенного лечения у 61% пациентов. Так, контузия глаза чаще всего была причиной низкой остроты зрения (<0,1) при поступлении почти в 37% случаев, при выписке - в 17,4% случаев. Острота зрения <0,4 при выписке сохранялась у 16 пациентов, из них 2 больных поступили с открытой травмой глаза и 14 - с закрытой (12 случаев контузии, 2 - несквозные раны). 13 из них поступили в сроки >1 нед после получения травмы.

Зависимость остроты зрения при выписке от сроков поступления в стационар после травмы была проанализирована у 43 пациентов. Сроки поступления разделили таким образом: <6 ч, 6–24 ч, 1–3 сут, >3 сут. Было отмечено, что наибольший процент пациентов с остротой зрения при выписке 0,4–1 отмечали в группе поступления <6 ч, а пациентов с остротой зрения <0,4 было достоверно больше в группе, поступившей через 3 сут после травмы.

Выводы. Среди пациентов с травмой глаза преобладали мальчики (81%). Средний возраст детей с травмой составил 10,8± 4,4 года. Наиболее частым местом получения травмы оказалась улица (41%). На окончательную остроту зрения в нашем исследовании наибольшее влияние оказывали время, прошедшее от момента травмы госпитализации, тяжесть травмы, а также состояние глаза до травмы.

ЛЕЧЕНИЕ НЕРЕФЛЕКСИРУЮЩЕГО МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ

[1]Ибодов Х., [2]Мираков Х.М., [2]Рофиев Р., [3]Икромов Т.Ш., [1]Ибодов Н.С.
[1]НОУМедико-социальный институт Таджикистана, г.Душанбе
[2]ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения
Республики Таджикистан, г.Душанбе
[3]ГУ Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии
Республики Таджикистан, г.Душанбе

Актуальность. В настоящее время интересы хирургов сосредоточены на поиске менее травматичных методов лечения. Одним из таких методов является баллонная дилатация и стентирования мочеточника. Этот метод служит альтернативой хирургическому лечению нейромышечной дисплазии везикоуретерального сегмента.

Цель исследования: оптимизация дифференцированного лечения нерефлексирующего мегауретера у детей.

Материал и методы исследования. Изучены результаты лечения мегауретера у 110 детей. Из них 84 (76,4%) оперированы. Возраст детей от 0 до 16 лет. Степень мегауретера была следующей: I ст. - 25 (22,8%), II ст. – 43 (39,0%), III ст. - 31(28,1%) и IV степень – 11 (10,0%). У 28 (25,5%) детей мегауретер диагностирован внутриутробно. У всех 110 детей с мегауретером диагностирована хроническая болезнь почек (ХБП): I ст. - 45 (40,9%); II ст. - 34 (30,9%); IIIа ст. - 12 (10,9%); IIIб ст. - 7 (6,4%); IV ст. - 10 (9,1%); V ст. - 2 (1,8%). У 78 (70,9%) детей выполнены стентирование мочеточника: I ст. мегауретера –18 (23,1%), II ст.–34 (43,6%) и III ст. –19 (24,4%), IVст. -7 (9,0%). Детям с нарушением уродинамики в дистальном отделе мочеточников были проведены полные клинические, биохимические и рентгенологические исследования.

Результаты исследования. Стентирование мочеточников проведено с целью динамического наблюдения за сокращением мочевыделительной системы (баллонная дилатация, затем стентирование). Из 78 детей у 26 (23,6%) балонная дилатация со стентированием оказалось эффективным. Средняя продолжительность нахождения стента в мочеточнике составила 23±3,0 дня. Использован метод малой хирургии (перкутанная пункционная нефростомия) у 8 детей с мегауретером III и IV степени, осложненным инфекцией, чрезмерным расширением ЧЛС, уменьшением паренхимы почек и частичной потерей функции. Двойное дренирование МВС при мегауретере III – IV степени, осложненном инфицированием и пионефрозом у 20 детей (11 с инфицированным уретерогидронефрозом и 9 с пионефрозом). После улучшения состояния, через 25 ±1,3 дней после двойного дренирования было проведено поэтапное радикальное хирургическое лечение. Оперативные вмешательства у 84 детей: по методу Политана - Лидбеттера (29), Коэна (20) и экстравезикальная реимплантация мочеточника с антирефлюксной защитой (35).

Обсуждение. Отведение мочи способствует стабилизации состояния ребенка и откладывает выполнение радикального оперативного вмешательства на более поздний период. Как практика показывает, пункционная нефростомия способствует декомпрессии полостной системы почки, санации и сокращение этой системы. Однако, на сокращение мочеточников мало влияет. Это может негативно сказаться на проведении операции реимплантации мочеточника и в послеоперационном периоде.

Выводы. В случае мегауретера у детей раннего возраста целесообразно проведение бужирование и балонную дилятацию уретеровезикального соустья со стентированием. Использование метода экстравезикальной реимплантации мочеточника с антирефлюксной защитой является эффективным способом лечения нарушения уродинамики дистального отдела мочеточников у детей. Показаниями для оперативного лечения являются значительные угнетения функции почек, чрезмерная дилатация мочеточника и чашечно-лоханочной системы, а также длительный некоррегирующий воспалительный процесс в почке.

СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ ДЕТСКОЙ СМЕРТИ

Калыкова А.А. – Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, г.Бишкек, Кыргызская Республика

kalykova.aruuke@bk.ru

Синдром внезапной детской смерти (СДВС) - называют необъяснимую смерть младенцев перинатального периода до 1 года, при котором, причина смерти остаётся неизвестной после вскрытия тела, осмотра места случившегося и изучения клинической истории.

Цели:

1. Рассказать о рисках и как обезопасить своего ребенка;

2. Провести анализ и выявить причины смертности; 3. Открыть площадку для обсуждения и продвижения данной проблемы.

Почему это важно и с общественной и с научной точки зрения? СВДС – актуальная проблема, не зависящая от страны, тем не менее, в США и странах СНГ данную проблему расценивают по-разному. В США ведется статистика по внезапной детской смертности, выпускаются книги по сохранению жизни ребенка, проводятся исследования по нахождению причин, ведётся просвещение родителей о целях безопасности. В странах СНГ СВДС не рассматривали до этого момента. В 2022 году в КР умерли 2.151 ребенок в возрасте до года, 57.6 % из них по причине незрелости легких, изменения мозга, врожденная пневмония и др. В эти 58% также входит СВДС. Мы не знаем о точных рисках и причинах возникновения, однако всё же есть способы понизить возможность смерти. Это соблюдать правила ухода за ребенком, которые я рассмотрю. С научной стороны особенностью этой темы является то, что причина смерти детей остаётся неизвестной даже после тщательного анамнеза.

Проведя анализ уже имеющихся исследований, я выделила и расскажу о самых весомых **причинах**:

1. Недоразвитость участков головного мозга. У детей, умерших от СВДС, нарушен механизм связывания субстанции Р с рецептором NK1R, находящимся в головном и спинном мозге. Субстанция Р и рецептор NK1R играет критическую роль в контроле мозгом дыхательной системы, системы кровообращения, и реакции тела на гипоксию. Иначе говоря, мозг младенца с таким отклонением не всегда способен создавать двигательную реакцию на угрожающие жизни моменты, возникающие во время сна – например, когда подушка или одеяло закрывают дыхательные пути ребенка.

2. Врожденные пороки развития плода;

3. Преждевременные роды;

4. Асфиксия. СВДС – не болезнь, а результат.

К сожалению, лечение, которое мы можем дать родителям потерявших детей – это объяснение смерти. А чтобы не дойти до такого результата, для родителей нужно вводить просветительские мероприятия.

Целью моей работы было дать начало качественному данной проблемы, что в будущем приведет к снижению процента смертности.

РЕГУЛЯТОРНЫЕ ЦИТОКИНЫ ПРИ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ ФОРМАХ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Камилова А.Т., Ахмедова И.М., Султанходжаева Ш.С., Геллер С.И.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
Республики Узбекистан

shozoda07@gmail.com

В настоящее время аллергические заболевания доминируют в списке наиболее распространенных хронических заболеваний у детей. Растущая распространенность пищевой аллергии, тяжесть ее клинических проявлений и возможность развития пероральной толерантности к пищевым продуктам побуждают к изучению причин возникновения этого заболевания и поиску механизмов профилактики пищевой аллергии у детей.

Цель: определение уровней регуляторных цитокинов: трансформирующего фактора роста β1 (TGF β1), интерлейкина 10 (IL-10) и фактора некроза опухоли α (TFNα) при гастроинтестинальной пищевой аллергии у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением было 109 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 3 лет. Из числа обследованных больных 72 были с диагнозом синдром энтероколита, индуцированного белками пищи (СЭИБП) и 37 с аллергической энтеропатией (АЭ).

Результаты исследования. Из 72 пациентов СЭИБ, 46 (63,9%) имели повышенные значения Ig E, (128, 3±30,0 МЕ/л), среди больных с АЭ таковых было 20 (54,1%), а средние значения составили 67,1±19,1% МЕ/л. Ведущей причиной развития аллергии у наблюдаемых детей были белки коровьего молока (100%). Значения TGF-β1 были повышены во всех группах пациентов, более высокие показатели TGF-β1 констатированы в подгруппе с высокими значениями Ig E, соответственно 42,01±7,5 pgml и 25,4±6,3 pgml, $p < 0,05$, при АЭ эти значения были ниже и составляли 33,7 ±15,4 pgml в первой подгруппе 30,2±2,8 pgml при норме 0,43±0,2 pgml. IL-10 среди пациентов с СЭИБП имел разные значения в зависимости от уровня Ig E. В подгруппе детей с СЭИБП при повышенных значениях Ig E - 42,8±14,2 pgml, а при низких значениях Ig E–25,4±6,3 pgml (контроль - 10,7±2,3 pgml). Среди пациентов с АЭ эти цифры составили 52,4±16,6 pgml (при повышенных значениях Ig E) и 15 ±3,5 pgml (при нормальных показателях Ig E). Уровень TFNα был достоверно повышен при обеих формах заболевания, наиболее высокие значения отмечены в группе пациентов с наиболее тяжелой формой заболевания: СЭИБП, ассоциированный с высокими значениями IgE: 11,2 pgml, между тем показатели здоровых детей составили 4,3±0,7 pgml. ($p<0,05$).

Заключение. Полученные данные убедительно доказали, наличие влияния уровней TGF β1, IL-10 и TFNα на активацию аллергического процесса.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ЦЕЛИАКИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СТРЕССОВОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИЕЙ И ЭКССУДАТИВНОЙ ЭНТЕРОПАТИЕ

Камилова А.Т. - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗРУз, г.Ташкент, Узбекистан

Усмонова К.Ш. - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗРУз, г.Ташкент, Узбекистан

Дустмухамедова Д.Х. - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗРУз, Узбекистан, г.Ташкент, Узбекистан

Махмудов А.С. - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии МЗРУз, Узбекистан, г.Ташкент, Узбекистан

kamola.u.sh@gmail.com

Введение. Целиакия —энтеропатия, вызванная повреждением ворсинок тонкой кишки при употреблении в пищу глютена у генетически предрасположенных людей. Клиническая картина заболевания часто может вводить в заблуждение, что приводит к поздней диагностике.

Результаты. Ребенок до года развивался соответственно возрасту. С 1 года началась диарея, вздутие живота по поводу чего неоднократно лечилась амбулаторно, стационарно, но эффекта не было. Состояние девочки прогрессивно ухудшалось, похудела, начались отеки, перестала ходить. В тяжелом состоянии в 2 летнем возрасте родители самотеком обратились

в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии в крайне тяжелом состоянии, ребенок был госпитализирован в отделение реанимации, где находился 23 дня. На основании обследования была установлена целиакия, осложненная стрессовой гипергликемией и экссудативной энтеропатией. Антитела к тканевой трансглутаминазе Ig A - 150,1 Е/мл (при норме < 10 Е/мл). За время нахождения в стационаре гемоглобин длительно оставался низким, была проведена гемотрансфузия. Показатели общего белка и альбумина также оставались длительно низкими, отмечалось повышение АСТ во время пребывания в стационаре. Уровень глюкозы на 3 сутки повысился до 16 ммоль/л, затем на фоне инсулина 2 ЕД, стабилизировался в течение 6 суток. Через 6 мес. после лечения уровень глюкозы нормализовался. Состояние девочки улучшилось: она стала активной, начала ходить, беспокойство уменьшилось. Отеки на ногах и руках прошли. Дышала самостоятельно, температура была в пределах 37С, прибавка веса за время госпитализации составила 1100 гр. Матери были даны дальнейшие рекомендации по ведению ребенка. Девочка была осмотрена через 6 мес. За указанный период на фоне аглютеновой диеты она прибавила в весе 7 кг и выросла на 12 см, т. е. имеющаяся до этого белково-энергетическая недостаточность была полностью устранена.

Выводы. Это первый случай стрессовой гипергликемии, описанный у больного с Ц. Данный клинический случай у девочки с классической формой целиакии, но с поздней диагностикой, осложнившейся стрессовой гипергликемией и экссудативной энтеропатией. Практикующие врачи должны быть внимательны при наличии гастроинтестинальных симптомов, трудно поддающихся терапии. Ранняя диагностика очень важна для предотвращения тяжелых осложнений.

НОВЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ СЛОЖНЫХ ФОРМ МЛАДЕНЧЕСКОЙ ГЕМАНГИОМЫ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АТЕНОЛОЛА В КОМБИНАЦИИ С ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИЕЙ СОСУДОВ

Карабекова Р.А., Аипов Б.Р., Тастанбекова Ж.У., Горобцова А.В.
Клиника лазерной медицины,
г. Астана, Казахстан

Аипов Б.Р - M.D, врач-кардиолог, e-mail: ***baurjan9722@gmail.com***

Актуальность. Одним из современных и эффективных направлений в лечении младенческих гемангиом (МГ) у детей является медикаментозная терапия препаратами из группы бета-адреноблокаторов. Учитывая положительный опыт и результаты медикаментозного лечения (МГ) селективными бета-1-адреноблокаторами, по данным мировой литературы, начато применение препарата «Атенолол» в амбулаторных условиях. Одними из побочных явлений препарата могут быть изменения в работе сердца (брадиаритмии, артериальная гипотензия и т.д.), что настораживает лечащих врачей и родителей пациентов в процессе лечения.

В связи с этим встает необходимость изучения частоты негативного влияния бета-1-адреноблокаторов на сердечно-сосудистую систему больных при лечении МГ.

Материалы и методы исследования. Дизайн исследования: проспективное когортное исследование. Исследование включает данные за период с 2020-2023г. Выборка пациентов: 135 пациентов до 18 лет с диагнозом МГ. Средний срок терапии: 7 месяцев. Терапия состоит из 2х этапов: 1-й этап: лечение селективными бета-адреноблокаторами (атенолол детям от 1-го месяца до 3-х лет в дозировке от 0,5 до 1 мг/кг веса 2 р/сут) и 2-й этап: лазерная коагуляция сосудов под местной анестезией. Перед назначением препарата проводится кардиологическое обследование (ЭКГ, ЭХОКГ, консультация кардиолога). В дальнейшем проводится динамическое наблюдение и коррекция дозировки препарата под контролем кардиолога.

Результаты. По данным ЭХОКГ у 30 больных (22%) открытое овальное окно (ООО), дефект межпредсердной перегородки у 5 больных (3,7%), у 1 пациента (0,7%) выявлена дефект межжелудочковой перегородки (в возрасте 3 мес).

Результаты ЭКГ пациентов до применения консервативной терапии атенололом: Синусовый ритм у 100% выборки, у 1 пациента нарушение проводимости ритма по типу неполной блокады правой ножки пучка Гиса (НБПНПГ). Анализ результатов ЭКГ после проведения консервативной терапии не выявил отклонений в сердечном ритме больных. Минимальная ЧСС – 110 уд/мин, максимальная – 163 уд/мин. Снижение ЧСС после применения препарата не более 20% от исходного (в пределах нормальных возрастных значений). У 1 пациента с наличием НБПНПГ в динамике не выявлено признаков ухудшения состояния. Лазерное лечение было проведено у больных с поверхностными формами МГ, как самостоятельный способ лечения в 40 % случаев и в дополнении к терапии атенололом у 90% больных. В 100% случаев получены положительные результаты лечения.

Обсуждение и выводы. Системное применение бета-1-адреноблокаторов в эффективной минимальной дозировке при лечении младенческих гемангиом у детей – не вызывает патологических изменений сердечного ритма и не ухудшает имеющиеся патологические состояния сердечно-сосудистой системы, что обосновывает безопасность применения в детском возрасте.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Карабекова Р.А., Тастанбекова Ж.У., Горобцова А.В., Шарипова Д.Р.
«Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

Все сосудистые мальформации являются результатом нарушения формирования эмбриональной сосудистой системы с 4–8-й по 19–20-ю неделю развития плода. Степень распространенности КАД - 3–5 случаев на 1000 новорожденных, отличительные признаки - большое число аномально расширенных кровеносных сосудов без признаков пролиферации эндотелия в папиллярном и частично ретикулярном слоях дермы, не подвергаются самопроизвольной инволюции и прогрессируют с возрастом. Размеры пятен варьируют от нескольких миллиметров до половины поверхности тела, площадь увеличивается пропорционально росту ребенка, около 80% поражений приходится на область головы и шеи. Капиллярные ангиодисплазии могут быть проявлением патологических состояний, наиболее часто встречаются синдромы Штурге–Вебера и Клиппеля–Треноне. В настоящее время «золотым стандартом» лечения КАД у детей является терапия импульсным лазером на красителе. Световые волны, излучаемые лазерными аппаратами, проникают через эпидермис и поглощаются в дерме гемоглобином.

Материал и методы. В исследование включено 23 пациентов с КАД в возрасте от 3 месяцев до 18 лет. Все дети проходили клиническое обследование и получали терапию амбулаторно в клинике «Центр лазерной медицины» г. Астана, Казахстан. Для лазерной терапии использовали диодный полупроводниковый лазерный аппарат Asclepion Quadro Star pro Yelow с длиной волны 577 нм желтого спектра (Германия), оборудованного системой встроенного охлаждения. Лазерное лечение выполнялось детскими хирургами, прошедшими курс обучения по лазерной медицине и имеющим опыт лечения детей с данной патологией, в специально оборудованном кабинете, с использованием защитных средств, в соответствии санитарными нормами. Выполняли 1 проход с 80% перекрытием каждым последующим импульсом предыдущего по всей площади мальформации. Длительность сеансов варьировала от 3 до 40 мин. зависела от площади обрабатываемой поверхности и частоты лазерных импульсов. Интервалы между процедурами устанавливали индивидуально, их продолжительность колебалась от 4 до 6 нед. Количество сеансов лазерного воздействия варьировало от 3 до 10. В большинстве случаев лечение начинали в возрасте 1–3 мес.

Учитывая болезненность лазерного воздействия, всем детям проводили краткосрочную анельгезию местными анестетиками, содержащими лидокаин.

Результаты. Средний возраст детей, включенных в исследование, составил 8,5 лет. Количество девочек составляло – 15 детей (65,2%). КАД распространялись преимущественно в проекции II ветви тройничного нерва: зона только II ветви страдала у 10 пациентов 43% пациентов, I–II — у 3,1%, II–III —у 7,1%. У 2 детей (8,7%) детей наблюдалось двустороннее поражение. В 64 % случаев площадь КАД превышала 15 см 2, у 28% пациентов варьировала от 10,1 до 15 см 2 и лишь у 8% не превышала 10 см. В 2 (8,7%) случаях диагностирован синдром Штурге–Вебера, в 1 (4,3%) — синдром Клиппеля–Треноне. Лазерное лечение с анестезиологическим обеспечение получили 4/23 (17,4%) детей. При поражении периорбитальной области подвеки вводили специальные атравматичные щитки для защиты радужной оболочки глаза. Анализ результатов лазерной терапии 23 детей с КАД показал, что суммарная частота «отличного» и «хорошего» эффекта осветления КАД составила 81%; удовлетворительные результаты наблюдали у 18% пациентов, неудовлетворительные – у 1 %.

Выводы:

1. Использование лазерного излучения желтого спектра с длиной волны 577 нм в лечении капиллярных ангиодисплазий у детей позволяет получить хорошие косметические результаты без формирования рубцовой ткани.
2. Эффективность лечения лазерной коагуляцией сосудов у пациентов с КАД выше у детей младенческого возраста, по сравнению с детьми старшего возраста, благодаря более тонкой коже у младенцев.
3. Особенностью лазерного лечения КАД в детском возрасте является необходимость поддерживающей терапии с периодичностью 6–12 мес и реже для сохранения достигнутого эффекта и профилактики возрастной гипертрофии тканей пораженной области.

НУЖЕН ЛИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 3-Й АМБУЛАТОРНЫЙ ЭТАП ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кешишян Е.С. - ОСП НИКИ педиатрии и детской хирургии им Ю.Е.Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им Н.И.Пирогова. г.Москва, Россия

Сахарова Е.С. - ОСП НИКИ педиатрии и детской хирургии им Ю.Е.Вельтищева ФГАОУ ВО РНИМУ им Н.И.Пирогова. г.Москва, Россия

ekeshishian@list.ru

Значимые успехи в неонатологии позволяют сохранять жизнь детям с выраженной морфофункциональной незрелостью, перенесших тяжелые анте и перинатальные заболевания, которые ранее умирали в неонатальном периоде. Выписываясь из неонатального стационара, эти дети не являются здоровыми и сохраняют значимые риски хронизации заболеваний, нарушения роста и развития, метаболических срывов, что в совокупности ухудшает качество их жизни, вплоть до инвалидности. Наиболее важный организационный вопрос - можно ли считать эффективным, что эти дети будут наблюдаться в рамках стандартных диспансерных приемов участкового педиатра или они требуют специализированного наблюдения.

Целью работы явился анализ эффективности, исходы развития, качество жизни детей, рожденных с разной степенью недоношенности, наблюдавшихся в специализированном центре - 1600 детей различного гестационного возраста (1 группа) и 560 детей (2 группа), наблюдавшихся в обшей амбулаторной сети (период наблюдения с 2016-2022гг). По гестационному возрасту, тяжести неонатального периода, дети были подобраны репрезентативно. Установлено, что дети 1 группы в 5 раз реже реализовали бронхиальную астму при значимом сокращении частоты, длительности гормональной терапии при БЛД, они получали в целом в 10 раз меньше препаратов, консультации смежных специалистов были

сокращены в 3 раза, что определило более редкие посещения. Начиная с 2018 года все дети 1 группы получили иммунопрофилактику РС инфекции и были вакцинированы по их скоррегированному возрасту, тогда как во 2 группе таких детей было 15 и 10% соответственно. Дети 1 группы в 3 раза реже болели ОРВИ. госпитализации были снижены в 4 раза. Частота формирования ДЦП была одинаковой в обеих группах, но вдвое больше детей удалось перевести в 1-2 класс двигательных нарушений к 3 годам в 1 группе. Приведенные данные могут быть обоснованием формирования в системе здравоохранения 3 специализированного амбулаторного этапа оказания помощи и реабилитации недоношенных детей. Это требует внесение изменений в порядок оказания помощи недоношенным детям, изменения регламента работы этих учреждений, определения правовых взаимоотношений с другими службами в системе здравоохранения, в частности с детскими поликлиниками, паллиативными учреждениями, центрами восстановительной терапии и центрами раннего вмешательства., а также решения проблемы их финансирования.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО АМБУЛАТОРНОГО ПРИЕМА РЕБЕНКА, РОЖДЕННОГО НЕДОНОШЕННЫМ, НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Кешишян Е.С. - ФГАОУ ВО РНИМУ им Н.И.Пирогова ОСП НИКИ педиатрии и детской хирургии, г.Москва, Российская Федерация

Сахарова Е.С. - ФГАОУ ВО РНИМУ им Н.И.Пирогова ОСП НИКИ педиатрии и детской хирургии, г.Москва, Российская Федерация

ekeshishian@list.ru

Полноценный контроль состояния ребенка, рожденного недоношенным, с высоким риском формирования хронической патологии требует организации специализированного наблюдения в условиях педиатрического приема. Проанализирована деятельность 5 врачей специализированного Центра коррекции развития недоношенных детей НИКИ педиатрии и детской хирургии и 5 врачей других аналогичных отделений. Каждым специалистом проведено 12 детей на первом году жизни, рожденных недоношенными. Все врачи имели одинаковый уровень теоретической подготовки, стаж работы от 7 до 33-х лет. Время каждого действия врача и родителей заносилось в анкету, высчитывался средний показатель (M±S). Установлено, что в среднем на прием одного ребенка, требовалось 47 минут. Основными особенностями консультирования ребенка, рожденного недоношенным, при плановом обращении был трудоемкий анализ преморбидного фона, а также оценка психомоторного, физического развития и соматического состояния, нутритивного неврологического статуса с учетом гестационного возраста и консультирование родителей. С учетом множественности и сочетанности патологии, которая может быть или только формируется у ребенка, в работе Центра необходима команда специалистов. Основное требование к их профессиональной подготовке - знание неонатольной патологии и ее отдаленных последствий, особенностей формирования физического и психомоторного развития ребенка в зависимости от морфо-функциональной зрелости и гестационного возраста. Междисциплинарный подход оказания медицинской помощи ребенку, рожденному недоношенным, основанный на специальной образовательной подготовке педиатра, позволяет оказать эффективную и оптимальную помощь ребенку, избежать полипрагмазии при его ведении, поддержать психологический настрой в семье на занятие и развитие ребенка. Вышеуказанное является обоснованием организация специализированных Центров амбулаторного постнеонатального наблюдения недоношенных детей (3 этап выхаживания) на базе Перинатальных Центров или крупных детских стационаров, что требует адаптации регламентов оказания помощи и изменения страховых тарифов амбулаторного приема недоношенного ребенка.

АССОЦИАЦИИ ГЕНА VDR С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ И ОСЛОЖНЕНИЯМИ МУКОВИСЦИДОЗА

Кондратьева Е.И. - Медико-генетический научный центр им. академика Н.П. Бочкова, г.Москва, Российская Федерация

Лошкова Е.В. - Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области, г.Москва, Российская Федерация

Жекайте Е.К. - Медико-генетический научный центр им. академика Н.П. Бочкова, Москва, Российская Федерация, г.Москва, Российская Федерация; Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области,

Климов Л.Я. - Ставропольский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской федерации, г.Ставрополь, Российская Федерация

Ильенкова Н.А. - Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской федерации, г.Красноярск, Российская Федерация

Мельяновская Ю.Л. - Медико-генетический научный центр им. академика Н.П. Бочкова, Москва, Российская Федерация, г.Москва, Российская Федерация; Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области

Воронкова А.Ю. - Медико-генетический научный центр им. академика Н.П. Бочкова, г.Москва, Российская Федерация; Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области

loshkova@rambler.ru

Актуальность. Кистозный фиброз является наиболее частым тяжелым аутосомно-рецессивным заболеванием в европеоидной популяции и вызывается мутациями гена трансмембранного регулятора муковисцидоза (CFTR), однако течение заболевания может модулироваться генетическими факторами, отличными от гена CFTR и подвергаться плейотропному влиянию гена VDR (Vitamin D Receptor (рецептор к витамину D)).

Цель исследования: провести ассоциативный поиск между генетическими вариантами (c.1206T>C, c.152T>C, c.1174+283G>A) гена VDR с клинически значимыми проявлениями муковисцидоза, осложнениями и ответом на терапию.

Материалы и методы. Обследовано 283 пациента с муковисцидозом 333 здоровых ребенка контрольной группы. Всем обследованным было проведено определение содержания кальцидиола. Тестирование полиморфных вариантов гена VDR (c.1206T>C, c.1175-9G>T, c.152T>C, c.1174+283G>A) проведено методом ПЦР и ПДРФ анализа.

Результаты. Выявлено, что носители генотипа TT генетического варианта c.152T>C FokI гена VDR в 6,3 раза чаще реализуют мекониевый илеус (OR=6,375; p=0,011)), в 3,2 раза чаще ДН (OR=3,253; p=0,079), в 3,4 раза чаще ХИЛ, вызванную Ps. aeruginosa (OR=3,432; p=0,026), в 4 раза чаще ХИЛ, вызванную НФГОБ (OR=4,056; p=0,009). Носители генотипа CC генетического варианта c.1206T>C(A>G) TaqI чаще использовали системные ГКС (66% против 7%) (OR=0,034; p=0,001). Показано, что генотип AA полиморфизма BsmlI (c.1174+283G>A) в 4 раза чаще имеют дети с CFLD (OR=4,300; p=0,051).

Заключение. Показан вклад всех изучаемых генетических вариантов: c.1206T>C(A>G) TaqI, c.152T>C FokI, BsmlI (c.1174+283G>A) гена VDR в формирование клинических проявлений, осложнений и ответа на терапию при муковисцидозе.

Ключевые слова: ген VDR, муковисцидоз, дети, витамин D, микробное воспаление

ЭФФЕКТИВНОСТЬ CFTR-МОДУЛЯТОРА ЭЛЕКСАКАФТОР/ТЕЗАКАФТОР/ИВАКАФТОР В РОССИЙСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ (12 МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДЕНИЯ)

Кондратьева Е.И. - ГБУЗ МО "Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области", г.Москва, Российская Федерация

Одинаева Н.Д. - ГБУЗ МО "Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области", г.Москва, Российская Федерация

Жекайте Е.К. - ГБУЗ МО "Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области", г.Москва, Российская Федерация

Шерман В.Д.-ФГБНУ "Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова", г.Москва, Российская Федерация

Паснова Е.В. - ГБУЗ МО "Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области", г.Москва, Российская Федерация

Фатхуллина И.Р. - ГБУЗ МО "Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области", г.Москва, Российская Федерация

Максимычева Т.Ю. - ГБУЗ МО "Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области", г.Москва, Российская Федерация

Воронкова А.Ю. - ФГБНУ "Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова", г.Москва, Российская Федерация

elena_zhekayte@mail.ru

Введение. Элексакафтор/тезакафтор/ивакафтор (ЭТИ) на данный момент — это наиболее эффективный таргетный препарат для помощи больным муковисцидозом. Препарат подходит для терапии 90% пациентов, значительно повышает качество жизни и увеличивает прогнозируемую продолжительность жизни.

Целью исследования был анализ эффективности CFTR-модулятора ЭТИ у детей с МВ в реальной клинической практике в течение 12 месяцев наблюдения.

Методы. Исследование проводилось на основе анализа базы данных "Регистр пациентов с МВ Российской Федерации" за 2021-2023 годы с использованием специального приложения для онлайн-платформы. В исследование были включены 48 пациентов в возрасте от 6 до 18 лет, получавших ЭТИ. Были проанализированы показатели: ОФВ1, ФЖЕЛ (% пред.), проводимость электролитов потовой жидкости, антропометрические данные. Результаты сравнивались на старте таргетной терапии и через 12 месяцев лечения.

Результаты. В группе детей, получавших ЭТИ, было зарегистрировано увеличение ИМТ (кг/м2) с 17,1 (15,7–19,3) в начале терапии до 19,0 (17,5–20,4) через 12 месяцев терапии, p <0,001. ОФВ1 улучшился с 66,5% (53,3–78,3) до начала терапии до 89,0% (64,1–104,3) через 12 месяцев, p <0,001, ФЖЕЛ с 74,5% (58,4–86,3) до начала терапии до 87,0 (72,0– 102,3) % через 12 месяцев, p <0,001. Проводимость пота снизилась со 116 (102,0–125,5) ммоль/л в начале терапии до 77,5 (55,8–86,8) ммоль/л через 12 месяцев, p <0,001.

Вывод. После 12 месяцев терапии препаратом ЭТИ наблюдалась значительная положительная динамика ИМТ, показателей спирометрии и потового теста по сравнению со значениями до начала таргетной терапии.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНОЙ ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИЕЙ

Кодратьева Е.И. - Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова», г.Москва, Российская Федерация

Попова В.М. - Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова», г.Москва, Российская Федерация

Киян Т.А. - Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова», г.Москва, Российская Федерация

Брагина Е.Е. - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» Правительства Российской Федерации: 119992, г.Москва, Российская Федерация

Тронза Т.В. - ФБУН «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Роспотребнадзора, г.Москва, Российская Федерация

bogdanovatata@gmail.com

Целью данного научного исследования является анализ клинико-лабораторных и инструментальных характеристик пациентов, страдающих ПЦД.

Материалы и данные. В ходе исследования были собраны и проанализированы данные группы из 90 пациентов, в которую входили 22 взрослых и 68 детей, проходивших лечение в различных медицинских центрах. В исследовании использовались такие методы, как сбор анамнеза. спирометрия, микробиологическое исследование мокроты дыхательного тракта, видеомикроскопический анализ функциональной активности мерцательного эпителия слизистой оболочки носа, просвечивающая электронная микроскопия мерцательного эпителия, ДНК-диагностика.

Результаты. Всего в исследовании принимали участие 90 пациентов, из них 22 (24,4%) взрослых и 68 (75,6%) детей. Синдром Картагенера был выявлен у 23 (27%) больных, из них 6 (26,0%) взрослых. Медиана возраста установления диагноза у взрослых составила 17,0 лет, среди детей — 5,0 лет. В анамнезе пациентов преобладали рецидивирующие бронхиты (22 (100%) взрослых и 46 (82,1 %) детей), пневмонии (21 (95,5%) взрослых и 48 (75,0 %) детей), отиты (44 (11 (55,0%) взрослых и 33 (53,2%) детей)). Снижение слуха отмечено у 5 (26,3 %) взрослых пациентов и 15 (26,8 %) детей. Функция легких была снижена как у взрослых (ОФВ 1 – 39,0% долж.), так и у детей (ОФВ 1 – 76,0% долж.), но в значительной степени снижение отмечено у взрослых пациентов. В микробиологических посевах превалирует Pseudomonas aeruginosa — 21,3% (интермиттирующий высев — у 13,2%, хронический высев — у 9%), обладающая высокой резистентностью к антибактериальным препаратам (АБП). Световая микроскопия реснитчатого эпителия показала, что 12 (3 взрослых и 9 детей) пациентов двигательной активности ресничек не зарегистрировано.При трансмиссионной электронной микроскопии чаще встречалось полное отсутствие наружных и внутренних динеиновых ручек (51%) и внутренних динеиновых ручек (17,9).Молекулярно-генетическое исследование выполнено у 55 (61,2%) пациентов (16 (29,1%) взрослых и 38 (70,9%) детей). Чаще всего встречались генетические варианты в генах DNAH5 и HYDIN.

Заключение. В результате исследования было установлено, что проблемы своевременной диагностики, эффективного ведения и адекватного лечения остаются актуальными для российских пациентов. Создание регистра пациентов с ПЦД позволит решить эти проблемы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО ОТКРЫТОГО НАБЛЮДАТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ДОРНАЗЫ АЛЬФА (ТИГЕРАЗА, ГЕНЕРИУМ, РОССИЯ) В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Кондратьева Е.И. - ФГБНУ «Медико-генетический научный центр им. акад. Н.П. Бочкова», г.Москва, Российская Федерация

Шадрина В.В. - ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» МЗ РФ, г.Пермь, Российская Федерация

Воронкова А.Ю. - ФГБНУ «Медико-генетический научный центр им. акад. Н.П. Бочкова», г.Москва, Российская Федерация

Жекайте Е.К. - ФГБНУ «Медико-генетический научный центр им. акад. Н.П. Бочкова», г.Москва, Российская Федерация

Орлов А.В. - Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г.Санкт-Петербург, Российская Федерация

Пинегина Ю.С. - ГБУЗ Новосибирской области «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», г. Новосибирск, Российская Федерация

Карпова О.А. - ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан», г. Казань, Республика Татарстан, Российская Федерация

Лаврова А.Е. - Института педиатрии Университетской клиники ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ России, г.Н.Новгород, Российская Федерация

Тришина С.В. - Медицинская академия имени С.И. Георгиевского Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского, г.Симферополь, Российская Федерация

verashadrina@mail.ru

Дорназа альфа является наиболее часто применяемым муколитическим препаратом при муковисцидозе (МВ). В России был разработан биоаналогичный препарат дорназы альфа (Тигераза, Генериум).

Цель: анализ данных длительного применения препарата Тигераза в составе комплексной терапии у детей с МВ.

Материалы и методы. Проведено пострегистрационное проспективное многоцентровое несравнительное открытое наблюдательное (неинтервенционное) исследование оценки результатов применения Тигераза в комплексной терапии у пациентов с МВ. В исследовании приняло участие 120 детей в возрасте от 5 до 18 лет с ОФВ1 ≥40% от должных значений из 10 центров МВ. Период лечения препаратом Тигераза был 52 недели. Проводили физикальное обследование, спирометрию, определяли наличие титра антилекарственных антител IgG, IgE (ИФА) и их нейтрализующей активности (колориметрический тест). Было проведено 6 визитов (1 - скрининг, 2 - неделя 4, 3 -неделя 12 ±2 недели, 4 - неделя 24 ±2 недели, 5 -неделя 36 ±2 недели, 6 - завершения исследования - неделя 52 ±1 неделя).

Результаты. Обострения бронхолегочного процесса за период лечения препаратом Тигераза были отмечены у 10 детей -1,2±0,42 раза (Me (IQR) 1(1;1)). ОФВ1 перед исследованием составил 91,83±19,32%. (Me (IQR) 93(77;106))%, через 52 недели терапии - 92,05±19,91% (Me (IQR) 93,6(78;107,2))%, p=0,7. Изменения ОФВ1 за весь период терапии у детей составили +0,45±11,89% (Me (IQR) 0(-7;6)%). ФЖЕЛ составила 92,65±18,76% (Me(IQR) 94(81;105,85)%), через 52 недели терапии - 92,12±19,17 % (Me (IQR) 94(79;105,25)%), p=0,85. ФЖЕЛ составила 94,96±17,32% Me(IQR) 96(84;106,5), через 52 недели терапии - 94,72±16,94% (Me (IQR) 96,3(82;106,8)%), p=0,43. Изменения ФЖЕЛ за период терапии у детей составили +0,52±10,15% (Me (IQR) +1(-6;6)%). Среди нежелательных явлений у одного ребенка была отмечена дисфония (0,8%). Антилекарственные антитела были выявлены всего у двух детей: у одного - однократно на 4 визите, у второго - на 1,4 и 6 визитах на фоне повышения функции легких. Выявленные антитела не обладали нейтрализующей активностью и относились к IgE.

Выводы: Дети хорошо переносили терапию препаратом Тигераза. За 52 недели терапии отмечена тенденция к увеличению функции легких у детей.

ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПОРОКОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Косимов М.М. - ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» г.Душанбе, Республика Таджикистан

Вохидов А. - ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» г.Душанбе, Республика Таджикистан

sobyanina95@inbox.ru

Цель. Изучить влияние внутриутробной инфекции на частоту формирования аномалий орофациальной области.

Материалы и методы. Беременные женщины были обследованы в вирусологической лаборатории ГУ НИИ Профилактической медицины. Анализу были подвергнуты результаты обследования 100 беременных женщин из группы риска.

Результаты. Проведя сравнительный анализ перенесенных матерью инфекционных заболевания, между группами матерей детей с ВРГиН и здоровыми установлено, что в более чем 66,6 ± 1,71% случаев матери детей с пороком развития ЧЛО в качестве факторов риска рассматривались инфекция ($p < 0,001$) среди данной группы матерей была высокая частота вирусно бактериальной инфекции - грипп, ангина (90 ± 1,42%), острое воспаление бронхов (45,84 ± 1,17%), среднего уха (21,79 ± 0,66%), герпетическая инфекция (32,47 ± 0,78%). Тогда как среди женщин группы сравнения перенесенные инфекционные заболевания отметили имели место 8,36 ± 3,19% матерей. Следующий фактор прием лекарственных средств во время беременности (антибиотики, сульфаниламиды, салицилаты) отметили (39,97 ± 1,37%) женщин, родивших ребенка с ВРГиН. Данный показатель достоверно превышает ($p <0,05$) аналогичный показатель в группе сравнения (10,2 ± 2,49%) женщин. Проведя анализ результатов обследования беременных женщин на наличие возбудителей вирусной этиологии за последние три года м 2018 по 2020 гг., было определено, что в постковидный период статистически достоверно ($P <0,001$), возросло частота микст-вирусов, чем моноинфекций. В тоже время обследование новорожденных с ВРГиН показало, что IgG к ВПГ были обнаружены у 96,6% детей, практически такая же частота имело место и по ЦМВ – у 94,2%. Однако необходимо отметить тот факт, что у каждого 3 ребенка не выявлены иммунологические маркеры. IgG к вирусным инфекциѐм в основном были представлены вирус - вирусными ассоциациѐми (ЦМВ+ВПГ+ хломидий, ЦМВ+ВПГ+ токсоплазмоз).

Выводы. С возрастанием гестационного срока увеличивается вероятность выявления возбудителя как при моно- так и микст инфекции. Определена тератогенность инфекционных агентов и их роль в генезе формирования ВПР.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА – СЛУЧАЙ С ПЕРФОРАЦИЕЙ

Куатбеков Д.Ж.

НАО «Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д.Асфендиярова»
ГКП на ПХВ «Центр Детской Неотложной Медицинской Помощи»
г.Алматы, Казахстан

Цель: описание нашего клинического случая по проглоченным магнитам в ЖКТ, осложненное перфорацией желудочной и кишечной стенки

Материалы и методы. Мы предоставили клинический случай ребенка Ф., 8 лет, с инородными телами ЖКТ (магниты). В анамнезе указано, что ребенок за 4 суток до поступления в бытовых условиях проглотил 5 штук магнитных шариков. В течении 4 суток самостоятельного отхождения во время дефекации не отмечалось. На обзорной Р-гр определяются магниты в количестве 5 штук в проекции желудка. Что более интересно при проведении ФГДС инородных тел в полости желудка не были выявлены. Жалоб активных у ребенка не было. Ребенок госпитализирован в хирургическое отделение для предоперационной подготовки и проведения оперативного вмешательства.

Результаты. Через 2 суток ребенку произведена верхнесрединная лапаротомия. Выпота в брюшной полости не было, что указало нам об отсутствия перитонита. Далее вскрыта сальниковая сумка, где обнаружен созданный неоанастомоз между задней стенкой желудка ближе к большой кривизне и тонкого кишечника выше связки Трейца. Пальпаторно определяются инородные тела. Острым путем разъединен анастомоз, удалено 5 штук металлических магнитов, прилипшие паровозиком. Места перфорации в желудке ушиты двухрядным швом, а в кишечнике однорядным швом. Послеоперационный период протекал гладко. На 9 день ребенок благополучно выписан на амбулаторное лечение.

Выводы. В анамнезе у некоторых детей часто отсутствуют упоминание о возможном заглатывании МИТ. Множественные магнитные тела (2 и более) не вызывают ранних симптомов, появившиеся клинические проявления соответствуют возникшим осложнениям. Миграция магнитных объектов с неодинаковой скоростью приводит к их притяжению через стенки с возрастающим усилием. Время формирования перфораций значительно короче, чем время, необходимое для формирования магнитного кишечного соустья, что приводит к развитию перитонита. Оперативное вмешательство проводится при выявленных осложнениях или трудностях извлечения.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Леднев С.А. - ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г.Воронеж, Российская Федерация

Леднева В.С. - ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г.Воронеж, Российская Федерация

Ульянова Л.В. - ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г.Воронеж, Российская Федерация

Разуваева Ю.Ю. - ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г.Воронеж, Российская Федерация

Юрова И.Ю. - ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г.Воронеж, Российская Федерация

peshkovayusya@yandex.ru

Введение. Компьютерная томография высокого разрешения (КТВР) органов грудной клетки даёт возможность оценить прогрессирование и тяжесть поражения легких при муковисцидозе. Необходимость непрерывного лечения ставит закономерный вопрос о поиске информативных методик диагностики МВ и способах контроля за течением болезни и эффективностью терапии. В связи с этим компьютерная томография на сегодняшний день единственный доступный и достоверный метод диагностики патоморфологических изменений в легких при муковисцидозе.

Цель исследования - оценка возможностей КТВР для выявления ранних изменений в легких и мониторинг контроля эффективности терапии больных муковисцидозом, выявленных по результатам неонатального скрининга.

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 28 пациентов с муковисцидозом в возрасте от 1 мес. до 6 лет, диагноз которым установлен на основании результатов неонатального скрининга (из 34 пациентов основной группы). Изменения органов грудной клетки на КТВР установлены у 26 из 28 пациентов основной группы (70,2%). Рентгенологические признаки патологии на обзорных рентгенограммах грудной клетки выявлены у 16 из 30 больных (53,3%), (p <0,05).

Результаты. Общая оценка КТВР коррелировала с изменением оценки следующих показателей: бронхоэктазы, перибронхиальная инфильтрация, мукоидные пробки (r соответственно = 0,8; 0,9; 0,9; p >0,05 во всех случаях). Изменения, зарегистрированные на РГ у 8 больных 2 группы (26,6%), оставались стабильными в течение 2 лет, однако у преобладающего большинства (73,6%) отмечалось ухудшение рентгенологической картины, что достоверно отличается от результатов рентгенологической динамики у больных 1 группы (p <0,05).

Заключение. Применение комплексной терапии в периоды обострений позволило улучшить параметры КТ у более 80% больных, при этом в течение двухлетнего мониторинга удалось сохранить стабильным состояние морфологических параметров (по данным КТВР) 68% больных, что достоверно свидетельствует о убедительной эффективности проводимой терапии. КТВР позволяет своевременно выявить морфологические признаки муковисцидоза у детей раннего возраста, а также позволяет достоверно оценить прогрессирование процесса в легких и определить тактику адекватной терапии.

КАК ПОВЫСИТЬ ПРАКТИКООРИЕНТИРОВАННОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДЕТСКИХ ЦЕНТРАХ ЗДОРОВЬЯ

Лобыкина Е.Н. - Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Новокузнецк, Российская Федерация

Шаповалова Н.А. - Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г.Новокузнецк, Российская Федерация

Проскурякова Л.А. - Кузбасский гуманитарно-педагогический институт ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет» Министерства образования и науки РФ, г.Новокузнецк, Российская Федерация

Лобыкина А.А. - ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г.Кемерово, Российская Федерация

Сухомлинов М.Ю. - ГАУЗ Новокузнецкая городская клиническая больница №1, г.Новокузнецк, Российская Федерация

LEN67@mail.ru

Задача Центров здоровья (ЦЗ) – выявление и коррекция факторов риска развития неинфекционных заболеваний. Во взрослых ЦЗ определение глюкозы и холестерина крови, наряду с антропометрией является стимулом для обследования в ЦЗ, в детских ЦЗ эти исследования не так прогностически важны. Родителей может привлечь оценка функциональных и адаптивных резервов организма ребенка и прогноз его состояния здоровья. Входящий в обследование биоимедансный анализ состава тела (БИА) часто используют лишь для диагностики наличия избытка или дефицита массы тела, о чем можно догадаться по внешним данным ребенка.

Цель: анализ показателей БИА у посетителей детского ЦЗ и оценка возможностей его результатов в оценке функциональных и адаптивных резервов ребенка.

Материалы и методы: одномоментное исследование 423 детей 11-16 лет, обратившихся в детский ЦЗ г.Новокузнецк. БИА проведен на анализаторе «Медас». Кроме количества

жировой массы изучен уровень активной клеточной массы (АКМ). Выделены 3 группы среди мальчиков и девочек у которых АКМ была ниже нормы, соответствовала норме и выше нормы. Для описания данных использовали среднее значение М и 95% ДИ.

Результаты: АКМ — это характеристика белкового депо организма и достаточности белковой компоненты питания. У большинства детей уровень АКМ соответствовал норме (81,1%), у 12,01% выявлено снижение уровня АКМ, в 6,8% случаев- повышение АКМ. Мальчиков с нормальными показателями АКМ было меньше, чем девочек. В группе с низкой АКМ доля мальчиков статистически значимо была больше (p=0,01) **Выводы:** По результатам БИА кроме выводов о состоянии массы тела, необходимо большее внимание обращать на нутритивный аспект показателей БИА, среди которых АКМ. Низкий уровень АКМ чаще встречался у мальчиков (15,5%), что требует последующей оценки и коррекции питания (белкового компонента), функции щитовидной железы и работы печени.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТИНФЕКЦИОННОЙ АСТЕНИИ У ПОДРОСТКОВ

Лохматова И.А. - ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г.Луганск, Российская Федерация

Ершова И.Б. - ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г.Луганск, Российская Федерация

Петренко О.В. - ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России, г.Луганск, Российская Федерация

Чернова Е.В. - ГУ "Луганская городская многопрофильная детская больница №3" ЛНР, г.Луганск, Российская Федерация

Гречаник А.В. - ГУ "Луганская городская многопрофильная детская больница №3" ЛНР, г.Луганск, Российская Федерация

irina-lohmatova_@mail.ru

Астения значительно нарушает качество жизни ребенка, что как следствие отражается на психологическом состоянии всей семьи. Сопутствующий дефицит витаминов и микроэлементов, некоторых аминокислот (например, триптофана) и полиненасыщенных жирных кислот, усугубляют проявление постинфекционной астении, вызывая нарушения эмоциональной сферы и поведенческих реакций.

Цель: оценить эффективность предложенной терапии детей подросткового возраста с астенией.

Материалы и методы: в исследование включили 76 детей в возрасте от 11 до 17 лет с подтвержденным по результатам анамнеза, клинического обследования и результатам тестирования астеническим синдромом. Медиана возраста составила 13,1 лет, соотношение по полу: м/ж=1,13/1. Дети произвольно были разделены на три группы: группа I, группа II и группа III. Возрастно-половое распределение по группам было равнозначным. В 1-ю группу вошли пациенты, которые получали ацетиламиноянтарную кислоту (Когитум), во 2-ю группу – пациенты, которые получали деанола ацеглумата (Нооклерин), в 3-ю группу пациентам была рекомендована метаболическая (витамины, L-карнитин) и сосудистая (циннаризин) терапия. Терапия длилась 2 месяца, после чего оценивалась ее эффективность по модифицированной шкале астении MFI-20 до и после терапии.

Результаты исследования: при проведении теста MFI-20 в группе I суммарный результат составил 56,5 баллов (в начале лечения) и снизился до 39,4 балла после лечения ($p<0,05$). Особенно заметный эффект был выявлен по шкалам «пониженная активность» ($p<0,05$) и «физическая астения» ($p<0,05$). В группе II суммарный показатель астении составил 55,8 баллов до и 38,9 после лечения. Отмечается улучшение по шкалам «снижение мотивации» ($p<0,05$), «общая астения» ($p<0,05$). В III группе также имеется положительная динамика:

суммарный результат составил 55,7 баллов снизился до 43,8 ($p<0,05$), однако значимых отличий по шкалам не выявлено.

Выводы: Включение в состав ацетиламиноянтарной кислоты (группа I) оптимизирует показатели по шкалам «пониженная активность» ($p<0,05$) и «физическая астения» ($p<0,05$). Включение в состав терапии деанола ацеглумата (группа II) способствует улучшению по шкалам «снижение мотивации» ($p<0,05$), «общая астения» ($p<0,05$). Назначение метаболическай (витамины, L-карнитин) и сосудистой (циннаризин) терапиия (группа III) улучшает суммарный показатель по шкалам, что также характеризует улучшение состояния ребенка.

АССОЦИАЦИИ ГЕНА VDR С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ, ОСЛОЖНЕНИЯМИ И МЕТАБОЛИЗМОМ КАЛЬЦИДИОЛА НА ФОНЕ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Лошкова Е.В. - Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области, г.Москва, Российская Федерация

Кондратьева Е.И. - Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области, г.Москва; Медико-генетический научный центр им. академика Н.П. Бочкова, г.Москва, Российская Федерация

Климов Л.Я. - Ставропольский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской федерации, г.Ставрополь, Российская Федерация

Ильенкова Н.А. - Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской федерации, г.Красноярск, Российская Федерация

Подчерняева Н.С. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Москва, Российская Федерация

Геппе Н.А. - Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, г.Москва, Российская Федерация

Долбня С.В. - Ставропольский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской федерации, г.Ставрополь, Российская Федерация

Шитьковская Е.П. - Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения Российской федерации, г.Красноярск, Российская Федерация

Мельяновская Ю.Л. - Медико-генетический научный центр им. академика Н.П. Бочкова, Москва, Российская Федерация, г. Москва, Российская Федерация

Жекайте Е.К. - Научно-исследовательский клинический институт детства Министерства здравоохранения Московской области, г.Москва, Российская Федерация

Курьянинова В.А. - Ставропольский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской федерации, г.Ставрополь, Российская Федерация

loshkova@rambler.ru

Актуальность Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) является наиболее распространенным хроническим поражением суставов среди детей и подростков, в основе патогенеза которого доминируют механизмы аутоиммунного воспаления. Известно, что витамин D является иммуномодулятором при различных состояниях, включая аутоиммунные заболевания. Низкий уровень витамина D обычно обнаруживают у пациентов с ЮИА, но влияние его недостаточности на патогенез ЮИА до сих пор неясно. Рецептор витамина D (VDR) обусловливает большую часть биологических эффектов витамина D. В то же время,

специфические полиморфизмы гена VDR ассоциированы с уровнем кальцидиола и других метаболитов, проявлениями заболевания, подтипами ЮИА, его осложнениями, минеральной плотностью костной ткани и ответом на терапию. У подавляющего большинства пациентов с ЮИА наблюдается субоптимальный статус витамина D, во многих случаях не корректируемый добавками витамина D, метаболизм витамина D зависит от генотипов VDR. Однако в различных популяциях вклад гена VDR в формирование фенотипов ЮИА неодинаков и нуждается в дальнейшем изучении.

Цель исследования: провести ассоциативный поиск между генетическими вариантами (c.1206T>C, c.152T>C, c.1174+283G>A) гена VDR и клиническими вариантами ювенильного идиопатического артрита, потребностью в генноинженерных биологических препаратах (ГИБП) и статусом витамина D.

Материалы и методы. Обследовано 150 детей (средний возраст - 9,11±2,21 лет) с ювенильным идиопатическим артритом и 333 здоровых ребенка контрольной группы. Всем обследованным было проведено определение содержания кальцидиола. Тестирование полиморфных вариантов гена VDR (c.1206T>C, c.1175-9G>T, c.152T>C, c.1174+283G>A) проведено методом ПЦР и ПДРФ анализа.

Результаты Выявлено, что носители минорного генотипа TT c.1206T>C(A>G) TaqI имеют 4-х кратный риск реализации системного варианта ЮИА, пятикратный риск высокой степени активности и увеита, а также в 9,9 раз чаще нуждаются в назначении ГИБП. Носители минорного генотипа TT c.152T>C FokI в 7.7 раз чаще реализуют системный вариант ЮИА, в 4,3 раза полиартикулярный вариант ЮИА, в 6,2 раза высокую активность, в 5,6 раз – увеит, в 8 раз чаще имеют выраженный дефицит кальцидиола и в 4 раза чаще требуют назначения ГИБП. Носительство минорного генотипа AA BsmlI (c.1174+283G>A) в 17 раз увеличивает риск реализации системного начала ЮИА, в 18 раз – высокой активности

УДК 616 – 072.1:616.342 – 002:616.33 – 072.1] – 058.86

ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС И HELICOBACTER PYLORI У ДЕТЕЙ

Мазуренко Н.Н. - УЗ «Витебский областной детский клинический центр», г.Витебск, Республика Беларусь

nick-nack@tut.by

Дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) – нарушение моторной и эвакуаторной функции гастродуоденальной зоны со спонтанным или регулярным забрасыванием в полость желудка дуоденального содержимого с развитием функциональных нарушений и/или эрозивно-язвенных, катаральных изменений слизистой оболочки желудка. У детей с ДГР Helicobacter pylori (H. pylori) приводит к росту воспалительных изменений. Определение H. pylori позволит выявлять группу детей с ДГР для последующей углубленной диагностики.

Цель исследования: обосновать подходы для диагностики наличия H. pylori у детей с ДГР.

Материал и методы. В учреждении здравоохранения «Витебская областная детская клиническая больница» за 2015-2021 гг. обследовано 120 пациентов с ДГР (59 мальчиков, 61 девочка), средний возраст 14 (11; 16) лет. Пациенты разделены на: группу 1 – ДГР без H.pylori (n=75), группу 2 – ДГР с H. pylori (n=45). Выполнены: эзофагогастродуоденоскопия, биопсия слизистой оболочки желудка. H.pylori определялся на основании быстрого уреазного теста и гистологического заключения. Морфологические параметры обработаны с помощью модифицированной формулы химического гастрита (ХГ).

Результаты. При ДГР с H. pylori в области тела желудка выявляются: нейтрофильная и мононуклеарная инфильтрации, фовеолярная гиперплазия, лимфоидные фолликулы ($p<0,05$). В антральном отделе желудка встречаются: активности воспаления (89% случаев ($p=0,014$)),

фовеолярной гиперплазии (56% случаев (p=0,036)), лимфоидных фолликулов (31% случаев (p=0,037)). Определяется рост признаков средней степени: активности воспаления (18% случаев (p=0,022)), выраженности воспаления (56% (p=0,0004)), лимфоидных фолликулов (31% случаев (p=0,001)). При использовании модифицированной формулы ХГ у пациентов с ДГР и H.pylori значение индекса менее 4.

Заключение. Модифицированная формула индекса ХГ выявляет наличие H. pylori у детей с ДГР.

Ключевые слова: биопсия, дуоденогастральный рефлюкс, индекс ХГ, морфология желудка, химический гастрит.

БИОИМПЕДАНСНЫЙ АНАЛИЗ СОСТАВА ТЕЛА У ПАЦИЕНТОВ С МУКОВИСЦИДОЗОМ НА ФОНЕ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ

Максимычева Т.Ю. - "Медико-генетический научный центр имени академика Н.П. Бочкова", г.Москва, Российская Федерация

Щелыкалина С.П. - «РНИМУ им. Н.И.Пирогова, доцент кафедры медицинской кибернетики и информатики МБФ», г.Москва, Российская Федерация

t.y.leus@yandex.ru

Цель: оценить показатели состава тела у детей с муковисцидозом на фоне таргетной терапии.

Материалы и методы: N = 96 ребенка в возрасте от 5 до 17 лет. Средний возраст детей составил 12±5 лет. 1группа – получала элексакафтор/ ивакафтор/тезакафтор N = 45, М-15 (33%), Д–30 (67%). 2группа- получала лумакафтор/ивакафтор N = 51, М-22 (43%), Д–29 (57%). Оценивали биоимпедансный состав тела (АБС-01 Медасс, Россия): индекс жировой массы кг/м2 (ИЖМ), индекс тощей массы кг/м2 (ИТМ), доля активной клеточной массы % (АКМ%) по референсной базе: ниже нормы, норма, выше нормы до и через 3-6 мес. приема таргетной терапии.

Результаты: 1 группа: исходно 5 (30%) мальчиков и 15 (50%) девочек имели низкий ИЖМ. В динамике у всех 5 (30%) мальчиков ИЖМ увеличился до нормы ($p \leq 0.05$), у девочек показатель не изменился. Исходно 14 (90%) мальчиков и 25 (85%) девочек имели низкий ИТМ, в динамике у мальчиков показатель не изменился. У 4 (13%) девочек увеличился до нормы ($p \leq 0,05$). Доля АКМ, по которой судят об ассимиляции белка у 14 (90%) мальчиков и 7 (23%) девочек была ниже нормы, в динамике у 4 (20%) мальчиков увеличился до нормы, у девочек статистически не изменился. 2 группа: исходно 4 (18%) мальчиков и 25 (88%) девочек имели низкий ИЖМ. В динамике у 2 (10%) мальчиков ИЖМ увеличился до нормы и у 2 (10%) – стал выше нормы ($p \leq 0.05$), у девочек показатель не изменился. Исходно 20 (90%) мальчиков и 25 (88%) девочек имели низкий ИТМ, в динамике у мальчиков и девочек показатель не изменился. Доля АКМ, по которой судят об ассимиляции белка у 17 (78%) мальчиков и 7 девочек (25%) была ниже нормы. В динамике у 3 (13%) мальчиков и 17 (58%) девочек увеличился до нормы.

Выводы: состав тела детей с муковисцидозом до начала таргетной терапии характеризовался низким ИЖМ больше у девочек в обеих группах; низким индексом тощей массы у мальчиков и девочек в обеих группах, и низкой АКМ, преимущественно у мальчиков в обеих группах. Через 3-6 мес. – увеличилось содержание жировой массы у мальчиков в обеих группах, у девочек не изменилось. Показатели тощей массы не изменились. АКМ увеличилась в большей степени у девочек в группе двойной терапии Наши данные согласуются с данными зарубежных исследований, в которых показано увеличение веса и жировой массы, но не тощей массы на фоне приема таргетных препаратов через 5 мес. (King S.J. et al., 2021)

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ГРИППА У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Малинина Н.В. - ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Министерства здравоохранения РФ, г.Саратов, Российская Федерация

Малюгина Т.Н. - ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Министерства здравоохранения РФ, г.Саратов, Российская Федерация

malinina-nv@mail.ru

В период эпидемического подъема гриппозной инфекции участковому врачу очень важно выявить детей, у которых инфекция протекает в тяжелой форме.

Цель исследования: выявить критерии тяжелой формы гриппозной инфекции, применимые в амбулаторно-поликлинической практике.

Материалы и методы. Обследовано 46 детей с гриппом А в возрасте от 5 до 17 лет, лечившихся в ГУЗ «Саратовская областная инфекционная клиническая больница им. Н. Р. Иванова» г. Саратова. Грипп А был подтвержден с помощью ПЦР-диагностики. Всем больным проводилось стандартное обследование при гриппе, включающее общий анализ крови. По показателям общего анализа крови были рассчитаны лейкоцитарные индексы. Статистическая обработка результатов проводилась в операционной системе Windows 10 с помощью статистической программы SPSSStatistics version 23.0.

Результаты. Учитывая возрастные особенности лейкоцитарной формулы, пациенты были распределены на две группы – 1-5 лет и группу детей старше 5 лет. Грипп А протекал в средне-тяжелой форме у 35 детей (77,8%) и у 10 пациентов (22,2%) в тяжелой. Тяжесть состояния была обусловлена наличием бактериальных осложнений в виде пневмонии, гайморита, а также проявлениями интоксикационного синдрома в виде нейротоксикоза. У пациентов в возрасте 1-5 лет, имеющих тяжелую форму гриппозной инфекции, установлено статистически значимое повышение нейтрофильно-лимфоцитарного индекса до 2,1 [1,1; 4,2] по сравнению с детьми со средне-тяжелой формой заболевания 0,8 [0,5; 1,2] ($p<0,05$, критерий Манна-Уитни). У пациентов старше 5 лет с тяжелой формой гриппозной инфекции статистически значимо повышался нейтрофильно-лимфоцитарный индекс до 8,2 [6,6; 14,4] по сравнению с детьми со средне-тяжелой формой заболевания 4,2 [1,9; 6,5] ($p<0,05$, критерий Манна-Уитни). Кровно-клеточный индекс, увеличение которого является показателем нейтрофиллеза, также статистически значимо повышался до 5,3 [3,8; 8,6] по сравнению с детьми со средне-тяжелой формой заболевания 2,8 [1,5; 3,8] ($p<0,05$, критерий Манна-Уитни).

Заключение. Проведенное исследование позволяет предложить дополнительные критерии тяжелого течения гриппозной инфекции – повышение кровно-клеточного индекса у детей старше 5 лет, повышение нейтрофильно-лимфоцитарного у детей любого возраста. Данные показатели доступны для использования в амбулаторно-поликлинической практике.

УДК: 616.344-007.64-06-053.2-089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ

Маркаев А.Я., науч. руководитель - д.м.н., проф. Эргашев Н.Ш. – Ташкентский педиатрический медицинский институт,г.Ташкент, Республика Узбекистан

Маркаев А.Я. – соискатель кафедры госпитальной детской хирургии ТашПМИ, e-mail: ***abdumomin1975@gmail.com***

Актуальность. Дивертикул Меккеля (ДМ) является наиболее частой врожденной аномалией ЖКТ и ее встречаемость в популяции составляет 2%. Риск развития осложнений со стороны ДМ на протяжении жизни составляет 4-6% [1,2].

Цель: определить оптимальную хирургическую тактику при патологиях ДМ у детей по материалам клиники.

Материал и методы. В клинике госпитальной детской хирургии ТашПМИ в период с 2010 по 2021 годы на лечении находилось 46 детей с патологией дивертикула Меккеля в возрасте от 3 мес. до 18 лет. Из них дивертикулит отмечался у 22 детей, кишечная непроходимость, обусловленная ДМ – у 14, кишечное кровотечение из дивертикула – у 1, инородное тело в ДМ – у 1, сочетание ДМ с неполной облитерации дистальной части желточного протока – у 1 ребенка. В 7 случаях выполнена симультанная дивертикулэктомия при остром аппендиците (4) и грыжах живота (3).

Результаты. Хирургическое лечение патологии дивертикула Меккеля включало следующие методы: при дивертикулах с узким основанием (до 1 см) – в 4 случаях выполнена дивертикулэктомия лигатурным способом; при дивертикулах с широким основанием: клиновидная резекция кишки – у 5 больных, сегментарная резекция кишки с анастомозом – у 28 больных, сегментарная резекция кишки с наложением стомы – у 9 больных. Послеоперационные осложнения возникли у 6 (13%) больных: несостоятельность швов – 2; спаечная кишечная непроходимость – 3; нагноение раны – 1. Летальных исходов не было. Результаты лечения в срок от 1 года до 10 лет прослежены у 40 (87%) больных, перенесших различные операции. В повторных хирургических вмешательствах дети не нуждались, развивались соответственно возрасту.

Обсуждение. Хирургическое лечение дивертикула Меккеля в зависимости от его патологии заключается в удалении, клиновидном иссечении у основания или резекции части подвздошной кишки с последующим восстановлением целостности кишки. При выраженном воспалении органов брюшной полости наряду с удалением дивертикула или резекцией части кишки операцию заканчивают наложением энтеростомы. Для профилактики развития послеоперационных осложнений следует придерживаться установленных показаний и их выполнения [3].

Выводы. Методом выбора лечения патологий ДМ является дивертикулэктомия. Варианты ее выполнения и вид симультанных вмешательств зависят от тяжести и распространённости воспалительного процесса, характера осложнений и вторичной патологии со стороны брюшины и органов брюшной полости.

Литература

1. *Череватенко А.А., Шапкина А.Н., Седых И.С., Шевчук А.С. Редкий случай инвагинации дивертикула Меккеля у ребенка. Тихоокеанский медицинский журнал. 2018;1 (71):95-96.*
2. *Ашурбеков В.Т., Мадани Т. Осложнения дивертикула Меккеля у детей. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2020; Т.10;3S:26.*
3. *Badhaasaa B.B., Abdurahman Y. The uncommon complications of Meckel's diverticulum: A single center case series study and literature review. International Journal of Surgery Open. 2023. Vol.54(100613). ISSN 2405-8572. https://doi.org/10.1016/j.ijso.2023.100613*

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ РАНЬШЕ СРОКА

Маскова Г.С. - Ярославский государственный медицинский институт, г.Ярославль, Россия

Мозжухина Л.И. - Ярославский государственный медицинский институт, г.Ярославль, Россия

Ганузин В.М. - Ярославский государственный медицинский институт, г.Ярославль, Россия

vganuzin@rambler.ru

Введение. В разных странах мира сохраняется высокое количество преждевременных родов (3,1-16,6%) без отчетливой тенденции к снижению их количества. По литературным данным, 75-80 % глубоко недоношенных детей выживают, но при этом имеет отклонения в состоянии здоровья.

Цель: оценить показатели здоровья детей, родившихся раньше срока.

Материалы и методы. Проведена оценка клинического состояния 21 ребенка, родившегося на 26-34 недели беременности. в т.ч. 8 мальчиков и 13 девочек. Все дети не имели хронических заболеваний и пороков развития. Физическое развитие новорожденных определялось на скоррегированный возраст по методу Fenton.

Результаты. На первой минуте после родов тяжелая гипоксия наблюдалась у 6 детей, среднетяжелая – у 10 детей и легкая – у 5 детей. При оценке на 5 минуте тяжелая гипоксия у новорожденных отсутствовала. Легкая гипоксия регистрировалась у 18, а среднетяжелая – у 2 новорожденных. Дистресс- синдром был диагностирован у 19 детей. При обследовании детей в периоде новорожденности были выявлены: тяжелый дистресс-синдром первого типа у 7 детей, перинатальная патология ЦНС – у 7 детей, динамическая кишечная непроходимость – у 7 детей, симметричная ЗВУР – у 3 детей и ассиметричная ЗВУР – у 3 детей. Анализ клинического статуса недоношенных показал, что большинство недоношенных детей родилось от первой и второй беременностей (80,9%). При этом у всех детей во время родов отмечалась гипоксия, которая сохранилась и на 5-й минуте жизни, но в более легкой степени. Респираторный дистресс-синдром был диагностирован у 97,5 % новорожденных, в том числе тяжелый – у 47,6%. При оценке физического развития нами использован метод Fenton, который позволил реально выделить детей с нормальным физическим развитием. Кроме того, у большой группы детей были диагностированы перинатальная патология ЦНС, дистресс-синдром, динамическая кишечная непроходимость, ЗВУР по симметричному и асимметричному типу.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование позволило выявить современные тенденции в состоянии здоровья детей, родившихся раньше срока.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЗМА СЕРОТОНИНА В ПАТОГЕНЕЗЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ: НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Миндубаева Ф.А. - НАО "Медицинский университет Караганды", г.Караганда, Казахстан
Тукбекова Б.Т. - НАО "Медицинский университет Караганды", г.Караганда, Казахстан
Ахмалтдинова Л.Л. - НАО "Медицинский университет Караганды", г.Караганда, Казахстан
Оспанова М.Д. - НАО "Медицинский университет Караганды", г.Караганда, Казахстан

mdospann@mail.ru

Введение. В настоящее время в мировой литературе обсуждается роль серотонина (5-НТ) в развитии заболеваний сердца и сосудов, врожденных пороков сердца, осложненных легочной гипертензией. Точные механизмы, ответственные за патогенез развития легочной артериальной гипертензии (ЛАГ) еще до конца не выяснены, однако эндотелиальную дисфункцию связывают с нарушениями серотониновой системы. Изучение метаболизма серотонина в патогенезе развития ЛАГ у детей с врожденными пороками сердца (ВПС) является весьма актуальным.

Цель исследования: изучение метаболизма серотонина у детей раннего возраста до и после хирургической коррекции ВПС.

Материалы и методы. В исследование было включено 30 детей в возрасте от 13 дней до года с ВПС+ЛАГ. Помимо стандартных клинико-лабораторных и инструментальных исследований, определяли показатели серотониновой системы: количество тромбоцитов, концентрацию 5-НТ, 5-ГИУК в плазме крови, моче тромбоцитах, концентрацию переносчика

серотонина (SERT) и уровень 5-HT2A рецепторов к серотонину в тромбоцитах. Для определения 5-HT, 5-ГИУК, SERT, 5-HT2A рецепторов использовали метод ИФА. **Результаты.** Среди пороков, ассоциированных с ЛАГ, преобладали пороки с лево-правым шунтированием - ДМЖП, ОАП, ДМПП, а также их комбинации. У 30% детей отмечалась высокая степень ЛАГ, у 70% - легкая и средняя. Расчетное среднее давление в легочной артерии до операции колебалось от 20 мм рт ст до 98 мм рт ст. Результаты исследования показали, что SERT в тромбоцитах снижался почти на 20% после операции (347,35±87,27 пг/10*9 vs. 284,66±55,29 пг/10*9, p=0,03). Rонцентрация 5-ГИУК в моче до хирургического лечения составляла – 19,81±46,66 нг/ммоль креатина, после - 6,51±10, нг/ммоль креатина. При применении регрессионного анализа установлено, что именно 5-ГИУК в плазме определяется уровнем расчётного среднего давления в легочной артерии с коэффициентом корреляции - 0,59 (p <0,05).

Заключение. Проведенные исследования и полученные результаты свидетельствуют о вовлеченности метаболизма серотонина в патофизиологические механизмы развития ЛАГ, ассоциированной с ВПС. Дальнейшее изучение показателей системы серотонина позволит выявить ранние биомаркеры развития ЛАГ, ассоциированной с ВПС, оценить степень тяжести и эффективность оперативной коррекции врожденных пороков сердца. Исследование выполнено при финансовой поддержке МОН РК (ИРН 14871767).

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Мирзакаримов Б.Х., Джумабаев Ж.У., Каримов Д.К., Исаков Н.З. – Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан

Деформации грудной клетки среди детского населения могут быть врожденными и приобретенными. Наиболее частой врожденной деформацией является воронкообразная и килевидная, а также изолированные деформации в виде расщепления, сращения, западения, аплазия ребер.

Причиной приобретенных деформаций могут быть заболевания легких, рахит, травмы, а также после операции на сердце. По мнению большинства авторов, различные деформации представляют собой не только косметический дефект, но и причину функциональных нарушений со стороны органов дыхания и сердца, иногда и нарушения психики. Основным методом лечения является оперативная коррекция грудной клетки. Но на фоне сопутствующих заболеваний (пневмония, бронхит, аденоиды, нарушения обменных процессов) корригирующая торакопластика представляет большой риск.

Цель: разработка реабилитационных мероприятий до и после корригирующей торакопластики.

Материал и методы. В клинику детской хирургии нами было госпитализовано 185 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Из них 160 больных детей с врожденной воронкообразной деформацией грудной клетки, 25 детей – с килевидной деформацией. По полу, соответственно, мальчиков и девочек 3:1. По степени воронкообразной деформации: II-степень у 125 детей, III- степень у 35 детей. Килевидная деформация по типу распределилась: манубриокостальный тип – 10, корпорокостальный тип – 8, костальный тип у 7 детей. У всех детей, кроме косметического дефекта, отмечались быстрая утомляемость, одышка. У детей более старшего возраста отмечались загрудинные боли. При обследовании у 90% больных были выявлены хронический бронхит, аденоиды, тонзиллит. У детей в дальнейшем наблюдалась склонность к нарушению психического статуса, такого как недовольство внешним видом, застенчивость, апатия, ограниченность общения со сверстниками и т.д.

С учетом состояния больного до операции были проведено реабилитационные мероприятии. Все больные на догоспитальном периоде были подвергнуты оторинолорингологическому

обследованию и лечению, общеукрепляющей и антибиотикотерапии, а также курсу психотерапии. Реабилитационный период в среднем составлял 25-30 дней в амбулаторных условиях. В результате проведения комплекса мер улучшилось общее состояние, повысилась сопротивляемость организма, увеличилась масса тела, улучшились показатели дыхания и сердца, что является основным критерием подготовки больного к оперативному лечению.

Таким образом, у детей с врожденной деформациии грудной клетки часто наблюдается сочетанная патология со стороны ЛОР органов и дыхания. Проведение реабилитационных мер до оперативного лечения является залогом успеха лечения и профилактики осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Мирзакаримов Б.Х., Джумабев Ж.У., Гафуров А.А., Исаков Н.З. – Андижанский государственный медицинский институт, г.Андижан, Узбекистан

Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) является врожденным дефектом развития, который характеризуется выпячиванием вперед грудины и сочленяющихся с ней ребер. КДГК является второй по частоте после воронкообразной деформации. По данным авторов, данная патология расценивается не только как косметический дефект, но и как причина функциональных нарушений со стороны органов дыхания, сердца и даже психологии детей. Выраженный косметический дефект у детей в старшем возрасте приводит к замкнутости, иногда агрессивности, нарушению социальной адаптации в обществе. Основным методом лечения является хирургическое, т.е. корригирующая торакопластика.

Цель: обосновать методику коррекции в зависимости от типа килевидной деформации и определить оптимальный возраст операции.

Материал и методы: за последние 5 лет в клинику детской хирургии были госпитализированы для обследования и лечение 86 детей КДГК различного типа. Возраст детей от 4 до 14 лет. По полу детей распределили: мальчиков - 61, девочек – 25. По типу (классификация Баирова Г.А., и Фокина А.А.) деформации: 1. Манубриокостальний тип 20 - детей, этот тип характеризуется изгибам вперед рукоятки грудной клетки .2. Корпорокостальный тип: 45 - детей отмечалась выпячивание средней и нижней трети грудины. 3. Костальный – 21 ребенок, наблюдался изгиб перед реберными хрящами парастернально в виде подковообразной деформации.

Анамнестические данные указывали на то, что почти у всех детей деформация грудной клетки была замечена вскоре после рождении. С возрастом у детей отмечалась болезненное ощущение за грудиной и нарушения психологического статуса. При психологическом обследовании выявлено, что дети младшего возраста комплекс неполноценности не вызывал особых беспокойств. С возрастом нарастало влияние деформации, развивалась апатия, застенчивость, недовольство внешним видом. Все дети после предварительного обследование были оперированы, показанием явилась косметической дефект и функциональные нарушении со стороны органов грудной клетки, что подтверждает наличие утомляемости, одышки и сердцебиения при незначительной физической нагрузке. За основу метода торакопластики мы использовали метод Баирова, который заключается в резекции деформированных ребер, поперечной стернотомии и фиксации давящей повязкой. Нами методика была дополнена: а) миопластика над корригированной грудиной, б) продольная клиновидная стернотомия при корпорокостальном типе, в) максимальное укорочение нижних ребер.

Выводы. Таким образом, КДГК у детей с возрастом прогрессируя, приводит к функциональным нарушениям органов грудной полости и нарушению психического статуса. Что является показанием к оперативной коррекции. Хирургическая лечения данной патологии с изменённым методом коррекции дает возможность, улучшит результаты в отдаленных сроках.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА БРОНХОБЛОКАЦИИ У ДЕТЕЙ

Мыкыев К.М., Молдоисаев К.Б., Самсалиев А.Ж. – Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б.Н. Ельцина, кафедра детской хирургии, г.Бишкек, Кыргызская Республика

Актуальность. Бронхоблокация остается актуальным методом лечения гнойно-деструктивной пневмонии у детей с формированием бронхоплеврального или бронхоторакального свища, легочным кровотечением и другой хирургической бронхолегочной патологией в детском возрасте. Статистика последних лет свидетельствует о частом использовании этого способа как основного метода лечения.

Цель исследования. Изучить показания и эффективность данного метода лечения и представить работу, проведенную отделением за период 2010-2022 гг.

Материалы и методы. В период 2010-2022 гг. в отделении торакальной хирургии городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) было выполнено 53 бронхоскопии с бронхоблокацией. Больным применяли общие методы клинического исследования, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ плевральной полости, по показаниям КТ и магнитно-резонансную томографию. Полученные данные обрабатывали с помощью статистической программы SPSS 16.0.

Результаты исследования. При проведении данного исследования из всех респондентов мальчики (52,9%), девочки (47,1%). Возрастной аспект больных составил: до 3 лет - (5%), от 3-7 лет (46%), более 7 лет (49%). Из всех показаний к бронхоскопии по поводу бронхоблокады было 35 больных с гнойно-деструктивной пневмонией, осложненной торакобронхиальным свищом, легочным кровотечением - 6, остаточной полостью после эхинококкэктомии легкого - 8, инородным телом бронха и легкого - 4 респондента.

По поводу гнойно-деструктивной пневмонии у 35 больных выполнена бронхоскопия: в бронхах верхней доли - 9, бронхах средней доли - 4, промежуточных бронхах - 9, бронхах нижней доли - 13. Больные с легочным кровотечением, блокирование главных бронхов выполнены у 4 пациентов, у 2 в нижнедолевых бронхах. Бронхиальную блокаду при инородных телах нижних дыхательных путей выполняли при трудноудаляемых инородных телах (кости с острыми краями, колпачки от ручек, бусы и др.), после повторных манипуляций. Перед торакотомией всем выполняли бронхоскопическое иссечение, также при невозможности предотвратить миграцию инородных тел при ревизии инородного тела и перед бронхотомией, выполняли бронхоблокацию соответствующих долевых бронхов. В этих случаях после извлечения инородных тел и ушивания рассеченного бронха блокатор оставляли для хорошего заживления раны бронха. Во всех случаях бронхоблокатор отменяли на 12-16-е сутки. После снятия блокатора по показаниям проводили 1-3 курса лечебно-санационной бронхоскопии. Миграция бронхоблокатора в наших наблюдениях была в 1 случае при вскрывшейся эхинококковой кисте с бронхиальным свищом. Случаев летального исхода не отмечено.

Заключение. Метод бронхоблокады — это эффективный метод лечения в детской торакальной хирургии, преимущественно при гнойно-деструктивных процессах в легких, с образованием бронхо-плеврального, торако-бронхиальный свища и пневмотораксе.

ОПТИМИЗАЦИЯ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ВРОСШЕГО НОГТЯ У ДЕТЕЙ

Мыкыев К.М., Нурмухамедов Т.Н. – Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б.Н. Ельцина, кафедра детской хирургии, г.Бишкек, Кыргызская Республика

Актуальность. По литературным данным, вросший ноготь (ВН) у обратившихся к хирургу больных, встречается довольно часто – в 3-10 % случаев. Следует подчеркнуть, что эти сводные данные касаются детей, подростков и взрослых. Заболевание среди детей

наблюдается преимущественно в возрасте 10-15 лет. По мнению большинства авторов, основной причиной врастания ногтей являются нарушение их нормального роста и анатомическая диспропорция между ногтевой пластиной, ногтевым ложем и окружающими мягкими тканями. При вросшем ногте палец становится отечным, кожа гиперемирована, боковые валики утолщаются и нарастают на ногтевую пластину, появляется боль при ходьбе, что причиняет ребенку проблемы.

Цель: оптимизация метода хирургической коррекции ВН, для улучшения результатов лечения.

Материалы и методы: изучены данные лечения ВН у детей - по Дюпитрена и Шмидена. Больные этой группы - 64, которые лечились у взрослых хирургов в разных ЛПУ. Усовершенствованная методика лечения проводилась у 80 пациентов в отделении дневного пребывания (ХОДП) ГДКБ СМП за 2012-2022 гг. В этой группе, применялись этиопатогенетическое обоснование в лечении, без резекции и без удаления ногтевой пластины с ВН.

Результаты. Возраст детей в основной группе 11-17 лет. Мальчиков-43 (53,7%), девочек-37 (46,3%). Одностороннее ВН у-64(78,7%), двустороннее у—16 (21,3%) больных. Отмечено рост в осеннее-зимнее время у - 54 (67,5%), обусловлено пересменой новой и тесной обуви. В контрольной группе ВН в анамнезе у 35 произведено хирургическое удаление ногтевой пластинки, у 29-краевое удаление ногтевой пластинки вместе с матрицей, у 18 детей по 3, у 15 по 2 раза. У 40% в отдаленном периоде отмечено деформация ногтевой пластинки. Больные первой группы испытывали чувство страха и боязни из-за боли при длительных перевязках и возможности повторного оперативного лечения. Жалобы при ВН: боль, отёк и гипертрофия мягкой ткани вокруг ногтевого валика. При осложнений-отёк, гиперемия, гнойное выделения из раны пальца, ограничение движения из-за боли, иногда температура тела. Проводили определение степени ВН, затихание или локально наличие гнойно-воспалительного процесса. Исследовали анализ крови, при необходимости УЗИ. Модифицированную методику проводили в фазе ремиссии и заключается в клиновидной резекции гипертрофированных мягких тканей пальца и ушивается кетгутовыми швами. В 2-х случаях из-за несоблюдения режима после операции наблюдался отёк, нагноение раны, в 1- м случае кровотечение. При изучении в отдаленном периоде отмечены хорошие результаты, рецидива нет.

Выводы: модифицированная методика лечения при ВН у детей дает хорошие результаты, отсутствие рецидива заболевания.

СЛУЧАЙ ВРОЖДЁННОГО ТРАХЕО-ПИЩЕВОДНОГО СВИЩА У РЕБЁНКА

Мыкыев К.М., Омурбеков Т.О., Молдоисаев К.Б. – Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Актуальность. Врожденные изолированные соединения трахеи и пищевода (ТПС) составляют 1-4% среди всех заболеваний пищевода в детском возрасте [Баиров Г. А. и др., 1969; Haight C., 1957; Grob M., 1968; Arima E. et al., 1976, и др.]. Впервые сообщение об этом пороке развития было сделано A. Richter в 1792 г. Но только в 1939 г. C. Imperatory успешно оперировал такого больного. Несмотря на общее довольно значительное число больных, опыт каждого из авторов не велик. Только некоторые из них представили личные наблюдения в количестве более 10 [Hays D. et. al., 1966; Johnston P., Hasting S., 1966; Cleland W., 1968; Gwinn J., 1969; Bedard P. et al., 1974]. Опыт остальных хирургов исчисляется единичными наблюдениями.

Материал и методы исследования. Больной К.И., 1год 6 месяцев поступил в ГДКБ СМП 26.08.21г., жалобами на кашель, хриплость, периодическое повышение температуры тела. Из анамнеза: с рождения во время кормления грудью отмечается приступообразный кашель,

хриплость, одышка. Неоднократно обращались по месту жительства и получал амбулаторное и стационарное лечение с д-м: «Двусторонная аспирационная пневмония». Общее состояние тяжелое за счёт двусторонней аспирационной пневмонии, дыхательных нарушений, частота дыхание - 42, SpO2 – 85%. На рентгенограмме органов грудной клетки от 26.08.21г отмечается картина 2-х сторонней пневмонии. При рентгеноконтрастном исследовании пищевода с триомбрастом от 6.08.21 контраст свободно проходит в желудок. При бронхоскопии 9.09.21г., обнаружено свищевое отверстие в трахее на расстоянии около 1 см до бифуркации размером 0,4х0,5 см, слизистые вокруг гиперемированы, отёчные, при вдохе уменьшается. Анализ крови от 13.09 эр. 3,7, гем. 113 г/л, лейк. 7,0, СОЭ 10 мм, п - 4, с.54, эоз. 2, мон. 3, лимф. 37, тромб. 518., общий белок - 66,5, альб. 38,3, общий билирубин 12,4, тим.пр. 0,36, АСТ - 25, АЛТ - 21, мочевина 4,9, остаточный азот 16,9, креатинин 50,7. УЗИ внутренних органов от 7.09 без патологии.

Результат. После предоперационной подготовки 16.09.21г произведена торакотомия справа. При ревизии обнаружен свищевой ход, отходящий от пищевода в трахею вверх, размером 0,7х1,0 см. Свищ на пищеводе иссечен и наложен 2-х рядный шов, после проведения назогастрального зонда. Ревизия на герметичность. После операции через назогастральный зонд получал питание в течение 8 суток. Получал антибиотикотерапию, инфузионную, обезболивающие и симптоматическое лечение. На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки после операции на 5 и 11 сутки без патологии. Швы сняты на 12 сутки, заживление раны первичным натяжением. Выписан домой с выздоровлением. За 12 дней прибавил в весе на 1.500 гр.

Выводы:

1. Больные с изолированным врожденными трахеопищеводными свищами часто лечатся амбулаторно или стационарно с диагнозами пневмония, острый бронхит как «часто болеющие дети».

2. Тщательно и правильно собранный анамнез детей с кашлем и проведение бронхоскопического исследования помогает в своевременной диагностике врожденного трахеопищеводного свища.

РОЛЬ ЕСТЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Насирова С.Р. - Научно-исследовательский Институт Педиатрии имени К. Я. Фараджовой, г.Баку, Азербайджан

sevincnesirova40@gmail.com

Введение. Некротический энтероколит (НЭК) — тяжелое заболевание, возникающее у новорожденных, поступающих в отделение реанимации с различными неотложными состояниями. В исследованиях, проведенных в последние годы, существует ряд представлений о роли питания в профилактике НЭК. Согласно международным публикациям, заболеваемость НЭК выше среди новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении в экономически и социально развитых странах Европы. Эта ситуация, вероятно, также связана с недостаточным грудным вскармливанием.

Цель и методы работы. Цель работы - исследовать значение естественного питания в профилактике некротического энтероколита у новорожденных. Для выполнения поставленных задач обследовано 100 новорожденных. Обследованные дети поступили в НИИ педиатрии из родильных домов города Баку и районов. В зависимости от клинической симптоматики эти дети были разделены на следующие группы: I группа – 26 (26±4,4%) больных с НЭК I степени, II группа – 44 (44±5,0%) больных с НЭК II степени, III группа – 30 (30±4,6%) пациентов с НЭК III степени. Здоровую группу составили 20 практически здоровых детей.

Результаты и их обсуждение. Оценивали общее состояние обследованных детей. При поступлении в стационар состояние 2 больных тяжелое, 96 больных очень тяжелое, а 2 больных преагональное. Среди детей, включенных в исследование, 5 детей вскармливались грудным молоком, 52 ребенка получали искусственное питание, 16 детей вскармливались смешанным питанием, а 27 детей не вскармливались. Смотря на группы, количество детей, находящихся на искусственном вскармливании, было выше во всех группах. Так, на искусственном вскармливании находились 16 детей I группы (61,5±9,5%), 22 ребенка II группы (50±7,5%) и 14 детей III группы (46,7±9,1%). Новорожденные, которые были на искусственном вскармливании с рождения чаще развивался НЭК.

Выводы. Таким образом, в результате наших исследований было установлено, что ведущую роль в профилактике НЭК играет естественное питание. Грудное вскармливание новорожденных с первых часов позволяет предотвратить развитие НЭК и снизить заболеваемость и смертность. Насирова Севиндж Рамиз Тел: +994 557219089 sevincnesirova40@gmail.com

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ

Нургалиева Ж.Ж. - НАО «КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова», АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г.Алматы, Казахстан

Кисленко А.В. - НАО «КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова», АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г.Алматы, Казахстан

Жылкыбай Ж.О. - НАО «КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова», резидент по специальности «Педиатрия», г.Алматы, Казахстан

Рахматулла У.Г. - НАО «КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова», резидент по специальности «Педиатрия», г.Алматы, Казахстан

Маюфи А.М. - НАО «КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова», резидент по специальности «Педиатрия», г.Алматы, Казахстан

nurgaliyeva.z@kaznmu.kz

Актуальность. Аутоиммунный гепатит (АИГ) у детей имеет прогрессирующее течение с развитием цирроза печени. Пик регистрации – в возрасте 6-10 лет; в структуре заболеваемости гепатобилиарной системы составляет 1,5-7%. Для эффективного лечения АИГ необходимо проведение комплексной клинико-лабораторной и инструментальной диагностики.

Цель: изучить клинико-лабораторные показатели детей с АИГ.

Материалы и методы. Изучены 25 медицинских карт детей, получавших стационарное лечение в НЦПДХ (г.Алматы) с диагнозом АИГ. Средний возраст 7,9±3,2 года, длительность заболевания 2,4±1,8 лет. Изучены жалобы, клинические симптомы, биохимические показатели крови, результаты УЗИ печени (n=25), КТ брюшной полости (n=9), фибросканирование печени (n=5).

Результаты. Жалобы: 68% утомляемость, 48% болевой синдром, 44% увеличение печени, 36% увеличение живота, 28% нарушение стула, 20% рвота, 20% повышение температуры, 16% снижение веса. Объективно: тяжелое состояние у 28% детей, гепатомегалия – 52% (+3,6±2,8см из-под края реберной дуги), желтушный синдром – у 48%, асцит – 12%. Лабораторно: повышение уровней АЛТ у 75% (ср.знач. 163,4±151,6Ед/л), АСТ у 68% (162,0±112,7Ед/л), ГГТП у 50% (67,6±38,2 Ед/л), JgG у 52% (17,6±8,7г/л), общ.билирубина у 40% (28,2±8,3мкмоль/л), пр.билирубин у 61,1% (21,9±14,2 мкмоль/л), гипоальбуминемия у 44,4% (38,8±7,1г/л), щелочной фосфатазы – 72% (263,5±98,7Ед/л). В коагулограмме отмечалось снижение протромбинового индекса у 60,9% (ср.знач. пониженных цифр 39,8±21,3), повышение протромбинового времени у 37,5% (ср.знач. повышенных цифр 16,9±3,7 с),

повышение МНО у 20,8% (1,3±0,02), АЧТВ у 79,2% (41,5±4,4), повышение фибриногена у 17,4%, снижение фибриногена у 26,1%. При УЗИ печени в 40% случаев визуализировалась гепатомегалия, 16% признаки перипортального фиброза, у 1 больного – очаговое уплотнение. По результатам КТ гепатомегалия определена у 33,3%, признаки фиброза у 11,1%; цирроза – 44,4%, варикозное расширение вен пищевода – 44,4%, кальцинат печени у одного. Фибросканирование печени определило по шкале METAVIR стадии фиброза F1 (40%) и F2 (40%), стадия цирроза F4 – 20%.

Выводы. Ранняя верификация АИГ затруднена в связи с поздней обращаемостью пациентов и их родителей, а также отсутствием настороженности у участковых педиатров. В связи с чем имеется высокий процент тяжелых осложнений: фиброза, цирроза печени, сопровождающихся печеночной недостаточностью.

МОДИФИЦИРОВАННАЯ ПЕРЕДНЯЯ АНОРЕКТОПЛАСТИКА ПРИ НИЗКИХ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЯХ

Оспанов М.М., Дженалаев Д.Б., Рабаев Г.С., Нурсеитова А.Ш., Козбагаров А.Ж., Шокаев Е.Р., Ольховик Ю.М. - Национальный Научный Центр Материнства и Детства, КФ «University Medical Center», г.Астана, Казахстан

Введение: оптимизация методик хирургической коррекции аноректальных мальформаций остается актуальной хирургической проблемой. Широкое распространение сегодня получила задняя сагиттальная аноректопластика по Pena. Однако эта операция не лишена недостатков в виду пересечения большого количества анатомических структур. Предложено несколько вариантов передней аноректопластики: Stoune-Benson, Rizzoli, Okada, которые также не лишенные недостатков. В данной работе мы представляем переднюю аноректопластику в модификации нашего центра.

Цель: улучшение ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения атрезии прямой кишки с вестибулоректальным свищом и других вариантов низких аноректальных мальформаций.

Методы: пациентам с вестибулоректальным свищом и другими формами низких атрезий прямой кишки выполняется передняя аноректоплатика модифицированная за счет:

1. обязательная разметка с помощью аппарата электромиостимуляции проекции анального сфинктера с последующим круговым разрезом кожи диаметром 6-8 мм по центру анального сфинктера;
2. круговой разрез кожи вокруг свища (разрез по сагиттальной борозде не выполняется с целью уменьшения травмы и размера послеоперационного рубца);
3. глубокая мобилизация дистального конца прямой кишки (3-4 см);
4. формирование ректо-кутанеоанастомоза 8 отдельными швами (модифицированный шов по Донати);
5. перемещение мышц тазового дна над анальным сфинктером для формирования мышечного каркаса.

Результаты: преимущества описанной техники операции:

1. требует минимального доступа, не требуется широкий разрез кожи по сагиттальной борозде;
2. техника операции не подразумевает рассечения анального сфинктера, последний сохраняет анатомическую целостность;
3. косметический эффект – отсутствие видимых послеоперационных рубцов.

Вывод: в данном докладе мы описываем технические особенности модифицированной передней аноректопластики с демонстрацией отдельных клинических случаев. В последующих работах будут проанализированы непосредственные и отдалённые результаты предложенного метода.

ТЕХНОЛОГИИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО АНАЛИЗА АУСКУЛЬТАТИВНЫХ ЗВУКОВ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ (УМНЫЙ ДЕТСКИЙ ФОНЕНДОСКОП)

Пиянзин А.И. - Алтайский государственный университет, г.Барнаул, Россия
Букатов.К.Е. - Алтайский государственный университет, г.Барнаул, Россия
Бобошко.И.П. - Алтайский государственный университет, г.Барнаул, Россия

bio7777777@mail.ru

Бронхолёгочные заболевания являются одной из главных причин смертности детей. Диагностика и ход течения заболеваний лёгких мониторируются с помощью аускультации легких. Недостатком этого метода является то, что звуки анализируются одним врачом или несколькими (существуют фонендоскопы, которые имеют несколько ответвлений для прослушивания). Вторым минусом можно назвать отсутствие возможности воспроизведения звуков и субъективность их оценки. Положительными моментами электронного фонендоскопа является то, что полученные аудиофайлы могут анализироваться большим количеством медицинских специалистов, записываться и прослушиваться в любой момент времени. Это позволяет проводить сравнительный анализ хода течения заболевания. Субъективность анализа результатов значительно уменьшается за счет использования математических методов. Нами был сделан электронный фонендоскоп. Диктофон напрямую соединили с головкой фонендоскопа с помощью переходника, который напечатали на 3д-принтере. Таким образом, появилась возможность лёгочные звуки передавать, сохранять и создавать индивидуальную базу данных. Использовали методы машинного обучения: метод опорных векторов, случайный лес, метод k-ближайших соседей. Среди всех метрик наилучшее качество классификации показал метод k-Ближайших соседей. Для извлечения аудио характеристик выбрали метод мел-кепстральных коэффициентов. Построили и обучили модели диагностики и хода течения бронхолёгочных заболеваний. Провели сравнение и оценку качества построенных моделей. Можно сделать следующее заключение**:** электронный фонендоскоп может использоваться непрофессионалами и разными медицинскими специалистами, что позволит решить проблему с недостатком квалифицированных кадров. Осуществить быструю передачу педиатрам лёгочных звуков из отдаленных районов. Использовать такой фонендоскоп особенно важно в первичном звене здравоохранения - самая востребованная у населения часть медицинской службы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И СТУДЕНТОВ

Пиянзин А.И. - Алтайский Государственный Университет, г.Барнаул, Российская Федерация
Козырь П.А. - Алтайский Государственный Университет, г.Барнаул, Российская Федерация

mcleshiy16@gmail.com

В настоящее время педиатры много времени тратят на ручное ведение информации по питанию детей и подростков с момента рождения до 17 лет. Дополнительно даются рекомендации по питанию беременных женщин и кормящих матерей. Немаловажным аспектом является питание студентов. Ученые выяснили, что плохие привычки в еде во время студенчества могут привести к проблемам со здоровьем на всю жизнь: ожирению, респираторным заболеваниям и депрессии. Проведённые среди студентов социальные опросы показали недовольство качеством организации питания в столовых. Для комплексного решения вышеуказанных проблем использовались современные компьютерные технологии. Разработана конфигурация информационной базы на платформе 1С: Предприятие, которая

содержит в себе данные о блюдах, входящих в меню, с подробным описанием пищевой ценности (калории, жиры, белки, углеводы, витамины), наличием аллергенов. Даны противопоказания, диетические столы. При просмотре меню на день всё это позволяет составить индивидуальный план питания. Созданная информационная система позволит повысить комфорт и качество предоставляемых услуг и предоставит людям с нестандартными системами питания или занимающимися подсчетом калорий возможность планировать свой рацион. Для взаимодействия с базой данных разработано мобильное приложение и веб-страница на сайте учебного заведения.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ НЕ ПОДДАЮЩИХСЯ КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Полухов Р.Ш., Мусаева К.Б., Исмайылов М.У. - Азербайджанский Медицинский Университет. г.Баку, Азербайджан

Актуальность проблемы: Хронические запоры - одна из патологий, часто встречающихся у детей, характеризующаяся болезненным актом дефекации реже 3 раз в неделю и недержанием кала.

Запор входит в первую десятку самых распространенных заболеваний среди педиатрической патологии. Распространенность запоров во всем мире колеблется от 0,7% до 29,6%. По проведенным исследованиям установлено, что частота встречаемости запоров у детей до 1 года колеблется в пределах 17-40%. В основном, это наблюдается у детей в возрасте от 2-х до 4-х лет, когда начинается приучение к туалету. Хронические запоры у детей в 97% случаев являются функциональными, а в 3% случаев органическими. Функциональные формы, в основном, лечат консервативно. Однако на фоне длительного лечения, у части больных, дилятация в кишечнике не поддаётся регрессии, а время транзита каловых масс в кишечнике остается удлиненным. В таких случаях, в связи с малой эффективностью консервативного лечения, предпочтение отдается хирургическому лечению. **Цель работы**: подбор тактики оперативного лечения у детей с хроническими запорами, не поддающихся консервативному лечению.

Материалы и методы: в отделении детской хирургии Учебно-хирургической клиники АМУ в 2021-2022 гг. обследовано 80 больных хроническими запорами. У всех пациентов ректально оценивали состояние анального сфинктера, пресакральной области, а также степень наполненности ампулы прямой кишки. После ретроградного введения контрастного вещества в толстую кишку было установлено, что мегаректосигмоид, наблюдаемый у 7 больных, ранее получавших длительное консервативное лечение, не регрессировал. В связи с этим принималось решение о хирургическом лечении.

Обсуждение и результаты: из 80 -ти пациентов с хроническими запорами изменения в кишечнике у 6-ти пациентов были органическими, а у 74 – х - функциональными. У детей с органическими поражениями кишечника, было установлено, что на фоне консервативного лечения время транзита по толстой кишке оставалось продолжительным, а дилатация кишки не поддавалась регрессии. Поэтому, в качестве метода лечения у этих больных, предпочтение отдавалось хирургическому лечению. Через 6 месяцев после операции было проведено повторное обследование оперированных больных. Установлено, что у этих 6-ти больных время транзита кишечника уменьшилось значительно, дилатации не отмечалось, и как следствие, удалось снизить до минимума количество, принимаемых лекарственных средств.

Выводы. Таким образом, в ходе проведенных исследований было установлено, что применение хирургического лечения у детей с хроническими запорами, не поддающихся консервативному лечению, является эффективным, послеоперационных жалоб не возникало, а объем принимаемых лекарственных средств был значительно снижен.

ЭНДОТЕЛИН -1 КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕДИАТРИИ

Пономаренко Е.А. - НИИ морфологии человека им ак. А.П.Авцына ФГБНУ "РНЦХ им акад. В.Б.Петровского", г.Москва, Российская Федерация

Хомякова Т.И. - НИИ морфологии человека им ак. А.П.Авцына ФГБНУ "РНЦХ им акад. В.Б.Петровского". г.Москва, Российская Федерация

Мхитаров В.А. - НИИ морфологии человека им ак. А.П.Авцына ФГБНУ "РНЦХ им акад. В.Б.Петровского", г.Москва, Российская Федерация

Хомяков Ю.Н. - НИИ морфологии человека им ак. А.П.Авцына ФГБНУ "РНЦХ им акад. В.Б.Петровского", г.Москва, Российская Федерация

tatkhom@yandex.ru

Эндотелин-1 ЕТ-1 играет ключевую роль в патогенезе ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, атеросклерозе, нарушении ритма сердца, хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), а также системных заболеваниях, которые могут манифестировать в детском и подростковом возрасте. Рецепторы к ЕТ-1 (ЕТА и ЕТВ) экспрессируются не только на эндотелиальных клетках, клетках гладкой мускулатуры и фибробластах, но и на клетках иммунного ответа: Т- и В-лимфоцитах, моноцитах и нейтрофилах. Для неинвазивной оценки функции и структуры эндотелия оценивают артериальную реактивную гиперемию кончика пальца (EndoPAT) и ультразвуковую оценку толщины слоев интимы и медиа сонной артерии (cIMT). Эти показатели достоверно изменяются у подростков с сахарным диабетом 1-го типа в разные сроки после постановки диагноза. Первые годы после установления диагноза диабета 1 типа у детей и подростков являются важным окном для предотвращения повреждения артерий у детей. При изучении взаимосвязи между эндотелином-1, оксидом азота, резистентностью к инсулину и артериальным давлением у лиц молодого возраста с избыточной массой тела и/или повышенным артериальным давлением было обнаружено, что уровень эндотелина-1 и продукция оксида азота в плазме крови коррелировали ($p < 0,05$). Значения систолического и диастолического артериального давления (АД) являются результатом сложных взаимодействий различных органов и систем. Эндотелиальная дисфункция имеет фундаментальное значение при нарушениях АД. Одной из возможных причин, способствующих возникновению и поддержанию артериальной гипертензии в детском возрасте, может быть дисбаланс между активностью этих веществ. При идиопатической легочной артериальной гипертензии у детей уровни ЕТ-1 в плазме повышены, а активность ЕСЕ повышена. Эндотелин-1 в высокой степени экспрессируется в легких, а чрезмерная активация рецепторов ЕТА и снижение активности рецепторов ЕТВ приводят к интенсивной вазоконстрикции с продукцией матрикса и пролиферацией клеток. Эти изменения приводят к фиброзу и воспалению легочной артерии, а значения ЕТ-1 в плазме коррелируют с уровнями легочного сосудистого сопротивления. Эндотелин-1 может играть важную роль в росте и развитии органогенеза. Таким образом, для оценки тяжести заболеваний при их манифестации в детском и подростковом возрасте целесообразно применение маркеров эндотелиальной дисфункции.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ 7 ЛЕТ

Попенков А.В. - Ташкентский педиатрический медицинский институт, г.Ташкент, Узбекистан

artur_popenkov@mail.ru

Введение. Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают одно из главных мест среди инвалидизирующих и приводящих к смерти заболеваний. Сегодня происходит омоложение многих заболеваний, и они начинают свою манифестацию уже в детстве. Детский организм имеет высокий компенсаторный потенциал и заболевания часто остаются незамеченными. Рутинное ЭКГ обследование может помочь выявить ранние признаки функциональных нарушений сердца.

Цель. Оценить функциональное состояние сердца у детей 7 лет.

Методы исследования: было обследовано 120 детей в возрасте 7 лет. Детям проводились ЭКГ обследование и антропометрические измерения. Дети были поделены на 3 группы в зависимости от индекса массы тела (ИМТ): 1 группа – нормальный ИМТ, 2 группа – избыточный вес, 3 группа – ожирение.

Полученные результаты: по результатам обследования средняя частота сердечных сокращений у детей составила – 89,1±0,98 уд/мин: у детей с нормальным ИМТ – 87,9±1,12 уд/мин, с избыточным весом – 89,2±1,94 уд/мин, ожирением – 91,9±3,05 уд/мин. Электрическая ось сердца у 51,6% детей имела вертикальное положение, нормальное положение электрической оси сердца наблюдалось у 37,5% детей, горизонтальное положение ЭОС – у 9,1% детей, отклонение вправо выявлено у 1,8% детей. Систолический показатель был выше у детей с ожирением - 49,43±1,09 мс. и с избыточной массой тела – 49,57±0,8 мс., а у детей с нормальным ИМТ – 48,64±0,5 мс. Подъем сегмента S-T наблюдался у 25 детей (20,8%): из них дети с нормальным ИМТ – 19,4%, избыточным весом – 27,5%, ожирением – 16,6%. По результатам ЭКГ заключений: нормальные показатели были выявлены у 31 ребенка (25,8 %). Среди детей с функциональными нарушениями сердца чаще отмечалось: ранняя реполяризация желудочков -25 детей (20,8%), из них I класс нарушений 24%, II класс 72%, III класс 4%; синусовая аритмия – 26 детей (21,6%,), синусовая брадикардия – 4 детей (3%), синусовая тахикардия - 2 детей (1,6%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 19 детей (15,8%), миграция водителя ритма у 3 детей (2,5%) и неспецифические нарушения проводимости желудочков были выявлены у 25 детей (20,8%).

Выводы: у детей 7 лет существенных различий по показателям ЭКГ в зависимости от ИМТ не наблюдается. Отмечается высокий процент функциональных нарушений сердца. Чаще всего встречается ранняя реполяризация желудочков, синусовая аритмия и неспецифические нарушения проводимости желудочков.

ЧАСТОТА И ТИПЫ НАРУШЕНИЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Прилуцкая В.А. - УО «Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск, Республика Беларусь

2489861@rambler.ru

У женщин с сахарным диабетом (СД) чаще регистрируются осложненные течение беременности и родов, адаптации и отклонения антропометрии детей.

Цель исследования – оценить особенности физического развития (ФР) новорожденных от матерей с различными типами СД, проанализировать частоту и структуру нарушений ФР.

Материалы. Исследование выполнено в РНПЦ «Мать и дитя», обследовано 335 детей, рожденных женщинами с различными типами СД в 2021 году. Выделено 4 группы пациентов неонатального периода: группа 1 – от матерей с СД 1 типа, группа 2 – с СД 2 типа, группа 3 – с гестационным СД, группа 4 – с манифестным СД. Оценка ФР выполнена с использованием INTERGROWTH-21st. Рассчитаны показатели z-score МТ, перцентили МТ, индекс массы тела (ИМТ), массо-ростовой индекс (МРИ) с учетом пола и гестационного возраста (ГВ).

Результаты. Масса тела (МТ) в среднем составила 3410±787,7 г. Макросомия (МТ при рождении 4000 г и более) диагностирована у 16,4% детей, рожденных женщинами с СД, что выше, чем в популяции новорожденных республики (10,2%). 10,1% детей было с МТ менее 2500 г, 4,5% – с массой 4500 г и более. Выявлены статистически значимые различия показателей между выделенными группами детей по значениям z-score МТ ($p < 0,001$), перцентили МТ ($p < 0,001$), ИМТ ($p=0,007$), z-score МРИ ($p < 0,001$) и перцентили МРИ ($p<0,001$). Внутриутробное воздействие материнского диабета, ассоциировано с большими рисками для потомства недоношенности и рождения младенцев крупновесными к сроку гестации. Статистически значимо чаще крупновесные к сроку гестации новорожденные диагностированы среди детей от матерей с СД1, в том числе и среди недоношенных. Течение беременности на фоне СД также сопровождалось задержкой роста плода. У 3,6% детей, рожденных от матерей с СД, диагностирована маловесность для ГВ. Маловесные к сроку гестации чаще регистрируются в группе новорожденных от матерей с СД 2 типа. Среди недоношенных с ГВ 25–28 недель 11,1% детей были крупновесными к сроку гестации, 22,2% – маловесными для гестационного возраста, с ГВ 25–32 недель – 20,0% и 25,0% соответственно.

Выводы. Установлены особенности производных показателей ФР в зависимости от типа СД матерей и срока гестации новорожденных. Наименьший риск отклонений антропометрических показателей ассоциирован с ГСД у женщин. Крупновесные к сроку гестации новорожденные значимо чаще диагностированы среди детей от матерей с СД1 независимо от ГВ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГАПЛОГЕНОТИПОВ ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 У НОВОРОЖДЕННЫХ С НЕОНАТАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Рагимова Н.Д. - Научно-Исследовательскиий Институт Педиатрии имени К.Я.Фараджевой, г.Баку, Азербайджан

rahimovanailya@mail.ru

Цель работы: изучение гаплотипного анализа ассоциации полиморфизма промоторного региона гена интерлейкинов-6 (ИЛ-6) Цель работы: изучение гаплотипного анализа ассоциации полиморфизма промоторного региона гена интерлейкинов -6 у новорождённых с неонатальными инфекциями.

Материал и методы: проведено комплексное обследование 72 новорождённых с неонатальными инфекциями. Полиморфные варианты генов анализировали методами полимеразной цепной реакции и полиморфизма длины рестрикционных фрагментов. Проводился гаплотипный анализ в популяции здоровых и инфицированных новорожденных генов ИЛ-6. Гаплотип GCC в контрольной группе и составляет 24,3% встречается у 18 детей у больных составляет 2%, т.е. встречается только у одного больного. Гаплотип GGG также ассоциирует с частотой встречаемости у больных (55%), у здоровых новорожденных составляет 33,6%. Согласно полученным данным высокой устойчивостью к патогену отличается гаплогенотип GCC/GCC, составляющий 17,1%, у больных данный гаплогенотип

не обнаруживается. У больных новорожденных гаплогенотип GGG/GGG встречается в 2 раза чаще по сравнению с здоровыми новорожденными. Хотя гаплотип AGC у здоровых и больных новорожденных 32,2 и 33 % почти одинаковый и, следовательно, не относится к группе рисковых, но в гомозиготном состоянии обнаруживается некоторый сдвиг к восприимчивости к заболеванию. В группе здоровых детей составляет 15,8% у больных 20%. Однако в сочетании с рисковой группой GCC, т.е. у гаплотипа AGC/GCC обнаруживается более высокая устойчивость к инфекциям 4% (встречается у 2-х детей) в контроле составляет 14,5% (встречается у 11 детей).

Результаты. При сравнительном анализе частот гаплотипов и гаплогенотипов, возникших в результате одиночных нуклеотидных замен, выявлены носители «благоприятных аллелей» и групп риска в популяциях здоровых и инфицированных новорожденных. В группу риска входят гаплотипы GGG ИЛ-6, а носителями «благоприятных» аллелей являются GCC ИЛ-6. Выявление ассоциации полиморфизма генов интерлей¬кинов с неонатальными инфекциями может быть эффективным методом в ранней диагностике, профилактике и лечении неонатальных инфекций у новорожденных детей.

Выводы. Таким образом, сочетанное носительство определенных гаплогенотипов представляют риск к заболеваемости новорожденных к инфекционным заболеваниям.

ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАПАСА ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ОРГАНИЗМЕ ОТ ТОЛЩИНЫ ПОДКОЖНОЙ СКЛАДКИ НАД ТРИЦЕПСОМ И ОКРУЖНОСТИ МЫШЦ ПЛЕЧА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Разуваева Ю.Ю. - ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г.Воронеж, Российская Федерация

Леднева В.С. - ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г.Воронеж, Российская Федерация

Ульянова Л.В. - ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г.Воронеж, Российская Федерация

Разуваев О.А. - ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г.Воронеж, Российская Федерация

Коломацкая В.В. - ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г.Воронеж, Российская Федерация

Иванникова А.С. - ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г.Воронеж, Российская Федерация

peshkovayusya@yandex.ru

Введение. По сравнению с определением роста, веса и индекса массы тела, оценка толщины кожных складок дает более полное представление о процентном содержании жира в организме. Наиболее широко используемыми антропометрическими измерениями для оценки состава тела является калипометрия, так как этот метод неинвазивен, недорог и прост в применении. Толщина кожная складки над трицепсом отражает жировые запасы, а площадь поперечного сечения средней части плеча отражает запас мышечной массы тела. Измерения толщины кожных складок могут быть полезны при долгосрочном мониторинге диетотерапии у детей, страдающими трофологической недостаточностью. Полученные значения толщины кожной скалдки над трицепмом рассчитанный объем мышцы плеча сравниваются с контрольными значениями перцентильных таблиц толщины кожной складки над трицепцом Значения меньше 5-го перцентиля для возраста соответствуют острой недостаточности питания, а значения, превышающие 90-й перцентиль, соответствуют ожирению.

Материалы и методы. В исследование было включено 33 ребенка (средний возраст 5 [3;10,5] лет) с детским церебральным параличом, госпитализированных в отделение паллиативной помощи детям. Всем пациентам проводилось измерение толщины кожной складки над трицепсом, расчет объема мышц плеча, определение процента жировой ткани в организме.

Результаты. Среднее значение толщины кожной складки над трицепсом составляло 4 [2;5,5] мм. При оценке данного показателя по перцентильным таблицам у большинства детей (72,7 %) значения находятся в 1 коридоре (ниже 5 перцентиля), что соответствует острой белково-энергетической недостаточности. Расчет объема мышц плеча показал, что у трети пациентов (36,4%) значения находятся в 1 коридоре. Процент запаса жировой ткани в организме коррелирует в большей степени с толщиной кожной складки над трицепцом (p=0,005) и в меньшей степени с рассчитанным объемом мышцы плеча (p=0,034).

Заключение. Измерение толщины кожной складки над трицепсом, определение объема мышцы плеча и процента жировой ткани в организме являются одним из наиболее простых и доступных методов оценки трофологического статуса у паллиативных пациентов, при этом толщина складки над трицепсом отражает запас жировой ткани.

ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ НА ОСНОВЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ

Рахматова Р.А., Набиев З.Н., Баходуров Х.Ф. - ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» г.Душанбе, Таджикистан

Актуальность. На современном этапе многие вопросы патологии сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и других заболеваний рассматриваются в аспекте мембранных нарушений, механизм которых связан с гипоксией, активацией или угнетением ферментных систем, нарушением самой целостности мембраны, в конечном итоге, приводящим к липопериоксидации и накоплению в избыточном количестве токсических продуктов перекисного окисления липидов.

Цель исследования: изучение состояния перекисного окисления липидов у детей при острой дыхательной недостаточности.

Материал и метод исследования. Проведен анализ результатов обследования у 85 детей с острой дыхательной недостаточностью. Из них 45 (53%) детей с нейротоксикозом, стенозирующим ларинготрахеитом, 28 (32,9%) с острым отравлением, 12 (14,2%) с менингоэнцефалитом.

В обследование детей включены оценки состояния клинико–биохимических показателей, а также произведены бактериологические исследования крови, мочи, посев из зева, бронхов, кала, определение иммунного статуса.

Изучено перекисное окисление липидов (ПОЛ) с определением малонового диальдегида (МДА), состояние антиоксидатной системы путём определения супероксиддисмутазы (СОД) и содержание аскорбиновой кислоты (АК).

Параллельно обследованию проводились лечение и реанимационные мероприятия. Из 85 больных детей 39 (44,8%) были с выраженной дыхательной недостаточностью. Им произведена интубация трахеи и перевод на ИВЛ с помощью аппарата «BEAP» в режиме умеренной гипервентиляции, продолжительностью от 3 до 36 часов.

Результаты исследования: показали, что при поступлении, на фоне дыхательной недостаточности отмечалось повышение показателей перекисного окисления липидов и угнетения антиоксидатной системы.

В зависимости от тяжести состояния и дыхательной недостаточности эти показатели увеличились в 1,5 – 2 раза с угнетением антиоксидантной системы.

При остром стенозирующем ларинготрахеите в основном проводилась ингаляция с лечебными травами и антигистаминными препаратами. Ингаляционная терапия включает в себя использование изотонических солевых растворов (физ. р-р, сода) для поддержания оптимальной влажности с добавлением воздействующих на В2-адрено-рецепторы препаратов. Дозировка 0,1% р-ра адреналина составляет 0,5 мл массы при ингаляции, при подкожном использовании дозировка 0,1%-0,1мл или 0,1 мг на год жизни 1-2 раза в день в зависимости от тяжести бронхообструкции.

С целью повышения эффективности лечения бронхообструкции у детей использовались ингаляции через ингалятор с лечебными травами и гормональными препаратами из расчёта 0,5-1 мг на кг веса ребенка, в основном использовали дексаметазон. Тактика ингаляционной терапии зависела от тяжести приступа. Эффект действия учитывался только на основании клинических данных.

Из 85 детей в другие отделения были переведены 83 (97,7%), умерло 2 (2,3%). У больных, поступивших в крайне тяжелом состоянии, лечение болезни осложнилось синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) и острой почечной недостаточностью (ОПН).

Выводы. Таким образом, использованные ингаляции с лечебными травами и традиционными методами лечения с добавлением препаратов – антиоксидантов для купирования явления обструктивных бронхитов у детей в настоящее время является наиболее эффективным.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЗИИ У ДЕТЕЙ

Рачков В.Е. - Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г.Москва, Российская Федерация

Митупов З.Б. - Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, г.Москва, Российская Федерация

Маргарян С.Р. - Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва, Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, г.Москва, Российская Федерация

Разумовский А.Ю. - Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова, г.Москва, Российская Федерация

Ключевые слова: Дети; портальная гипертензия; спленоренальный шунт; реконструкция шунта; портальная перфузия печени; печеночная энцефалопатия; гипераммониемия

Обоснование. Основным методом профилактики кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у детей с внепечночной формой портальной гипертензии ПГ является создание искусственных сосудистых анастомозов – портосистемных шунтов (ПСШ). Этот метод характеризуется высокой эффективностью и удволетворительным качеством жизни в послеоперационном периоде. В наших наблюдениях наиболее часто использовали спленоренальный анастомоз «бок-в-бок» (СРА). Однако наши долгосрочные исследования показали, что СРА может приводить к развитию гипераммониемми, неврологических изменений в отдаленные сроки после операции за счет снижения портальной перфузии печени (ППП)). Такая ситуация характерна для так называемых “тотальных портосистемных шунтов”. Сохранение ППП позволит улучшить качество жизни детей с ВПГ в отделенные сроки после операции. С этой целью в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова г. Москвы разработана новая операция – реконструкция ранее выполненного СРА в дистальный СРА (ДСРА) (тотального ПСШ в селективный шунт) путем клипирования/лигирования селезеночной вены и ее ветвей (СВ).

Цель: выяснение эффективности предложенной операции в профилактике ПН, гипераммониемии, ПЭ путем проведения комплексного обследования (нейропсихологическое обследование, лабораторные и инструментальные исследования) до и после ее применения.

Методы. В ДГКБ им. Филатова с 1989 г. оперировано более 1500 детей с внепеченочной формой ПГ. Из них у 782 выполнено СРА. Операции по реконструкции СРА выполняются с 2020 г. Всего по этой методике оперировано 41 ребенок. Использовали как лапаротомический, так и лапароскопический доступов. 18 детям проведено комплексное обследование до и после реконструкции шунта. В комплекс исследований включено определение уровня аммиака в крови, УЗИ органов брюшной полости, ангиография, МРТ головного мозга, консультация невролога.

Результаты. Рецидив кровотечений и тромбоз сосудистого анастомоза не наблюдался ни в одном случае. В послеоперациооном периоде в исследуемой группе у 14 (77%) детей выявлены признаки улучшения ППП по данным УЗИ и ангиографии. Снижение уровня аммиака в крови отмечалось у 13 (72%) детей. У 3 пациентов на МРТ имелось купирование признаков накопления солей марганца в головном мозге (признаки ПЭ).

Заключение. Наши сследования показали, разработанная операция реконструкции СРА в ДСРА, направленная на улучшение ППП, является перспективным методом профилактики гипераммониемии и неврологических изменений у детей с ВПГ.

ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ИМУНОНУТРИЕНТОВ У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Ревякина В.А., Ларькова И.А., Мухортых В.А., Кувшинова Е.Д. Воронцова Е.А. - ФГБУН "ФИЦ питания и биотехнологии", г.Москва, Российская Федерация

5356797@mail.ru

Введение. Несбалансированное питание и недостаточная обеспеченность иммунонутриентами негативно влияют на функцию иммунной системы, повышают чувствительность к вирусным и бактериальным микроорганизмам, осложняют течение пищевой аллергии. Поэтому исследование ряда конкретных иммунонутриентов у больных ПА имеет важное научно-практическое значение.

Цель исследования: определение содержания иммунонутриентов - цинка, витаминов А, С, Е в крови для оптимизации рационов питания у детей с ПА.

Материалы и методы. Обследовано 37 детей в возрасте от 2 до 5-х лет с ПА, клиническим маркером которой был атопический дерматит. Использован комплекс клинико-лабораторных методов обследования, определение специфических IgE антител (sIgE) к пищевым аллергенам, исследование цинка, витаминов В1, В2, С, Е в крови.

Результаты исследования. Под наблюдением находилось 37 детей, (средний возраст 2,8±1,5). У большинства больных (62,2%) отмечалось среднетяжелое и тяжелое течение болезни. Длительность заболевания составляла в среднем 3,5±1,9 лет, а продолжительность элиминационных диет – 1,3±0,52) года. ПА у 75,7 детей возникала после употребления коровьего молока и молочных продуктов (творог, кефир). У 56,8% детей выявлена множественная аллергия на яйцо и куриное мясо, рыбу и морепродукты, ряд овощей и фруктов. Уровни (sIgE) антител к пищевым аллергенам у наблюдаемых больных превышали нормальные значения (>0.35 Me/L). Дефицит цинка (менее 10 мкМоль/л) выявлен у 48,6%, а недостаточность (10-13 мкМоль/л) - у 32,4% детей. Выявлена обратная корреляционная связь между выраженностью кожных проявлений ПА и содержанием цинка (r= -0,59; p=0,0004). При оценке состава элиминционных диет содержание витаминов В1 и В2 у больных адекватно потребностям детей дошкольного возраста. Содержание витаминов А, С и Е в составе этих диет не превышал 50% от возрастной потребности ребенка. Уровни этих витаминов в крови у детей с ПА были снижены на 30%-40% от нормы.

Заключение. Дефицит и недостаточность иммунонутриентов является показанием для обогащения ими рационов питания, что позволит снизить активность иммунного воспаления, усилить защитные реакции организма и повысить неспецифическую резистентность к различным агентам.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА

Римская А.М. - ФГАОУВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава Российской Федерации (Сеченовский Университет). г.Москва, Российская Федерация

Яблокова Е.А. – ФГАОУВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава Российской Федерации (Сеченовский Университет). г.Москва, Российская Федерация

Горелов А.В. – ФГАОУВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава Российской Федерации (Сеченовский Университет). г.Москва, Российская Федерация

drrimskaya@yandex.ru

Цель: оценить клиническую структуру воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) с включением генно-инженерных иммунобиологических препаратов (ГИБП).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 97 историй болезни детей от 8 до 18 лет с ВЗК: 56 с болезнью Крона (БК) и 41 с язвенным колитом (ЯК). Оценивалась частота применения, переключения и период до инициации ГИБП. Группы статистически значимо не различались по возрасту БК (15+/-3,4), ЯК (16+/-3,1). Активность оценивалась по клиническим PCDAI, PUCAI и эндоскопическим SES-CD, UCEIS индексам.

Результаты. Частота применения ГИБП была значимо выше при БК 31 против 14 при ЯК ($p<0,02$), однако клиническая и эндоскопическая активность в группах на момент инициации значимо не отличалась 16,8 (10;25) и 6,7 (0;26) при БК и 32,9 (10;40) и 2,5 (0;6) при ЯК. При этом время до инициации составило 1,5 года (1 месяц; 9 лет) и 4 года (8 мес; 11 лет) при БК и ЯК соответственно. Причинами инициации ГИБТ при БК были - стероидрезистентность 7, стероидзависимость 3, суставной синдром 16, перианальные поражения 2, стенозирующая форма 3; при ЯК - стероидрезистентность 3, стероидзависимсть 6, суставной синдром 5. Переключение между ГИБП проводилось у 4 детей с БК и у 3 с ЯК. Сроки переключения составили 3,8 (1,3;6) и 1,9 (11 мес;3) лет при БК и ЯК. При БК переключения происходили при эрозивном илеоколите 2, язвенном илеите 1 и свищевой форме 1, с разными степенями активности. При ЯК во всех случаях это был распространенный колит высокой активности. При БК переключение было между препаратами из группы антагонистов фактора некроза опухли альфа у 2 детей, у 1 ребёнка была смена 3 препаратов данной группы, и у 1 на антагонист IL12/23. В группе ЯК также у 2 детей произошло переключение в рамках группы препаратов анти-ФНОа и у 1 пациента на антагонист интегринов. Переключения происходили с Адалимумаба на Инфликсимаб или наоборот с одинаковой частотой при обоих нозологиях. У 1 ребёнка как третья линия терапии был использован Голимумаб.

Выводы. В наблюдаемой когорте ГИБП инициировалась быстрее при БК. Тем не менее, выраженность клинической и эндоскопической активности значимо не различались. Причины для назначения ГИБП были схожи при обоих нозологиях. Причинами для смены ГИБП как при БК, так и при ЯК была первичная и вторичная неэффективность препаратов. Переключения происходили в основном в рамках одной фармакологической группы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ АСТЕНОВЕГЕТАТИВНОМ СИНДРОМЕ У ИНСТИТУАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Роговцова А.Г., Козина С.Ю., Котова М.В., Тюрин В.С. - ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Святого Луки» МЗ РФ, г. Луганск, Луганская Народная Республика Российской Федерации

alena.stetsenko.2020@mail.ru

Астеновегетативный синдром является актуальной проблемой современного детского населения.

Цель исследования: изучить эффективность оздоровительно-восстановительных мероприятий у институализированных детей с астеновегетативными нарушениями.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 92 ребенка, которые являются воспитанниками детского дома г. Луганска и Центра Социально-психологической реабилитации детей «СПАС» г. Стаханов в возрасте 7 - 10 лет. Для оценки симптомов астеновегетативного синдрома применялись клинико-анамнестические методы исследования, инструментальные методы (кардиоинтервалография, расчет индекса Кердо), анкетирование с использованием шкалы астенического состояния Л.Д. Малковой, шкалы оценки астении MFI–20, тест-опросника для выявления признаков вегетативных изменений. Эмпирическая группа (26 детей) - кроме стандартной терапии астеновегетативного синдрома, получала витаминно-минеральный комплекс и комплекс лечебной физической нагрузки. Группа сравнения (23 ребенка) – получала базисную фармакотерапию.

Результаты. Установлено, что из 92 обследованных детей – у 6 (6,5%) воспитанников детского дома определялась выраженная астения, у 24 детей (26,1%) - слабая астения, у 19 детей (20,7%) – умеренная астения. По опроснику Вейна, синдром вегетативных дисфункций был зарегистрирован у 26% детей с умеренной астенией, у 62% детей с выраженной астенией и у 86% - у детей со средней астенией. После проведения реабилитационных мероприятий в основной группе астения выявлялась лишь у 9 (34,6%) детей в то время, как в группе сравнения – у 14 (60,9%). При повторном исследовании, установлена достоверно значимая разница после проведения реабилитационных мероприятий в сравнении с исходным уровнем по шкалам психическая астения, снижение мотивации, снижение активности, физическая астения ($p<0,05$). Анализируя данные динамики показателей КИГ, определено, что в эмпирической группе показатели эйтонии возросли с 31,43% до 64,18% ($p<0,001$), проявления симпатикотонии стали статистически значимо ниже и составили 43,89% до реабилитационных мероприятий и 22,15% после ($p<0,01$), ваготония регистрировалась на первом этапе исследования у 24,68% детей и у 13,67% в конце ($p<0,05$).

Выводы. Полученные данные демонстрируют целесообразность использования комплексной реабилитации в период восстановления при астеновегетативном синдроме у институализированных детей.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Родина С.А. - ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, г.Москва, Россия
Кильдиярова Р.Р. - ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, г.Москва, Россия
Зимин С.Б. - Морозовская ДГКБ, г.Москва, Россия
Денисов М.Ю. Новосибирский государственный университет, г.Новосибирск, Россия

sonya.rodina.00@mail.ru

Введение. Гастроэзофагеальный рефлюкс – распространенное явление среди детей грудного возраста, являющееся физиологическим процессом и не доставляющее дискомфорт. Существует прямая зависимость между длительностью течения ГЭР и развитием патологических явлений, так как физиологический гастроэзофагеальный рефлюкс самостоятельно проходит к 9-12 месяцам. Тяжесть и прогноз дальнейшего течения гастроэзофагеального рефлюкса коррелируют с своевременно выявленными симптомами органической патологии, назначения дополнительных инструментальных исследований, должного ведения и лечения.

Цель работы – представить пример сложностей диагностики и ведения ребенка раннего возраста с ГЭР.

Материалы и методы. Девочка 1 года 9 месяцев в течение месяца перенесла дважды ОКИ, подтвержденную бактериологическим исследованием, с соответствующей для данного состояния симптоматикой. В период повторной госпитализации развилось ЖКК, проявившееся как осложнение острой язвы желудка (установлена по ЭГДС в тот же период). Последующая экстренная госпитализация спустя месяц была связана с болями в животе, рвотой фонтаном, не связанная с инфекцией. По данным инструментальных исследований выявлены дополнительные признаки, указывающие на существующий гастроэзофагеальный рефлюкс: нарушение эвакуации содержимого желудка по УЗИ, линейная гиперемия слизистой средней трети и эрозии в нижней трети пищевода, покрытые налётом фибрина, неполное смыкание розетки кардиального отдела по ЭГДС, заброс содержимого желудка до верхней трети пищевода, наличие стеноза привратника и пилоростеноза по рентгеноскопии и рентгенографии желудка. Выставлен основной диагноз – гастроэзофагеальный рефлюкс, эрозивный гастрит, рефлюкс-эзофагит, с осложнениями: субкомпенсированный постязвенный стеноз привратника, пилоростеноз; сопутствующий – белково-энергетическая недостаточность.

Результаты. Благодаря дополнительным методам исследования – УЗИ, ЭГДС, рентгеноскопия с контрастированием – был установлен диагноз гастроэзофагеального рефлюкса. Вследствие этого ребенку была проведена должным образом медикаментозная терапия и оказана нутритивная поддержка, даны рекомендации для дальнейшей стабилизации состояния.

Выводы. Применение дополнительных методов исследования позволяют в краткие сроки установить различные патологии ЖКТ и назначить должную терапию во избежание развития дальнейших осложнений, ухудшающих течение заболевания.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Саатова Г.М., Чожоева Б.Р., Алмазбекова Р. – Национальный Центр охраны материнства и детства, г.Бишкек, Кыргызская Республика

Саатова Г.М. – д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, зав. оделением кардиоревматологии НЦОМиД.

Данные о клинических исходах COVID-19 у детей в настоящее время единичные. Практически не изучалось состояние здоровья детей, перенесших бессимптомные или легкие формы новой коронавирусной инфекции.

Цель исследования. Иучить влияние пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 на заболеваемость детей

Материал и методы исследования. Изучено влияние демографических показателей, преморбидного фона, тяжести перенесенной лабораторно подтвержденной коронавирусной инфекции на характер и частоту постковидных симптомов у 92 детей. Проведен

рандомизированный ретроспективный анализ историй болезни детей, перенесших COVID – 19 с конца 2021 до середины 2022 года.

Проведен сравнительный анализ распространенности, заболеваемости и смертности детского населения до пандемии новой коронавирусной инфекции и в период пандемии по данным официальной статистики. Для изучения заболеваемости детей после пандемии (конец 2022 и начало 2023 года) изучены материалы обращаемости детей по поводу заболеваемости в КДО НЦОМиД.

Проведено открытое проспективное исследование 117 детей с ДМВС и 226 детей с кардиоревматологической патологией, возникшей после короновирусной инфекции.

Основные результаты исследования. Представлены ориентиры закономерностей клинической картины и возможностей терапии детского мультисистемного воспалительного синдрома, ревматологических и системных заболеваний, болезней сердца, ассоциированных с COVID-19.

Установлено, что долгосрочные последствия для здоровья детей в постковидном периоде возникают у 8,5% детей. преимущественно после легкой формы COVID-19 (77,2%), в том числе у детей без серьезных сопутствующих заболеваний.

Установлено, что в структуре постковидных симптомов у детей доминировали неврологические нарушения (57,6%), психологические нарушения (36,9%), суставной синдром (35,8%), кардиальные симптомы (17,3) и поражения ЖКТ (15,2%).

Выявлена зависимость клинических проявлений и сроков возникновения постковидных симптомов от тяжести перенесенной новой коронавирусной инфекции:

Противоэпидемические мероприятия, введенные с целью снижения контактов для профилактики заболеваемости коронавирусом COVID-19, наряду со снижением частоты инфекции COVID-19 способствовали существенному увеличению заболеваемости и смертности детского населения.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМИ АРТРИТАМИ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

Сайдалиева Ф.Ш. - Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан
Ахмедова Н.Р. - Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан
Ярашова Ш.И. - Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан

anilufar74@mail.ru

Актуальность. Наиболее частым представителем ревматических заболеваний у детей является ювенильный артрит, который характеризуется хроническим прогрессирующим течением с поражением многих систем организма, в том числе и органов сердечно-сосудистой системы. Поэтому изучение клинических проявлений поражения сердца и сосудов у детей с ЮА является актуальным направлением, позволяющим своевременно диагностировать и корригировать возникающие осложнения.

Цель исследования - изучить частоту встречаемости и структуру функциональных нарушений сердечной деятельности у детей с ювенильными артритами в зависимости от варианта заболевания.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 159 историй болезней больных с ЮА в возрасте от 1 мес. до 18 лет, госпитализированных в кардиоревматологическое отделение РСНПМЦП. Были проанализированы данные электрокардиографических исследований (ЭКГ) больных в зависимости от варианта заболевания.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ ЭКГ показателей выявил наличие функциональных и структурных изменений сердца у детей при ЮА. Данные ЭКГ

свидетельствовали о таких электрокардиографических нарушениях, как стойкая синусовая тахикардия, частота встречаемости которой у детей с ЮА с системным началом составила 16,4%, что в 2 раза превышает ее частоту при суставном варианте ЮА (8,1%, p≤0,01). Некоторые функциональные нарушения, такие как синусовая аритмия (3,3%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса (4,9%) регистрировались у детей только с системным вариантом заболевания. Для суставного варианта были характерны нарушения фазы реполяризации и метаболические изменения миокарда (по 2,04% соответственно). Гипертрофия правого желудочка встречалась у 4,9% пациентов с ЮА с системным началом, когда гипертрофия предсердий наблюдалась только у 1 пациента с суставной формой. В сравниваемых группах частота встречаемости признаков перегрузки левого желудочка (4,9% против 3,3%, p≤0,05) и повышение активности левого желудочка (3,1% против 2,04%, p≤0,05) превалировала у детей с системным вариантом заболевания.

Выводы. Таким образом, клиническое течение ЮА у детей характеризуется наличием функциональных нарушений сердечного ритма и проводимости, которые наиболее чаще регистрируются при системном варианте заболевания.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ VATER/VACTERL АССОЦИАЦИИ У ДЕТЕЙ

Сакуов Ж.Н. - заведующий программы неонатальной хирургии КФ «UMC», КФ UMC «Национальный научный центр материнства и детства», г. Астана, Казахстан

Дженалаев Д.Б. - КФ UMC «Национальный научный центр материнства и детства», г.Астана, Казахстан

Оспанов М.М. - КФ UMC «Национальный научный центр материнства и детства», г.Астана, Казахстан

Ольховик Ю.М. - КФ UMC «Национальный научный центр материнства и детства», г.Астана, Казахстан

Рустемов Д.З. - КФ UMC «Национальный научный центр материнства и детства», г.Астана, Казахстан

Лозовой В.М. - НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана, Казахстан

Тобыл А. - КФ UMC «Национальный научный центр материнства и детства», г.Астана, Казахстан

Шаяхметов Ш.К. - КФ UMC «Национальный научный центр материнства и детства», г.Астана, Казахстан

Актуальность. VATER/VACTERL ассоциация характеризуется множественными врожденными пороками развития: пороки развития позвоночника и конечностей, атрезия заднего прохода, пороки сердца, трахео-пищеводный свищ, атрезия пищевода и пороки развития почек. Лечение детей с VATER/VACTERL ассоциацией считается одним из наиболее сложных разделов детской хирургии и представляет значительный практический интерес.

Цель исследования: поделиться опытом лечения детей с VATER/VACTERL ассоциацией.

Материалы и методы исследования. В КФ «UMC» ННЦМД в отделении детской хирургии за последние 7 лет (2015-2022 гг.) находились на лечении 3 детей (3 мальчика) с VATER/VACTERL ассоциацией. У 2-х детей диагностировали атрезию пищевода с трахеопищеводным свищем, у 1-го безсвищевую форму. У всех пациентов имелись пороки развития сердца, скелета, мочеполовой системы, и атрезия ануса-в 2-х случаях с ректоуретральным свищем и 1-м безсвищевая форма. В периоде новорожденности 2-м детям была проведена торакотомия справа, устранение трахеопищеводного свища и прямой эзофаго-эзофагоанастомоз, в динамике отмечались несостоятельность и сужение анастомоза, что потребовало наложения гастростомы и шейной эзофагостомы. У ребенка с безсвищевой формой атрезии пищевода как первый этап хирургической коррекции были проведены

гастростомия и шейная эзофагостомия. Так же, всем детям была наложена двойная сигмастома. В последующем 1-му ребенку проведена пластика пищевода желудком, 2-м детям колоэзофагопластика. Всем детям проведена аноректопластика, бужирование неоануса и закрытие толстокишечной стомы в более старшем возрасте.

Результаты исследования. Для оценки результатов были использованы: ФЭГДС, контрастное исследование ЖКТ, анкетирование. Из прооперированных детей у одного ребенка отмечался осложнение как стеноз колоэзофагеального анастомоза, что потребовало реанастомоза. Проведенное анкетирование и обследование показало, что хороший результат отмечен у 2-х пациентов, удовлетворительный у 1-го.

Заключение. Лечение ассоциации VATER/VACTERL у детей до настоящего времени представляет серьезную хирургическую проблему. Несмотря на достижения современной детской хирургии, послеоперационная летальность детей до сих пор остается высокой. В нашей больнице по устранению атрезии пищевода проводится пластика пищевода толстой кишкой и желудком позволяющая восстановить пассаж пищи у больных, улучшая качество жизни детей, родившихся с атрезией пищевода, способствуя их полноценному физическому развитию.

КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ЮГА ТАДЖИКИСТАНА

Салимов Б. А. - Государственное учреждение НКИ Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии г. Душанбе, Республика Таджикистан.

Вохидов А. - Государственное учреждение НКИ Стоматологии и челюстно-лицевой хирургии г. Душанбе, Республика Таджикистан.

Цель. Изучить обеспеченность кадровыми ресурсами стоматологами жителей Хатлонской области не зависимо от форм собственности стоматологического учреждения.

Материал и методы. Проведен анализ данных официальной статистической отчетности «отчет о кадровом потенциале здравоохранения форма 17, утвержденная приказом. Анализу были подвергнуты данные за период с 2017 по 2021 гг.

Результаты и их обсуждение. На протяжении последних пяти лет отмечается рост численности детского населения во всех регионах РТ, так прирост числа детей с 2017 по 2021 гг. на страновом уровне составило +7,4%, где абсолютное число детей увеличилось на 253502 ребенка. В г. Душанбе (6,3%) 20342, в Хатлонской области на (9,5%) 116650 детей, в РРП – (3,2%) 24960, тогда как по ГБАО рост числа детей составил всего (4,2%) 4000 детей. Общее число врачей стоматологов всех специальностей в Республике Таджикистан за 5 лет составило 9481, тогда как за этот же период в Хатлонской области работало всего 1531 (16,1%), что в 6 раз меньше чем обще республиканские данные. В государственной (бюджетной) системе стоматологической помощи в Хатлолнской области в течении 5 лет было занято 1110 или 72,5% от общего число врачей-стоматологов всех квалификаций. Среди врачей стоматологов всех квалификаций на страновом уровне имеют квалификационную категорию 37,7%, тогда в Хатлонской области значительно выше – 50,9%, различия статистически достоверны. Число врачей обслуживающих детей - детский стоматолог в Хатлонской области всего за пять лет составило 82 (5,3%) врача от число всех врачей-стоматологи всех квалификаций, работающих в Хатлонской области. Тенденция динамики численного состава детских стоматологов за пять анализированных лет имеет отрицательное сальдо – 6, где показатель Т/приб. -30%.

Выводы. Численный состав врачей-стоматологов всех квалификаций в Хатлонской области составляет мене 20% от обще республиканских показателей. При общем росте числа врачей-стоматологов всех квалификаций в данном регионе имеет место четкая динамика уменьшения число таких врачей стоматологов как детских, так и ортодонтов. Более чем в 2,4 раза уменьшилось число врачей, работающих на селе.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ШИРОКОПОЛОСНОГО ПОГЛОЩЕНИЯ АКУСТИЧЕСКОГО СИГНАЛА СТРУКТУРАМИ СРЕДНЕГО УХА

Сапожников Я.М. - Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА РФ, г.Москва, Россия

Канафьев Д.М. - ГАУЗ Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г.Казань, Республика Татарстан, Россия

Мочалов А.С. - Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА РФ, г.Москва, Россия

Карпов В.Л. - Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии ФМБА РФ, г.Москва, Россия

denotolog@mail.ru

В настоящее время всё более широкое применение находит такой метод исследования, как широкополосная тимпанометрия. Данное исследование заключается в использовании зондирующего стимула, включающего широкий спектр частот в отличие от классической акустической импедансометрии, использующей в своей структуре одну определенную частоту. Основной показатель, изучаемый при проведении данного исследования – абсорбанс, по-другому количество поглощенной структурами уха звуковой энергии. Измеряется он от 0 до 1, где 0 – полное отражения звуковой энергии, а 1 – это поглощение 100% энергии. Наружное и среднее ухо новорожденного незрело при рождении. Периферическая слуховая система проходит период наиболее быстрого развития от рождения до 3-х летнего возраста. Вышеперечисленные изменения в процессе взросления, не могут не повлиять на показатели широкополосного поглощения сигнала у детей раннего возраста.

Цель исследования - изучить показатели широкополосного поглощения сигнала у детей в процессе взросления.

Для определения разницы между широкополосным поглощением структур среднего уха в различных возрастных группах были обследованы 60 пациентов в возрасте от 1 года до 18 лет, не имеющих патологических изменений со стороны органа слуха. Удовлетворяющим критериям отбора пациентам проводилась широкополосная тимпанометрия. Для данного измерения был использован прибор Interacoustics Titan клинической версии.

На основании проведенного исследования нами было установлено, что чем меньше ребенок, тем меньше абсорбанс на частотах от 0,25 до 2 кГц. В то же самое время, на частотах от 2 до 6 кГц, широкополосное поглощение акустического сигнала у детей от 1 года до 11 лет показало одинаково высокие значения, даже выше, чем у взрослых. Показатели пациентов от 12 до 18 лет соответствовали показателям абсорбанса взрослых людей.

Из всего вышеперечисленного можно сделать **вывод**, что изменение широкополосного поглощения сигнала напрямую связано с развитием наружного и среднего уха. Факторы, способствующие таким изменениям, включают рост слухового прохода (как длины, так и площади поперечного сечения), рост полостей среднего уха и резонанс стенок наружного слухового прохода. Соответственно возраст пациента должен учитываться при проведении широкополосной тимпанометрии в детском возрасте.

ГИДРОЛИЗАТЫ МОЛОЧНЫХ БЕЛКОВ, КАК ОСНОВА ПРОДУКТОВ С ПОНИЖЕННОЙ АЛЛЕРГЕННОСТЬЮ ДЛЯ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ

Семенова Е.С. - Научно-исследовательский институт детского питания – филиал Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи, г.Истра, Московская область, Российская Федерация

Симоненко С.В. - Научно-исследовательский институт детского питания – филиал Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи, г.Истра, Московская область, Российская Федерация

Симоненко Е.С. - Научно-исследовательский институт детского питания – филиал Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи, г.Истра, Московская область, Российская Федерация

lab6@niidp.ru

Правильное питание в детском возрасте имеет особое значение, поскольку именно в этот период формируются основные физиологические, метаболические, иммунологические механизмы, определяющие здоровье человека на протяжении всей его последующей жизни. Однако, в последние годы внимание специалистов привлекает значительный рост распространенности аллергических заболеваний среди детей. Наиболее часто, по сравнению с другими формами пищевой аллергии, у детей встречается аллергия к белкам коровьего молока. Основные подходы к лечению пищевой аллергии состоят в исключении пищевого аллергена из рациона больного. Полное исключение молочных продуктов из питания ребенка крайне нежелательно, поскольку обусловливает ограниченное поступление в его организм и других нутриентов, например легко усвояемого белка с полноценным аминокислотным составом. В актуальных национальных и международных руководствах по диагностике и ведению пациентов с аллергией к белкам коровьего молока ключевым является подбор подходящих специализированных продуктов. Одним из приоритетных направлений принято считать коррекцию питания за счет использования специализированных молочных продуктов с пониженной аллергенностью для детского питания на основе гидролизатов молочных белков. Наиболее перспективный вариант модификации молочного сырья – частичный гидролиз и последующее избирательное фракционирование белков, с целенаправленным удалением аллергенных фракций. Разнообразие фракций молочного белка, большое количество протеиназ и контролируемые условия гидролиза обуславливают получение гидролизатов с различными модификациями биологических и функциональных свойств. Помимо того, что гидролизаты белка характеризуются гипоаллергенными свойствами по сравнению с интактными белками, они содержат биологически активные пептиды, которые могут проявлять антигипертензивные, иммуномодулирующие, антимикробные свойства и стимулировать связывание минералов. Было показано, что потребление гидролизатов белка приводит к более быстрому повышению концентрации аминокислот в плазме по сравнению с интактными формами белка. Высокая доступность аминокислот, наличие биологически активных пептидов и гипоаллергенные характеристики привели к включению гидролизатов белка в качестве основного ингредиента в специализированные продукты.

СХЕМЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПУТЕМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ

Середа Э.Ж. - СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Самарина А.В. - Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

do-one@yandex.ru

Актуальность. В 2021 году в РФ число ВИЧ-инфицированных подростков, достигших возраста 18 лет, составило 514 человек (Воронин Е.Е., 2022). В Санкт-Петербурге за период

наблюдения с 2017 по 2022 годы во взрослую сеть наблюдения были переведены 149 молодых людей, которые были инфицированы ВИЧ посредством перинатального контакта.

Цель исследования: провести анализ приверженности к лечению у пациентов молодого возраста с перинатальным путем инфицирования ВИЧ после перехода во взрослую сеть наблюдения, учитывая схемы антиретровирусной терапии (АРТ).

Материалы и методы. В исследование вошел 101 пациент с перинатальным инфицированием ВИЧ: 46 % юношей (n=46) и 54 % девушек (n=55). Для статистического анализа данных использовали систему STATISTICA for Windows (версия 10) при уровне значимости, соответствующем величине p <0,05.

Результаты исследования. Средний возраст на момент проведения исследования20,4±1,4лет(min–18,4; max–23,6).Средний возраст на момент установления диагноза «ВИЧ-инфекция» 2,4±3,2 года(min - период новорожденности, max - 14,5 лет).Средний возраст начала АРТ 7,0 ± 3,8 лет(min- сразу после рождения, max-14,6 лет).Средняя продолжительность приема АРТ 13,7±4,1 лет (min - 5 лет, max - 21,7 лет). После перехода во взрослое отделение продолжили наблюдение 78 пациентов (77%). Все подростки при переходе во взрослое отделение получали АРТ, где 3-й компонент в схеме был представлен следующими классами препаратов: ненуклеозидные игибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) в составе фиксированных комбинированных форм ФКД- 76%, ингибиторы интегразы (ИИ) - 18%,ингибиторы протеазы (ИП) - 6%.Неопределяемый уровень РНК ВИЧ при переходе во взрослое отделение наблюдался у 90 подростков (89,1%).Среди продолживших наблюдение и лечение во взрослом отделении ЦС (n=78, (77,2%)), схемы АРТ представлены:RPV/TDF/FTC-84% (ФКД), третий компонент схемы ИИ - 13%, ИП-3%.В момент проведения исследования 77 (98,8%) пациентов имели уровень РНК ВИЧ <40 копий/мл, у одного пациента (1,2%) на фоне низкой приверженности к АРТ отмечалась ОВН ВИЧ.

Выводы. Каждый четвертый подросток с перинатальным путем инфицирования ВИЧ после перехода во взрослую сеть наблюдения теряется из-под медицинского наблюдения по различным причинам. В ходе проведения исследования достоверной разницы между схемой АРТ и приверженностью к лечению у молодых людей, перешедших под наблюдение из детского во взрослое отделение ЦС получено не было.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОБЫЛЬЕГО МОЛОКА С ЦЕЛЬЮ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ПРОИЗВОДСТВЕ ПРОДУКТОВ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАЗНАЧЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТСКОГО И ДИЕТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ

Симоненко Е.С. - Научно-исследовательский институт детского питания – филиал Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи, Истра, Московская область, Российская Федерация

Семенова Е.С. - Научно-исследовательский институт детского питания – филиал Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи, Истра, Московская область, Российская Федерация

Пронина О.П. - Научно-исследовательский институт детского питания – филиал Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи, Истра, Московская область, Российская Федерация

Грабо А.А. - Научно-исследовательский институт детского питания – филиал Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи, Истра, Московская область, Российская Федерация

lab6@niidp.ru

Основной пищей детей в первые месяцы жизни является материнское молоко. Полноценное питание главное условие для нормального функционирования детского организма,

повышения иммунитета. Оно содержит все необходимые питательные компоненты для младенца. Если нет возможности кормить ребенка материнским молоком, используют аналоги. Поиск нового вида сырья, обладающего функциональными свойствами и позволяющего обогатить готовую продукцию, является одной из важных задач. Традиционно, сырьевой основой молочных продуктов для питания детей является коровье молоко. Однако, в последнее время все большее внимание уделяется вопросу использования молока кобыл, имеющее ряд преимуществ по сравнению с коровьим. В частности, уникальность белкового состава кобыльего молока и его высокие иммунобиологическими характеристики делают его перспективным направлением для создания продуктов детского питания. Одним из первых аллергенов, вызывающих пищевую аллергию у детей первого года жизни, являются белки именно коровьего молока. Аллергия к белкам коровьего молока встречается у 1,1-3,7% детей первого года жизни. Молоко кобыл можно рассматривать как хорошую замену коровьего молока при выработке сухих смесей для детей с тяжелой IgE - опосредованной аллергией на коровье молоко. Благодаря уникальному составу и свойствам кобылье молоко идеально подходит в качестве заменителя женского молока. Поэтому, учитывая высокую пищевую и биологическую ценность кобыльего молока, тема создания продуктов детского питания не только с высокими медико-биологическими характеристиками, но и с направленными лечебно-профилактическими свойствами является актуальной и перспективной.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕСПИРАТОРНЫХ РАССТРОЙСТВ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Стома И.О. - Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет", г.Гомель, Республика Беларусь

Улезко Е.А. - Государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр "Мать и дитя", г.Минск, Республика Беларусь

Старовойтова А.С. - Государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр "Мать и дитя", г.Минск, Республика Беларусь

Воропаев Е.В. - Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет", г.Гомель, Республика Беларусь

Осипкина О.В. - Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет", г.Гомель, Республика Беларусь

Ковалев А.А. - Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет", г.Гомель, Республика Беларусь

Зубовская Е.Т. - Государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр "Мать и дитя", г.Минск, Республика Беларусь

Кондрацкая Е.А. - Государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр "Мать и дитя", г.Минск, Республика Беларусь

Шафорост А.С. - Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет", г.Гомель, Республика Беларусь

Зятьков А.А. - Учреждение образования "Гомельский государственный медицинский университет", г.Гомель, Республика Беларусь

Берестень С.А. - Государственное учреждение "Республиканский научно-практический центр "Мать и дитя", г.Минск, Республика Беларусь

truhananastas@yandex.by

Цель: провести эпидемиологический анализ динамики заболеваемости респираторными расстройствами у недоношенных новорожденных детей за период 2012-2022 гг.

Материалы и методы исследования. Проведен эпидемиологический анализ динамики заболеваемости респираторными расстройствами у недоношенных новорожденных детей за период 2012-2022 гг.

При анализе с расчетом относительного риска (ОР), стратифицированного по годам за период с 2012 по 2017 гг. отмечалась тенденция к снижению заболеваемости врожденной пневмонией (Р23) (на 35,72%) – от 147,22‰ в 2012 г к 113,39‰ в 2017г. – ОР (2012-2017) – 0,98; 95%-й ДИ – 0,95 – 1,01. С 2018 г характер заболеваемости приобретает турбулентный характер (100,38‰ в 2018г – ОР (2018) – 0,86; 95%-й ДИ – 0,84 – 0,89; 93,29‰ в 2020 г. – ОР (2020) – 0,80; 95%-й ДИ – 0,78 – 0,83; 95,19‰ в 2022 г.– ОР (2022) – 0,82; 95%-й ДИ – 0,80 – 0,84. Отмечен рост случаев синдрома респираторных расстройств (Р22) и других респираторных состояний на 17,4% (с 522,46‰ в 2012 г. до 634,32‰ в 2022 г.) – ОР (2012-2022) – 1,09; 95%-й ДИ – 1,06 – 1,13. Инфекции, специфичные для перинатального периода (Р39) как нозологическая форма в структуре заболеваемости остаются примерно на одном уровне от 115,74‰ в 2012 г. к 114,29‰ в 2022 г.– ОР (2012 – 2022) 1,01; 95%-й ДИ – 0,98 – 1,04.

Выводы. В ходе анализа отмечается рост случаев синдрома респираторных расстройств; заболеваемость инфекцией, специфичной для перинатального периода не имеет выраженной тенденции к снижению, оставаясь примерно на одном уровне. Врожденная пневмония, являясь одним из наиболее тяжелых заболеваний неонатального периода, не имеет стабильной динамики к снижению, что определяет необходимость внедрения новых методик и подходов, соответствующих критериям персонифицированной медицины.

ОТРАВЛЕНИЯ ЖИДКОСТЬЮ ДЛЯ РОЗЖИГА У ДЕТЕЙ РЯЗАНСКОГО РЕГИОНА

Терехина Т.А. - ФГБОУ ВО РязГМУ, г.Рязань, Российская Федерация
Дмитриев А.В. - ФГБОУ ВО РязГМУ, г.Рязань, Российская Федерация
Гудков Р.А. - ФГБОУ ВО РязГМУ, г.Рязань, Российская Федерация
Федина Н.В. - ФГБОУ ВО РязГМУ, г.Рязань, Российская Федерация
Смирнова В.В. - ГБУ РО ОДКБ им.Н.В.Дмитриевой, г.Рязань, Российская Федерация
Красулина О.А. - ФГБОУ ВО РязГМУ, г.Рязань, Российская Федерация
Вулих А.Д. - ФГБОУ ВО РязГМУ, г.Рязань, Российская Федерация
Кий А.И. - ФГБОУ ВО РязГМУ, г.Рязань, Российская Федерация

t080280f@mail.ru

Углеводороды являются нередкой причиной отравления детей в возрасте до 5 лет. Наиболее значимыми факторами риска признаны низкий социально-экономический уровень жизни и недостаточный контроль за детьми. Отравления углеводородами имеют, как правило, благоприятный прогноз. На тяжёлые формы, требующие интенсивную терапию, приходится менее 10% случаев. Смертность по данным различных авторов составляет от 0,3 до 4,3%. Жидкость для розжига не содержит примесей ароматических и ненасыщенных углеводородов, спиртов и иных потенциально токсичных составляющих. Однако, отсутствие запаха и вкуса создаёт дополнительный риск приёма этих веществ детьми. Клиническая картина отравления жидкими углеводородами складывается из респираторной, неврологической и абдоминальной симптоматики. Основную опасность представляет развитие аспирационного пневмонита.

Целью нашего исследования являлось изучение эпидемиологии, клинической картины, исходов отравлений жидкостью для розжига у пациентов детского возраста Рязанской области за 2017-2022 годы. Использованы данные медицинской документации Рязанской областной детской клинической больницы имени Н.В.Дмитриевой за последние 5 лет.

Результаты: за изучаемый период времени было госпитализировано 16 детей с отравлениями жидкостью для розжига. За этот время случаев отравления другими углеводородами не было. Дети до 5 лет составили 75% пострадавших (12 детей). По гендерному признаку доминировали мальчики - 15 детей (94%). Все пациенты были

доставлены бригадой скорой медицинской помощи в течение 1-3 часов от момента отравления. В клинической картине отмечались кашель, першение в горле. При поступлении ни у одного ребёнка не было отмечено признаков дыхательной недостаточности и абдоминальной симптоматики. У 4 детей на 3-4 день была диагностирована двухсторонняя пневмония с нетяжёлым течением. В двух случаях наблюдалось тяжёлое течение отравления с деструкцией лёгочной ткани: у ребёнка 3 лет- с выздоровлением и двухлетнего пациента - с летальным исходом.

Выводы: полученные результаты согласуются с данными отечественных и зарубежных источников по данной теме. Группа риска по отравлению жидкостью для розжига – мальчики раннего возраста, что необходимо учитывать при контакте и наблюдении за детьми.

АНАЛИЗ РЕГИСТРА ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С МУКОВИСЦИДОЗОМ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2022 ГОД

Терехина Т.А. - ФГБОУ ВО РязГМУ, г.Рязань, Российская Федерация
Дмитриев А.В. - ФГБОУ ВО РязГМУ, г.Рязань, Российская Федерация
Смирнова В.В. - ГБУ РО ОДКБ им.Н.В.Дмитриевой, г.Рязань, Российская Федерация
Красулина О.А. - ГБУ РО ОДКБ им.Н.В.Дмитриевой, г.Рязань, Российская Федерация
Вулих А.Д. - ГБУ РО ОДКБ им.Н.В.Дмитриевой, г.Рязань, Российская Федерация
Кий А.И. - ГБУ РО ОДКБ им.Н.В.Дмитриевой, г.Рязань, Российская Федерация

t080280f@mail.ru

Клинико-эпидемиологические показатели пациентов с муковисцидозом для анализа, сравнения и обобщения внедрены в регистр. В Рязанской области регистр ведется с 2014 года.

Целью нашей работы является: анализ эпидемиологических, клинических особенностей муковисцидоза у пациентов детского возраста в Рязанской области.

Материалы и методы: данные регионального регистра пациентов с муковисцидозом за 2022 год.

Результаты. Общее количество пациентов – 18 человек. Средний возраст детей составил 8,6 лет, однако диапазон варьирует 1 до 18 лет. Гендерное распределение практически одинаковое: 10 девочек, 8 мальчиков. Неонатальный скрининг проведен у 83%, диагноз у них поставлен в возрасте до года. Генетическая диагностика осуществлена всем пациентам (100%), первая мутация выявлена у всех, преобладает F508del (77%), вторая выявлена в 82% случаев. Тяжелый вариант генотипа у 66%, у 11% - мягкий, у остальных неизвестный. Определение ФВД проведено 9 пациентам, у 4 из них выявлено снижение ОФВ1 и ФЖЕЛ, остальные компенсированы по респираторной функции. 9 детей в силу возрастных особенностей не смогли выполнять маневры. Микробиологическая картина у пациентов с муковисцидозом представлена преимущественно MSSA (55%), хронической синегнойной инфекцией (22%), в 11% случаев определялась однократно кишечная палочка. Следует отметить, что в нашем регионе нет высевов Burchodelia cepacica, Stenotrophomonas maltophilia, Achromobacter spp. Наличие осложнений МВ выявлено у 13 пациентов, преобладает распространенный полипоз носа (72%), реже аллергический бронхолегочный аспергиллез легких (АБЛА) – 1 пациент, цирроз печени – 1 пациент, диабет – 1 пациент. Терапия муковисцидоза проводится в соответствии с клиническими рекомендациями, 100% детей получают ингаляции с гипертоническим раствором, препараты урсодезоксихолевой кислоты, ингаляции с дорназой альфа, жирорастворимые витамины, кинезитерапию. Ферментотерапией охвачены 77%, ингаляционные антибиотики получают 2 ребенка, ингаляции маннитола 1 пациент. Впервые с июня 2022 года пациенты получают таргетную терапию CFTR-модуляторами - 38%, среди них 11% - ивакафтор/лумакафтор (оркамби), 27 % - элексакафтор/ивакафтор/тезакафтор (трикафта).

Выводы: данные регионального регистра пациентов детского возраста с муковисцидозом согласуются с данными федерального регистра, что свидетельствует о надлежащем уровне контроля над заболеванием.

КАРДИОСКРИНИНГ ДЕТЕЙ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Тонких Н.А. - ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк, Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, г. Донецк, ДНР, Российская Федерация

Конопко Н.Н. - ДМЦ Управления делами Президента РФ, г.Москва, Российская Федерация

natachet@list.ru

Актуальность. Кардиоскрининг детей, занимающихся спортом, представляет собой важную задачу здравоохранения.

Цель. Оценить баланс риска и пользы кардиоскининга у детей при допуске к занятиям спортом.

Материалы и методы. Предварительный скрининг включал: анамнез спортсмена и его семьи, физикальное исследование, ЭКГ в 12 отведениях, ЭХОКГ, тредмил-тест (ТТ). Обследованы 58 подростков (16 девочек и 42 мальчика) 9-16 лет, которые находились на разных этапах спортивной подготовки. При сборе анамнеза делали акцент на наличие/отсутствие приступов учащенного сердцебиения, обмороков, одышку, боль/дискомфорт в груди. В семейном анамнезе фокусировали внимание на случаи внезапной смерти, заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС). Важным компонентом физикального обследования являлось наличие/отсутствие шума в сердце, изменение ЧСС и АД, внешние признаки синдрома Марфана. ТТ выполняли согласно стандартному протоколу Bruce.

Результаты. У всех детей жалобы отсутствовали, наследственность по заболеваниям ССС отрицали. Однако при детализации жалоб и изучении амбулаторной карты у 6 (10,3±4,0%) чел. отмечались обмороки или предобморочные состояния в анамнезе (в т.ч. у 1 – во время физической нагрузки), у 12 (20,7±5,3%) чел. – изменения ЧСС и АД, у 14 (24,1±5,6%) чел. отмечена патология ССС у близких родственников. У 41 (70,7±6,0%) подростка выявлены малые структурные аномалии развития сердца, у 7 (12,1±4,3%) чел. – нарушения сердечного ритма и проводимости (НРСиП). По результатам ТТ у 9 (15,5±4,8%) обследованных констатировано напряжение адаптации ССС в виде патологической реакции гемодинамики на физическую нагрузку; у 7 (12,1±4,3%) чел. – замедленного восстановления ЧСС и АД; у 2 (3,4±2,4%) чел. – НРСиП. Бессимптомные изменения сегмента ST выявлены у 1 (1,7±0,7%) чел. Дети с выявленными изменениями были дообследованы в условиях кардиологического стационара.

Выводы. Использование кардиоскрининга спортсменов позволило выявить субклинические формы патологии ССС у 27,6% чел. Однако иногда возникает полемика с родителями, которые просят показать документ, регламентирующий объем обследования у лиц, желающих заниматься спортом. В настоящее время возникла острая необходимость в утверждении приказа с указанием, какой контингент обследуемых должен обратиться к педиатру, кардиологу, врачу спортивной медицины с учетом возраста, вида спорта и этапа спортивной подготовки.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Узакбаев К.А., Ибраимов А.С. – Национальный Центр охраны материнства и детства, г.Бишкек, Кыргызстан

Известно, что климатические факторы, как резкие сезонные изменения окружающей температуры, разреженный воздух-определенная степень гипоксии и других факторов, которые имеют место в условиях высокогорья, оказывают существенное влияние на анатомо-физиологическое развитие и в целом на здоровье растущего организма детей. Территорию Кыргызстана почти на 94% занимают горы и более 60% площади расположено выше 1500 м над уровнем моря. Наша страна является аграрной страной и естественно 60-65% населения живут в сельско-горной местности и соответственно столько же процентов детей проживают в высокогорном регионе.Кроме этого, необходимо отметить , что коэффициент рождаемости детей также наиболее высок в сельской местности (3,3 рождений на 1 женщину фертильного возраста) ,а в городской местности она не более 2,1.

Показатель младенческой смертности в высокогорной Нарынской области составляет -14,2 и 11,7 соответсвенно 2020 и 2021 года, а в более равнинной Чуйской области- 10,0 и 11,3 соответсвенно 2020 и 2021 годы. Цель -изучить аспекты охраны здоровья детей для разработки рекомендаций для дальнейшего улучшения индекса здоровья детей в современных этапах изменения климато-экологических, социальных условиях.

Материал и методы. Проведено обследование антрометричесих показателей (изменение роста, веса, окружности грудной клетки) у 450 детей школьного возраста в Нарынской области в апреле месяце 2020 года в возрасте от 7 до 17 лет. Для сравнения взяты антрометрические данные детей Чуйской области (Кочкорова Ф. А и соав., 2019). Установлено, что уровень физического развития детей младших классов вне зависимости от пола (до 5 класса) в 54,7% случаев ниже среднего уровня, а у 14,8% низкое и только 25% случаев соответствовало возрастному уровня развития.У детей старших классов уровень физического развития у 53,4% соответствало среднему уровню развития и только у 14,9% детей соответствовали ниже среднего уровня. У детей с низким уровнем физического развития. В Нарынской области на 16,8% чаще встречались различной степени хронические патологии со стороны органов дыхания, пищеварения и гематологии (анемия). Данное исследования еще раз свидетельствует о том, что процессы развития детей в условиях высокогорья отличаются. Полученные результаты являются обоснованием для дальнейшего более глубокого изучения для разработки отдельных стандартов и прогнозирования физического развития детей в условиях высокогорья современном этапе изменения климата-экономическом, социальном этапах. Показатели отставания физического развития могут быть прогностическим признаком наличия того или иного хронического заболевания.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЕ ОККУЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ У ДЕТЕЙ

Узакбаев Ч.К., Карачев Б.А., Ырысов К.Б. - Национальный центр охраны материнства и детства, г.Бишкек., Кыргызская Республика

Цель: изучить эффективность нейроэндоскопического метода лечения окклюзионной гидроцефалии (ОГ)у детей. Изучали лечение 57 детей, с ОГ в возрасте от рождения до 15 лет, из них мальчиков-36 (63,2%) девочек -21(27%). При поступлении жаловались на общее беспокойство ребенка, сонливость, снижение двигательной активности, плохой аппетит, частые рвоты и увеличение окружности головы.

Объективно: увеличение окружности головы, большой родничок напряжен, выбухал, отсутствие там пульсации, широкие черепные швы (у детей до 1 года), неврологические рефлексы, были вялые. Глазодвигательные нарушения, при осмотре глазного дна наблюдался симптом «сдавленного диска», мышечная гипотония. На магнитно- резонансной томографии (МРТ)картине признаки ОГ, ассиметричное расширение задних рогов боковых желудочков головного мозга! Причинами ОГ в нашем исследовании были вследствие менингоэнцефалита – 22 (38,6%), опухоли - 20 (35,1%), внутримозговой гематома – 9 (15,8%), послеродовой травмы - 6 (10,5%). Проведена операция с нейроэндоскопом (производство Карл Шторс) вентрикулоцистерностомия - перфорацию передненижней стенки 3-го желудочка, создавая отток СМЖ, минуя обструктивный участок между полостью желудочков и базальными цистернами головного мозга. У детей были оккулюзия отверстий Монро, сужения Сильвиевого водопровода и сдавление ликворных путей из вне, вследствие этого происходило накоплению СМЖ в головном мозге. В послеоперационном периоде у 3 (5,2%) детей были осложнения - повышение температуры тела, нагноение послеоперационной раны.

Выводы: При ОГ МРТ исследование является незаменимым методом диагностики, точность идентификации признаков составляет 96,1% случаев. Оперативное лечение проводить желательно сразу после установки диагноза. Нейроэндоскопический метод при окклюзионной гидроцефалии явлется высоэффективным методом лечения.

ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Ульянова Л.В. - Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Российская Федерация

Леднева В.С. - Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Российская Федерация

Васильева Л.В. - Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Российская Федерация

Талыкова М.И.-Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, Российская Федерация

lusha8722@yandex.ru

Цель работы: исследование знаний студентов педиатрического факультета по основам формирования здорового образа жизни (ЗОЖ). **Задачи:** 1. методом анонимного анкетирования изучить объем и качество сведений студентов педиатров о ЗОЖ. 2. определить направления формирования мотиваций к ЗОЖ у будущих врачей педиатров.

Материал и методы. Проведено анонимное анкетирование 65 студентов 3 курса педиатрического факультета, направленное на выявление знаний о ЗОЖ. При этом использовали анкету, которая включала 25 вопросов, характеризующих отношение к понятию "здоровый образ жизни" и его компонентам. По результатам анализа полученных сведений формировали три приоритетных варианта ответов: медико-гигиенический, который включал мероприятия, направленные на сохранение здоровья на физическом и физиологическом уровнях; психо-гигиенический, основная цель которого - сохранение психического здоровья; социально-гигиенический, который включал приверженность сохранению здоровых социальных отношений. По каждому из трех вариантов установили основные модели исполнения направлений: гармоничный - предполагал умеренность, допустимость исполнения мероприятий поддержания ЗОЖ; ограничительный - включал понятие отказ, исключение, строгое соблюдение всех рекомендаций ЗОЖ; гедонистический - получение удовольствия от исполнения мер по формированию ЗОЖ.

Результаты. По нашим данным с наибольшей частотой встречался медико-гигиенический вариант ЗОЖ, он установлен у 76,0 % студентов, принявших участие в опросе. Приверженность позитивным социальным отношениям, как приоритете ЗОЖ, установлена у 15% студентов педиатров и сохранение психического здоровья основным в формировании здорового образа жизни для себя считали 9%, прошедших анкетирование студентов. С минимальной частотой выявлен гедонистический тренд в поддержании здорового образа жизни, который подтвержден у 6% студентов, при этом строгому соблюдению рекомендаций ЗОЖ предпочитали следовать 26% опрошенных и наиболее часто - у 68%, определялся гармоничный тип приверженности к исполнению мер и действий по выбранной модели ЗОЖ.

Выводы. Проведенное исследование выявило недооценку будущими врачами социально-психологических основ здоровья, что повышает риск возникновения психологических и социальных проблем, как в сфере образования, так и в будущей трудовой деятельности.

МОНИТОРИНГ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Хабибов И.М. - Государственное учреждение медицинский комплекс Истиклол, г.Душанбе, Республика Таджикистан

Вохидов А. - Государственное учреждение медицинский комплекс Истиклол, г.Душанбе, Республика Таджикистан

sobyanina95@inbox.ru

Цель: провести анализ частоты ВПР ЦНС по материалам Национального регистра ВПР.

Материалы и методы. Материалами для исследования явились результаты мониторинга и регистра врожденных пороков развития период с 2017 по 2021гг.

Результаты: за период с 2016 по 2021 гг. показал, что на протяжении 6 лет всего родилось живыми 1442030 новорожденных, из них у 21585 детей или 1,4% выявлены различные формы ВПР и хромосомные аномалии. Группа нозологических форм классов заболеваний объединенных в рубрику «Врожденные дефекты (пороки развития), морфологические и хромосомные аномалии» код МКБ-10 (Q00-Q99), существенной динамике не подвергалась, как по числу абсолютных показателей, так и в процентном соотношении от общего числа всех живорожденных. Ежегодно в среднем рождается 3597 детей с ВПР, тогда как ежегодная частота рождения детей с ВПР ЦНС – 584 ребенка, что в 6 раз меньше, чем от всех ВПР. Притом, что за 6 лет динамика числа детей, родившихся живыми, имело положительную тенденцию на 5696 детей. Анализ показателя Т/приб. по числу живорожденных был равен +2,3%, однако, показатель числа детей родившихся с МКБ-10 (Q00-Q99) имел отрицательное сальдо – 15,1%, такая же динамика определено и в показателях процентного соотношения Т/приб. – 18,7%. Всего по Республике Таджикистан, общее число детей, родившихся за период с 2016 по 2021 гг. с ВПР ЦНС составило 3506 случаев, что соответствует соотношению 1 случай на 411 детей. Абсолютное показатель динамики прироста за 6 лет, составил 366 случаев или на +14%. Показатель Т/прир. - 65,6, тогда как показатель Т/прир. в % превысил более половину и составил 55,6%. В течении последних 6 лет динамика показала положительное сальдо на 366 случаев. Среднереспубликанский показатель превалентности составляет 1,6 на 1000 новорожденных. На протяжении двух лет 2016 и 2017 гг. выявлена определенная динамика (λ = 1,7 и 0,9). В 2021 имело место повышение распространённости ВПР ЦНС до (λ = 3,3) среди детей, что выше средних показателей по республике.

Выводы. Полученные нами сведения по итогам анализа форм ВПР ЦНС (Q00-Q07) определяется совпадение частот в пределах их колебаний с данными Международного регистра (анэнцефалия, спинномозговая грыжа, гидроцефалия).

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИЙ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Ханалиева Н.Ф. - Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан
Гараева С.З. - Азербайджанский Медицинский Университет, г.Баку, Азербайджан

doctorsabina77@gmail.com

Актуальность. Проведение рентгенографического обследования обуславливает раннюю диагностику выраженности острой дыхательной недостаточности. Незрелость костных структур, образующей их мышечной массы, диафрагмы и органов грудной полости определяет рентгенологическую особенность грудной клетки детей.

Материалы и методы. В исследование были включены 35 детей в возрасте 1-12 месяцев, из них с пневмотораксом – 9 детей, с плевритом – 24, в группе сравнения 25 детей.

Результаты исследований. Рентгенологически уменьшение обьема легких при пневмотораксе в основной группе можно увидеть в 66,7% случаев, в группе сравнения – в 14,6% ($\chi2$=5,769; p=0,056), при плеврите - у 7,1% детей основной группы и 17,9% детей группы сравнения ($\chi2$=1,239; p=0,538). Визуализация легочного рисунка отсутствует у 33,3% детей с пневмотораксом и 2,2% детей из группы сравнения ($\chi2$=8,89; p>0,001). При плеврите у 7,1% детей первого года сосудистый рисунок легочного поля не визуализируется, в группе сравнения лишь в 2,6% случаях ($\chi2$=0,789; p=0,374). Смещение тени средостения на рентгенограмме отмечается при пневмотораксе в 33,3% случаев, в группе сравнения – в 20,2% случаев ($\chi2$=0,304; p=0,581). У 14,3% детей с плевритом и 21,8% детей без плеврита из группы сравнения отчетливо видим смещенное средостение ($\chi2$=0,408; p=0,523). Четкость контуров диафрагмы не нарушается при пневмотораксе, но у 14,3% детей с плевритом визуализируется нечеткость диафрагмальных контуров (p >0,05). При пневмотораксе у всех детей визуализируется воздух в плевральной полости, при плеврите – в 14,3% случаях, что статистически достоверно отличается от группы сравнения 1,3% ($\chi2$=6,363; p <0,05). Жидкость в плевральной полости присутствует у 100% детей с плевритом ($\chi2$=92; p <0,001), у 66,7% детей с пневмотораксом ($\chi2$=6,363; p <0,05).

Вывод. Типичными рентгенологическими признаками пневмоторакса у детей первого года жизни являются уменьшение объёма легких, визуализация легочного рисунка и корней легких, воздух в плевральной полости, а усиление легочного рисунка можно отметить, как косвенный признак данной патологии. Плевриты же проявлялись наличием жидкости в плевральной полости на фоне интенсивных затемнений в легочном поле.

ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВТИЮ АНТЕНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА ПЛОДА

Хокироев Д.С. - Государственное учреждение медицинский комплекс Истиклол, г.Душанбе, Республика Таджикистан
Вохидов А. - Государственное учреждение медицинский комплекс Истиклол, г.Душанбе, Республика Таджикистан

sobyanina95@inbox.ru

Цель. Изучить роль артериальной гипертензии беременных как универсальный фактор, повреждения центральной нервной системы в антенатальном периоде.

Материалы и методы. Работа основана на анализе статистических данных учетной формы 32 Проведен сравнительный анализ общереспубликанских данных и г. Душанбе по артериальной гипертензии беременных АГБ (преэклампсия и эклампсия) среди беременных женщин.

Результаты. Общее число женщин, вставших на учет при сроке до 12 недель, имело четкую динамику к росту, где показатель динамики за 6 лет составило + 72367 случаев. На протяжении 6 лет динамика числа беременных, принятых на учет в ЦРЗ, уменьшилось на 12181 случай. В течении 2016 и 2017 гг. общее число беременных, ставших на учет при сроке 12 недель из общего числа, не превысило 50,0%. В течении последующих двух лет данный показатель возрос на более чем 15,0%. В 2021 г. общее число принятых на учет по беременности, превысило 86,2%. Показатель Т/приб. при сроке 12 недель составил +39,1%, в динамике показатель Т/приб. возрос до +42,4%. При сроке до 30 недель и больше число женщин, принятых на учет, имеет тенденция к уменьшению, так показатель динамики за 6 лет составил – 29136 случаев. Показатель Т/приб. уменьшился до -81,4%. Определение показателя динамики АГБ за 5 лет на уровне республики показало, что из года в год число случаев не превышал 12000, тогда как по г. Душанбе имело место увеличение числа беременных женщин с АГБ на +2584 случая. Из общего числа беременных в масштабе страны не более 5,5% беременных страдали АГБ, тогда как в г. Душанбе в 2018 и 2019 гг. число беременных женщин с АГБ превысило 16%, показатель динамики за 5 лет было равно +9,5%. На страновом уровне популяционная частота АГБ не превысило 520 на 10000 нас., тогда как в г. Душанбе данный показатель превысил общереспубликанские показатели от 2 до 3,5 раза. Показатель Т/приб популяционной частоты АГБ в масштабе страны составил +7,5%, тогда как в г. Душанбе данный показатель был равен +72,7%.

Выводы. На протяжении 6 лет число женщин, вставших на учет в ЦРЗ при сроке 12 недель, увеличилось в более чем 1,5 раза. АГБ больше распространена среди беременных женщин г. Душанбе по сравнению с общереспубликанскими показателями. В развитии антенатального поражения мозга значима роль АГБ.

ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ДОШКОЛЬНИКОВ

Худайназарова С.Р. - Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Валиева С.-Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Агзамходжаева Н.Ш. -Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

med@mm-agency.ru

Актуальность. После пандемии короновирусной инфекции в мире участились заболевания нижних дыхательных путей, протекающих с бронхиальной обструкцией среди детей и взрослого населения. Это отразилось в сбоях функционирования иммунной системы детей, как результат проникновения новой короновирусной инфекции. При заболеваниях нижних дыхательных путей, обструктивном синдром приводит к дыхательной недостаточности различной степени, в т.ч. тяжелой, гипотонии и метаболическому ацидозу.

Цель: изучить особенности состояния сердечно-сосудистой системы при обструктивном бронхите у детей дошкольного возраста.

Материал и методы исследования. С целью проведения исследования было обследовано 50 детей в возрасте от 3 до 6 лет, находившихся на лечении с диагнозом острый обструктивный бронхит в пульмонологическом отделении клиники ТашПМИ.

Результаты исследования и обсуждение. Проведенные исследования показали, что частыми жалобами у детей были кашель (100%), одышка (97%), лихорадка (65%) и насморк (8,3%). По биохимическому анализу крови рекальцификация – у 25% детях повышено, что говорит о нарушении сердечно-сосудистой системы. Анализ ЭКГ показал нарушения

сердечного ритма и проводимости в виде синусовой тахикардии (29,0%) и брадикардии (8,3%), синусовой аритмии (17,6%), неполной блокады правой ножки пучка Гисса (25,3%), а также метаболические изменения в миокарде в виде синдрома ранней реполяризации желудочков (67,3%). При анализе темпа работы сердца были выделены две степени его увеличения: умеренная тахикардия - увеличение ритма на 20-30% и выраженная тахикардия - на 50% по сравнению с нормативными показателями. У рентгенограммы грудной клетки 12,5% детей кардиотарокальный индекс больше 0,5 (КТИ> 0,5), что свидетельствует о нарушении сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Таким образом, повышение рекальцификации в крови, изменения на ЭКГ и рентгенограммах свидетельствуют о тяжести заболевания и нарушении адаптации сердечно-сосудистой системы. Указанные факты отражают возрастные особенности и свидетельствуют о преобладании чувствительности сердца к гипоксии и токсическим воздействиям у детей дошкольного возраста.

СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ (ПО МАТЕРИАЛАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЦЕНТРА ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА)

Чубко Д.М. - КГБУЗ "Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства", г. Красноярск, Российская Федерация

Таранушенко Т.Е. - ФГБОУ ВО КрасГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Российская

Шароглазов М.М. - КГБУЗ "Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства", г. Красноярск, Российская Федерация

Фалалеева С.О. - ФГБОУ ВО КрасГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, г. Красноярск, Российская

Шароглазов Р.М. - КГБУЗ "Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства", г. Красноярск, Российская Федерация

romancux@mail.ru

Хирургическое отделение в Красноярском краевом клиническом центре охраны материнства и детства (КККЦОМД) организовано в 2006 году. Основная цель отделения - оказание оперативной помощи детям с врожденными пороками развития (ВПР): желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной, мочевыделительной систем, а также со злокачественными новообразованиями.

Цель: проанализировать структуру ВПР легких у детей и подростков.

Материалы и методы: анализ историй болезней пациентов в возрасте 0-18 лет, госпитализированных в хирургическое отделение КККЦМОД за период 2006-2022 гг Случаи трахеопищеводных свищей в исследование не включены.

Результаты. За период с 2006 по 2022 гг прооперировано 80 детей с ВПР легких, а именно кисты легких — 26 человек (32%), кистозно-аденоматозная мальформация — 24 человека (30%), легочная секвестрация — 18 человек (22%), врожденная эмфизема — 5 человек (6%), аплазия/гипоплазия легких — 4 человека (5%), артерио-венозная мальформация — 2 (2,5%) человека, трахеальный бронх — 1 человек (1,2%). В 80% случаев ВПР диагностированы антенатально по результатам ультразвукового исследования (УЗИ). Оперативное лечение проведено у всех детей в плановом порядке в оптимально установленные сроки (в 3-6 месячном возрасте). Около 19% ВПР легких выявлены при дифференциальной диагностике хронического бронхита, туберкулеза, лихорадки неясного генеза и других причин дыхательной недостаточности. У 1% детей ВПР являлись «случайной находкой» при выполнении

компьютерной томографии органов грудной клетки в отсутствии респираторных проявлений. С 2011 г. все дети оперируются с применением малоинвазивных технологий (торакоскопических), что составляет 76% от всех прооперированых. Все заподозренные ВПР подтверждены гистологически. Летальность при оперативном лечении ВПР легких в отделении отсутствует.

Выводы: самыми распространенными ВПР легких у детей являются кистозные мальформации (кисты и кистозно-аденоматозные пороки). УЗИ плода является высокоинформативным методом раннего выявления аномалий развития легких, что позволяет своевременно установить нозологический диагноз и провести оперативное лечение детей в постнатальном периоде.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Мухитдинов Ш.Ш., Шамсиев Ш.Ж., Шамсиев Ж.А. – Специализированная детская хирургическая клиника СамГМУ, г.Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Эхинококкоз печени одно из наиболее часто встречающихся паразитарных заболеваний у детей требующем хирургического лечения.

Цель исследования: изучить результаты применения лапароскопии для хирургического лечения эхинококковых кист печени у детей.

Материал и методы. В период с 2017 по 2023 год во 2-клинике СамГМУ лапароскопическая эхинококкэктомия печени произведена у 61 детей. Мальчиков было 25 (41,0%), девочек 36 (59,0%). Детей до 5 лет было 5 (8,2%), от 5до 10 лет - 24 (39,3%), от 10 -14 лет - 19 (31,2%), старше 14 лет - 13 (21,3%) больных. Одиночные эхинококковые кисты печени наблюдалось у 40 (65,6%) больных, множественные (от 2-х до 6 кист) - 21 (34,4%) больных.

Результаты. В 58 случаях, лапароскопическая эхинококкэктомия завершилась удачно, у 3 (4,9%) пациентов выполнена конверсия с завершением операции лапаротомным доступом. Причинами перехода на лапаротомию были множественные мелкие дочерние кисты. Для полноценной санации остаточной полости произведена мини лапаротомия в зависимости от расположения кисты подреберная или верхнесрединная. В двух случаях (3,3%) отмечалось нагноение остаточной полости после удаление «гигантской» эхинококковой кисты печени, причиной являлись желчные свищи. Обоим больным произведена повторная лапароскопическая санация остаточной полости печени с дренированием остаточной полости печени. В нашей практике летальных исходов не было.

Выводы. Лапароскопическая эхинококкэктомия печени при соблюдении условий, указанных выше, не уступает по качеству ближайших результатов традиционному лапаротомному вмешательству. Более короткий период стационарного лечения, а также традиционные для лапароскопической хирургии преимущества ранней реабилитации и хороший косметический эффект делают тот вариант эхинококкэктомии печени операций выбора.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Сувонкулов У.Т., Рахимов А.К., Сагираев Н.Ж. – Специализированная детская хирургическая клиника СамГМУ, г.Самарканд, Узбекистан

Актуальность. В последние годы отмечается рост ожоговых травм пищевода у детей.

Цель работы: улучшить результаты лечения детей с ожогами и послеожоговыми сужениями пищевода путём оптимизации диагностики и тактики лечения.

Материалы и методы. В специализированной детской хирургической клинике СамГМУ в период с 1992 по 2022 год находились на лечении 276 детей с ожогами пищевода и его осложнениями в возрасте от 1 года до 18 лет. Девочек было меньше - 102 (36,9%), чем мальчиков - 174 (63,1%). Детей от 1-3 лет было 172 (62,3%), 4-7 лет - 74 (26,8%), 8-12 лет - 16 (5,7%), 13-18 лет - 14 (5,2%). Наиболее частой причиной ожогов пищевода были щелочи - 129 (46,7%) и кислоты- 90 (32,6%), несколько реже были кипяток- 57 (20,7%). По результатам эзофагогастроскопии у 97 (35,1%) был диагностирован ожог пищевода I степени, у 63 (22,8%) - II степени, у 116 (42,1%) III- степени. Всем детям с химическими ожогами пищевода, обратившимися в первый сутки от момента травмы, проводилось промывание желудка водой. При I легкой степени тяжести использовались обезболивающие средства, обволакивающие вещества. У этой группы детей послеожоговые рубцы стенозы пищевода не отмечались. При II средней степени тяжести ожога лечение включало обезболивание, обволакивающие средства, антибактериальную терапию, бужирование не проводилось. При III, тяжелой степени ожога пищевода использовали дезинтоксикационную терапию, обезболивание, антибактериальную терапию, короткий курс кортикостероидов, обволакивающие средства. После острого периода в этой группе пациентов бужирование по струна проводнику выполнено у 62 больных, у 54 наложена гастростомия по Кадеру, с дальнейшим бужированием через нить.

Вывод. Послеожоговые рубцовые стенозы пищевода развились у 116 (42,1%) детей при ожогах пищевода - III степени. При ожогах I- II степени рубцовых стриктур пищевода не отмечено.

ЭНДОУРОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Данияров Э.С., Сувонкулов У.Т., Шахриев А.К. – Специализированная детская хирургическая клиника СамГМУ, г.Самарканд, Узбекистан

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) является одной из часто встречающихся патологий в детской урологической практике. В последнее десятилетие, с развитием малоинвазивных технологий, в детской хирургии наблюдается активное их внедрение и при лечении ПМР. К настоящему времени существует необходимость изучения результатов эндоурологического лечения ПМР для уточнения стандартов диагностики, разработки показаний и внесения уточнений в тактику эндоскопической коррекции ПМР.

Цель исследования: изучение результатов эндоскопической коррекции недостаточности уретеро-везикального сегмента при ПМР у детей.

Материал и методы. В специализированной детской хирургической клинике Самаркандского государственного медицинского университета в период с 2010 по 2022 год, на стационарном лечении находилось 78 детей с ПМР II - IV степеней, в возрасте от 8 мес. до 15 лет. Сельских жителей было 66 (84,6%), городских – 12 (15,4%). Превалировали дети в возрасте до 4-х лет, их было 33 (42,3%). В возрасте 5-9 лет было 24 (30,7%), 10-14 лет – 16 (20,5%), 14-18 лет – 5 (6,4%) пациентов. В половом соотношение девочек было больше (46 (59%)), чем мальчиков (32 (41%)). Односторонний рефлюкс диагностирован у 52 (66,7%), двусторонний у 26 (33,3%) пациентов.

Коррекция ПМР всем детям проведена эндоурологическим доступом, посредством введения объем-образующего вещества в уретеро-везикальный сегмент.

Результаты. Эффективность эндоколлагенопластики оценивали через 6 - 9 месяцев после вмешательства у всех 78 (100%) больных. Атаки пиелонефрита купированы у 71 (91%) больных. По данным микционной цистографии рефлюкс не определялся у 51 (65,4%) пациентов со второй и третьей степенью. У 12 (15,4%) больных степени рефлюкса уменьшилась с III до I и с IV до II степени. В целом эффективность эндоскопического лечения

составила 80,8%. Пациентам с отсутствием эффекта была проведена повторное эндоскопическое лечение, с положительной динамикой.

Заключение. Эндоурологический метод коррекции ПМР является эффективным методом выбора при данной патологии.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Рузиев Ж.А., Бобояров К.Р., Исаков А.М. – Специализированная детская хирургическая клиника СамГМУ, г.Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Вопросы диагностики и лечения инородных тел пищевода являются одной из актуальных проблем детской хирургии.

Цель исследования: определить лечебную тактику при инородных телах пищевода у детей.

Материалы и методы исследования. В период с 2018 по 2022 год в отделение торакальной хирургии специализированной детской хирургической клиники СамГМУ пролечено 96 больных с инородными телами (ИТ) пищевода. Дети были в возрасте от 6 месяцев до 16 лет: до 1 года было 18 (18,7%) больных, от 1 до 3 лет –29 (30,0%), от 4 до 7 лет 38 (39,5%), от 8 до 16 лет – 11 (11,3%) детей. Мальчиков было 58 (60,4%), девочек –38 (39,6%). ИТ находились на уровне I физиологического сужения у 48 больных (50,0%), II физиологического сужения у 28 (16,6%), III физиологического сужения у 20 больных (8,3%). Органических ИТ было 24 (25%) и неорганических ИТ составило 72 (75) случаев. При этом из неорганических ИТ основной массой были монеты – в 36 (37,5%) случаях.

Результаты: из всех 96 больных с ИТ пищевода в 66 (68,75%) случаях произведено их удаление путем экстренной эзофагоскопии, в 12 (12,5%) случаях ИТ было протолкнуто в желудок, в дальнейшем наблюдалось самостоятельное их отхождение с каловыми массами. 10 (10,42%) больным при локализации ИТ на уровне первого физиологического сужении пищевода было произведено экстренная прямая видеоларингоскопия с удалением ИТ. У 8 (8,3%) больных ИТ на уровне I физиологического сужения были удалены при помощи катетера Фолея.

Выводы: таким образом, ранняя диагностика и направление больных с инородными телами пищевода в специализированное отделение, способствует оказанию своевременной квалифицированной помощи.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ КИСТЫ СЕМЕННОГО КАНАТИКА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Сувонкулов У.Т., проф. Шамсиев А.М., Хуррамов Ф.А. – Специализированная детская хирургическая клиника СамГМУ, г.Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Остро возникшая киста семенного канатика (ОВКСК) является одной из малоизученных патологий детского возраста.

Материалы и методы исследования. В специализированной детской хирургической клинике СамГМУ было пролечено 355 больных с ОВКСК. Правостороннее расположение кисты отмечалось в 223 (62,8%) случаях, левостороннее в 125 (35,2%), а также двухстороннее расположение у 7 (2,0%) пациентов. Размеры кисты варьировалось от 2,0 см до 3,5-4,0 см в диаметре. 278 пациентам проведена малоинвазивное пункционное лечения ОВКСК по методу клиники.

Результаты исследования. Всем больным проведен пункционный метод лечения. Метод был эффективен у 253 детей в возрасте до 2,5 месяцев. У 37 детей старшего возраста отмечался рецидив кисты, который был пролечен операционным методом.

Выводы и рекомендации. Результаты пункционного лечения ОВКСК у новорожденных и детей раннего возраста показали явное преимущество малоинвазивного метода лечения в возрасте до 2,5 месяцев. Метод является малотравматичным, позволяет сократить пребывание больного в стационаре и добиться отличных косметических эффектов.

УЛУЧШЕНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ж.А., Тогаев И.У., проф. Атакулов Д.О., Махмудов З.М. – Специализированная детская хирургическая клиника СамГМУ, г.Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Кишечная инвагинация занимает 2 место среди хирургической патологии органов брюшной полости (после острого аппендицита). Частота встречаемости 1-4 случая на 1000 детей. Мальчики болеют в два раза чаще девочек. В 60-70% случаев заболевают дети в возрасте 4-10 месяцев.

Цель работы: улучшение результатов лечения инвагинации кишечника у детей путём совершенствования диагностики и оптимизации лечебной тактики.

Материал и методы. В период с 2000 г. по 2022 г. в Специализированной детской хирургической клиники СамГМУ, находились на лечении 116 детей с инвагинацией кишечника, из них до 6 мес- 24 (20,7%), от 6 мес до года- 67 (49,1%), 1-3 года -24 (20,7%), старше 3 года 11 (9,5%). Из них девочек – 33 (28,5%), мальчиков – 83 (71,5%).

Результаты. Всем больным с подозрением на инвагинацию кишечника применяли УЗИ, которое является простым и доступным и неинвазивным методом, позволяющим не только установить наличие инвагинации, но и идентифицировать его структуру, выявить прямые и косвенные признаки осложнений, что наиболее важно для выбора тактики лечения. 60 (51,7%) больным проведено консервативное лечение: из них в 26 случаях – пневматическая дезинвагинация под рентген-контролем. В последние годы применяем гидростатическую дезинвагинацию 1,5% раствором хлорида натрия под УЗИ контролем. Лечение по данной методике начинаем детям с признаками инвагинации независимо от давности заболевания и возраста ребенка при отсутствии перитониальных явлений и признаков тонкокишечной инвагинации. Данный способ успешно применен 34 больным. Оперировано 56 (48,3%) больных в связи с поздними сроками поступления и безуспешностью консервативных мер

Заключение. УЗИ высоко информативно в диагностике и эффективено в лечении инвагинации кишечника у детей. Основным методом лечения инвагинации кишечника остается консервативное расправление инвагината.

ТЯЖЕЛАЯ ЧЕРЕПНО–МОЗГОВАЯ ТРАВМА У ДЕТЕЙ

Шамсов Х.А., Рахматова Р.А., Раджабзода И.М. - ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» г.Душанбе, Таджикистан

Введение. В структуре смертности детей ведущее место занимают несчастные случаи, среди которых черепно-мозговые повреждения составляют 35-56,9 % и у 10 % детей являются основной причиной летальных исходов. На современном этапе многие вопросы патологических состояний, связанных с аспектом мембранных нарушений, механизм которых связан с гипоксией, активацией или угнетением ферментных систем, нарушением самой

целостности мембраны, в конечном итоге, приводящим к липопероксидации и накоплению в избыточном количестве токсических продуктов перекисного окисления липидов. Изучение патофизиологии острой тяжелой черепно-мозговой травмы, совершенствование организации оказании помощи пострадавшим уже на догоспитальном этапе, адекватная интенсивная медикаментозная терапия способствовали в последние годы постепенному снижению уровня летальности.

Цель работы: изучение комплексной интенсивной терапии больных детей с тяжелой черепно-мозговой травмой, путем рационального использования антиоксидантов.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 112 детей с изолированной ТЧМТ, получившие интенсивную терапию в отделении реанимации и анестезиологии НМЦ РТ в период 2020-2021 гг.

Ушибы головного мозга имели место у 56 ребенка, сдавление головного мозга на фоне ушиба у 31, перелом костей свода и основания черепа у 25. Глубина угнетения сознания составила 5-10 баллов по шкале Глазго.

При поступлении в отделение реанимации в обследование включены: оценка состояния клинико-биохимических показателей, а также произведено изучение перекисного окисления липидов (ПОЛ) с определением малонового диальдегида (МДА), состояния антиоксидантной системы путём определения супероксиддисмутазы (СОД) и содержания аскорбиновой кислоты (АК).

Результаты исследования. Проведенные исследования активности процессов свободнорадикального окисления и антиоксидантной системы в плазме крови у детей с ТЧМТ на фоне стандартной комплексной терапии, показали статистически достоверные изменения практически всех показателей, в сравнении с контрольными больными, в динамике развития заболевания. Появление начальных клинико-лабораторных признаков сопровождалось повышением скорости окисления липидов плазмы на – 10%, возрастанием периода индукции, снижением уровня общих липидов и антиоксидантов в сыворотке крови. Падала активность ферментов супероксиддисмутазы.

Отмечена динамика изменений газообмена на этапах интенсивное терапии. Выявлена умеренная степень снижения респираторного коэффициента, которая увеличивалась на фоне стандартной интенсивной терапии с ИВЛ. Коэффициент оксигенации достоверно увеличивался в 1,5 раза у пациентов с 1-х суток и достигал максимальных значений к 5-м суткам, увеличиваясь в 1,9 раз. Аналогичные тенденции наблюдались у больных с ОРДС в увеличении коэффициента оксигенации в 1,2 раза.

Выводы. Таким образом, у больных с ТЧМТ изменения процессов свободнорадикального окисления характеризовались преимущественно угнетением спонтанной антиокислительной активности липидов и ферментативной антиоксидантной защиты. Наибольшая активация липопероксидации и выраженное угнетение ферментативной антиоксидантной системы регистрируются у больных с тяжелыми ЧМТ с осложнениями - аспирационной пневмонией. Данные изменения, обнаруженные в ходе исследования, подтверждают существование тесной взаимосвязи и взаимообусловленности между параметрами свободнорадикального окисления и формированием синдрома системной воспалительной реакции, а также прогрессированием органной дисфункции у больных с травмой. Полученные результаты дополнительно обосновывают необходимость включения антиоксидантов в комплексную терапию травмы с начальных этапов лечения.

ИЗУЧЕНИЕ СОСТАВА ТЕЛА, КАК ХАРАКТЕРИСТИКИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ – КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ГОРНОГО АЛТАЯ

Шаповалова Н.А. - Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, ГБУЗ «Новокузнецкий центр общественного здоровья и медицинской профилактики», г.Новокузнецк, Россия

Лобыкина А.А. - ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ, г.Кемерово, Россия

Лобыкина Е.Н. - Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, ГБУЗ «Новокузнецкий центр общественного здоровья и медицинской профилактики», г.Новокузнецк, Россия

LEN67@mail.ru

Биоимпедансный анализ состава тела (БИА) широко используется в медицине. Он специфичен в отношении пола, возраста и некоторых показателей антропометрии. Возможность оценки жировой (ЖМ), мышечной массы (АКМ), уровня основного обмена (УОО), клеточной и внеклеточной жидкости (ОЖ) позволяет использовать БИА в различных областях, в т.ч. в биомедицинской антропологии.

Цель: провести анализ показателей БИА, анкетирование по питанию детей Республики Горный Алтай.

Материалы и методы: одномоментное исследование 82 детей 11-13 лет (25 мальчиков и 57 девочек), проживающих в БОУ РА Республиканская гимназия им. В.Плакаса (г. Горно-Алтайск). БИА проведен на анализаторе «Медас». Анализ питания (использование национальных блюд) по разработанной анкете. Для описания использовали среднее значение М и 95% ДИ.

Результаты: 81% детей используют в рационе национальные, богатые белком продукты (курут, чеген, талкан и др). По данным БИА у ИМТ был в норме у 68% мальчиков и 56,1% девочек, повышен- у 24% и 36,8% соответственно. Уровень УО снижен у 35% (у 40% мальчиков и 32,6% девочек). При низком УОО в 24% случаев уровень гемоглобина крови ниже нормы. У 22% (28% девочек и 2% мальчиков) УОО был повышен. У 10,9% детей была снижена АКМ.

Выводы. Впервые проведен БИА у детей – коренных жителей Республики Алтай. Для биомедицинской антропологии первые результаты БИА имеет большое значение, показывая не только состав тела, но и характеризующие нутриентный статус. Так, при достаточном поступлении белка (наличие дополнительного использования в рационе национальных белковых блюд) у 10,9% дефицит АКМ. Снижение УОО требует последующей оценки и коррекции питания (белкового компонента пищи, уровня железа), функции щитовидной железы и дальнейших исследований национальных особенностей.

ВОВЛЕЧЕННОСТЬ ДЕТЕЙ В РАЗГОВОР О ПРАВИЛЬНОМ ПИТАНИИ. КАК ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ?

Шаповалова Н.А. - ФГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал РМАНПО Минздрава России, ГБУЗ «Новокузнецкий центр общественного здоровья и медицинской профилактики»

Лобыкина Е.Н. - ФГБОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей – филиал РМАНПО Минздрава России, ГБУЗ «Новокузнецкий центр общественного здоровья и медицинской профилактики»

LEN67@mail.ru

Профилактика заболеваний должна начинаться с детства и с семьи. На образовательные учреждения (ОУ) также возлагаются задачи по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ). К этому подключаются и медицинские организации (МО), в том числе детские Центры здоровья и Центры медицинской профилактики.

Поставлена **цель:** провести оценку группового профилактического консультирования детского населения по вопросам питания на примере работы Центра общественного здоровья и медицинской профилактики (ЦОЗиМП) г.Новокузнецк.

Материалы и методы. Анализ работы проведен на основании отчетных документов деятельности ГБУЗ ЦОЗиМП за период 2020-2022 гг.

Результаты. Работа с детьми по ЗОЖ проводится в течение учебного года в виде разовых занятий. Обращение ОУ в ЦОЗиМП связано либо с низким охватом школьного питания в ОУ, возникшими спорными вопросами. Профилактическое консультирование проводится в виде офлайн презентаций с включением киносюжетов и собственных видеосюжетов прогулок диетолога в супермаркете. Анализ показал, что наибольшей популярностью у детей пользуются встречи с диетологом в летний период в виде Школ здоровья (летние лагеря, спортивные секции и студии). Это 2-3- х разовые занятия в группах по 10-18 человек. Используются игровые способы обучения навыкам правильного питания с использованием продуктов питания (например, кусочков сахара), сквишей (игрушек антистресс), рисования на тарелках. Вовлеченность в игру требует от ведущего занятия в Школе здоровья владения навыками коммуникации. Ежегодно проводится по 5 Школ в (193 чел.). В 2020 г. при ограничении очной работы, ЦОЗиМП провел 6 марафонов здоровья (охват 284 чел.) на платформе Telegram (@moy_center_nvkz), где акцент проводился на формирование у полезных привычек в питании не только у взрослых, но и их детей. Т.е. родители учились правильному питанию вместе с детьми. Онлайн обучение детей и подростков имело низкую эффективность.

Выводы. Работа с детьми требует постоянного совершенствования в формах и методах гигиенического воспитания. Использование электронных устройств и игровых форм работы повышает эффективность работы с детьми. Эффективность работы с детьми зависит от коммуникативных свойств лектора, что требует обучения медработников службы медпрофилактики ораторскому искусству. Для МО требуются дополнительные ресурсы для расходов на современные средства связи и наглядные материалы для работы с детьми.

ОТСРОЧЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

Щербанюк И.А., - Первый Московский Государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация

Халилова А.А. - Первый Московский Государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация.

Зубехина Е.Г. - Первый Московский Государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация.

Мурадова Н.Н. - Первый Московский Государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация.

Самолыго И.С.- Первый Московский Государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г.Москва, Российская Федерация.

aysskh@mail.ru

Актуальность исследования: болезнь Гиршпрунга (БГ) – это врожденная аномалия, характеризующаяся полным отсутствием нервных сплетений участка толстой кишки. После подтверждения диагноза ребенку как правило проводят оперативное вмешательство с целью

удаления аганглионарного участка кишки. При этом в отдаленном послеоперационном периоде более 50% детей имеют осложнения.

Цель исследования: анализ поздних осложнений у детей, оперированных по поводу БГ. Выявление оптимальной тактики оперативного лечения.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 59 истории болезни детей, оперированных по поводу БГ. Возраст пациентов на момент госпитализации составлял от 2 дней до 13 лет. 15 человек имели врожденные пороки развития. Анализировались характер и выраженность неудовлетворительных функциональных результатов, проводимое пациентам лечение и его эффективность.

Результаты. У прооперированных пациентов имели место следующие осложнения: ахалазия, запоры, энкопрез, эпизоды энтероколита (НАЕС), парапроктиты, а также часто возникающие нарушения функционирования коло- или илеостомы. 1. Ахалазия внутреннего анального сфинктера обнаружена у 18 пациентов. 2. Запоры с вторичным недержанием кала у 13 пациентов. 3. НАЕС развивался чаще в дооперационном периоде (15 пациентов). После оперативного лечения данное состояние наблюдалось у 5 человек, при этом для 4 из них оно являлось повторным. 4. Частым осложнением операции низведения толстой кишки по Свенсону было формирование свищевых ходов между кишкой и окружающей клетчаткой с образованием парапроктитов и других гнойно-воспалительных заболеваний. 5. Среди 22 пациентов с колостомой у 6 были выявлены нарушения её функции в виде ее инвагинации, стеноза, воспаления. Стеноз устраняли при помощи процедур бужирования. У 2 пациентов удалось добиться расширения стомы. Для 3 пациентов бужирование оказалось неэффективным. 6. Традиционная техника операции по Свенсону чаще становилась причиной дальнейших осложнений.

Выводы: реабилитация детей с БГ после операции требует персонифицированного подхода. Мы выявили, что наиболее частым осложнением является дисфункция коло- и/или илиостомы. На основе наших наблюдений можно сделать вывод о наиболее щадящей технике оперативного вмешательства-операции по Соаве. Запоры со вторичным недержанием кала и ахалазия внутреннего анального сфинктера встречались реже.

УДК: 616.24 - 006.2 - 053.1 - 053.2 - 07 - 089

КИСТОЗНО-АДЕНОМАТОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ЛЕГКИХ ДИАГНОСТИКА, ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ДЕТЕЙ

Эргашев Н.Ш., Рахматуллаев А.А. – Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра госпитальной детской хирургии, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Кистозно-аденоматозная мальформация лёгких (КАМЛ) является гамартомным пораженем легких, состоящие из кистозных и аденоматозных элементов, возникающее в результате пролиферации терминальных бронхиолярных структур с сопутствующим торможением развития альвеол [1,2,3]. Аномалия может служит причиной антенатальной гибели плода или проявляться развитием опасной для жизни дыхательной недостаточности при рождении и в последующие жизни ребенка с рецидивирующими легочными инфекциями [4].

Материалы и методы. В клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии на обследование и лечение находились 38 детей с КАМЛ. Возраст детей варьировал от 2 суток до 16 лет. Среди пациентов: мальчики -23 (60%), девочки -15 (40%). Всем больным проводили комплексные клинико-лабораторные исследования, ультразвуковые, рентгенологические, МСКТ и МСКТ ангиографию органов грудной клетки. Клинический материал верифицировали операционными данными и результатами морфологических исследований резецированных участков легкого. Антенатально данный порок развития легких диагностирован у 24 (63%) детей при сроке гестации от 20 до 34 недель. Распределение

больных с КАМЛ проведена согласно классификации K.Stoker. Для определения анатомии трахеобронхиального дерева и характера воспалительного процесса 19 пациентам была выполнена бронхоскопия.

Результаты и обсуждение. В 12 (31%) случаях при рождении ребенка отмечены явления респираторного дистресс-синдрома с проявлением острой дыхательной недостаточности, патологическими процессами, происходящими в легкие и значительные нарушения жизненно важных функций организма. Это свидетельствуют о том, что клинические проявления заболевания весьма многообразны и обусловлены тяжестью болезни, обусловленные с формой и объемом поражения и характером сопутствующей патологии.

Диагностика КАМЛ слагается из антенатальной и постнатальной диагностики. КАМЛ чаще диагностирован у детей в возрасте до 3-х лет, встречаемость так и форма поражения имели отличия в зависимости от возраста больных. Тип 1 выявлен у 8 больных, тип 2 – у 29 больных, тип 3 – у 1 больного, что подтверждено гистологическим исследованием. Из 38 детей с оперированы 32. 24 больным произведена лобэктомия, 5 из них порочная доля удалена путём ВАТС, у 1 пациента торокоскопически. В одном случае произведена билобэктомия. 2 детям старше 7 лет при позднем обращении с осложненным гнойно воспалительным процессом лёгких и плевры произведена пульмонэктомия. У 1 новорождённого после резекции язычковых сегментов левого лёгкого через 3 месяца обнаружены кистозные изменения в остальных участках лёгкого, что послужило основанием для проведения пульмонэктомии. В 3 случаях удалось сохранить долю после атипичной резекции изменённой части. 6 детей с КАМЛ, у которых порок выявлен в антенатальном периоде и подтвержден постнатально, без клинических признаков, находятся под наблюдением до планового оперативного лечения.

В заключении можно отметить, что КАМЛ является наиболее распространенной аномалией среди кистозных вариантов аномалий бронхолёгочной системы. В диагностике используются рентгенологические, ультразвуковые и МСКТ исследований в совокупности. В подавляющем большинстве случаев (98%) является односторонним процессом с поражением одной доли Наиболее частым видом оперативного вмешательства является удаление пораженной доли – лобэктомия, обеспечивающее довольно благоприятные непосредственные и отдаленные результаты.

Литераура

1. *Страшинский А.С., Стальмахович В.Н., Кайгородова И.Н., Ли И.Б. Врождённая кистозно-аденоматозная мальформация нижней доли левого лёгкого в сочетании с интралобарной секвестрацией лёгкого. Детская хирургия. 2021; 25(4): С.274-277.*
2. *Сулейманова С.Б. Современные взгляды на этиологию и патогенез кисто-аденоматозной мальформации лёгких у детей. Часть I. Детская хирургия. 2019; 23(2): С. 78-85.*
3. *Овсянников Д.Ю., Фролов П.А., Семенов П.А. Врожденная мальформация дыхательных путей. Педиатрия. 2018; 97 (1): С.152–161.*
4. *W. Xu, Q. Wen, L. Zha, C. Liu, P. Huang, Application of ultrasound in a congenital cystic adenomatoid malformation in an adult: a case report, Medicine (Baltimore) 2020 Dec. 4;99 (49): e23505.*

Сведения об авторах:

Эргашев Насриддин Шамсиддинович – Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра Госпитальной детской хирургии, заведующий кафедры, доктор медицинских наук, профессор. E-mail: ***nasriddin.ergashev@mail.ru***

Рахматуллаев Адхам Абадбекович – Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра Госпитальной детской хирургии, ассистент. E-mail: ***adxam1974@mail.ru***

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ УРОЛИТИАЗА У ДЕТЕЙ

Юсупов Ш.А., Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Хакимова Л.Р. – Самаркандский государственный медицинский университет, г.Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: изучение влияния полиморфизма генов интерлейкина-1 и интерлейкина-18 на клинико-функциональные особенности течения уролитиаза у детей.

Материал и методы исследования. Проведено клиническое обследование 200 детей, которые были распределены на две группы. *Первую (основную) группу* составили 100 больных с уролитиазом, проходивших комплексное обследование (клиническое, гематологическое, биохимическое, бактериологическое, иммуногенетическое, ультразвуковое, рентгенологическое) и лечение. *Вторую (контрольную) группу* составили 100 детей, не имеющих МКБ и госпитализированных для небольших плановых оперативных вмешательств (циркумцизио, грыжесечение) в Специализированную детскую хирургическую клинику Самаркандского государственного медицинского университета. Были использованы анамнестические, клинические, инструментальные, лабораторные (общеклинические, биохимические, бактериологические, иммуногенетические) и статистические методы исследования.

Результаты исследования. Проведено изучение частоты встречаемости аллелей гена IL-1β в основной (n=100) и контрольной (n=97) группах с последующим сравнительным анализом полученных результатов. При определении полиморфизма гена IL-1β в контрольной группе наиболее часто встречался генотип ТС – 61,9%. Тогда как выявляемость генотипа ТТ была выше в основной группе в сравнении с группой контроля, составляя 29% против 23,7%. Наиболее показательным маркером в развитии камнеобразования у детей был генотип С/С, который у детей с МКБ встречался в 1,9 раз чаще, чем у детей контрольной группы. Дальнейший статистический анализ распределения генетической ассоциации аллелей гена IL-1β с развитием МКБ согласно общей модели наследования в группах наблюдения также показал разницу только лишь по генотипу СС: в основной группе был выявлен достоверно значимый генотип СС гена IL-1β (χ^2=7,2; p=0,05; df=2). Эта же тенденция сохранялась при рецессивной модели наследования (χ^2=4,72; p=0,05; df=1). Сравнительные результаты полиморфизма гена IL-18 в исследуемых группах показали следующее распределение ассоциации генотипов: основная группа – носители АА-генотипов – 57 (57%), носители АС-генотипов – 41 (41%), носители СС-генотипа – 2 (2%) детей; контрольная группа – носители АА-генотипа – 51 (51%), носители ТС-генотипа – 41 (41%), носители СС-генотипа – 8 (8%) детей. Изучение частоты встречаемости аллелей А и С в группах наблюдения статистически достоверной разницы не выявило: частота аллеля А в основной группе составила 74%, а аллеля С – 26%, тогда как в контрольной группе – 78% и 22% соответственно. Как показывают результаты исследования, анализ ассоциации полиморфизма гена IL-18 -+105A/C с предрасположенностью к развитию МКБ у детей при различных моделях наследования, в частности, доминантоной (χ^2=3,79; p>0,05; df=1) и рецессивной (χ^2=0,72; p>0,05; df=1), также показал отсутствие статистически достоверной значимости

Выводы. В настоящее время в связи с развитием иммуногенетических исследований стал возможным поиск генетических маркёров, оказывающих влияние на клинико-функциональные особенности течения уролитиаза. Поскольку обменные нарушения являются генетически детерминированным состоянием, это позволяет сделать вывод о целесообразности проведения иммуногенетических исследований с изучением экспрессии гена IL-1β. Полное понимание иммуногенетических причин уролитиаза, включая идентификацию мутантных генов, могут способствовать ранней диагностике и профилактике МКБ, а также внедрению более рациональных протоколов лечения.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

Юсуфи С.Дж., Давлятзода Г.К., Тоджидинова Р.С. - ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии», г.Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Фармакотерапия беременных является одним из малоизученных разделов перинатальной медицины. Сложность оценки влияния лекарственных средств на беременных и плод предопределена ограниченными знаниями фармакокинетики и фармакодинамики большинства из препаратов в системе мать–плацента–плод и отсутствием рандомизированных клинических исследований по изучению действия лекарственных препаратов при беременности. По данным ранее проведенных исследований, фармакотерапия применялась у 100% женщин, при этом даже во время физиологической беременности количество препаратов в среднем достигало боле 10, общее количество колебалось от 1 до 20, а микронутриенты имели место лишь у 1,5. Результаты другого отечественного исследования указывали на применение лекарственных препаратов у 93% беременных, при этом исключительно витамины и минералы назначались лишь 7% пациенток, только 28% средств были безопасными для плода, 36% обладали тератогенным или эмбриотоксическим действием, для остальных 36% не было доказательств эффективности.

Цель исследования: провести анализ назначения лекарственных средств беременным по данным амбулаторных карт Центров Здоровья (ЦЗ) г Душанбе.

Материал и методы исследование. Нами на основе анализа ретроспективное исследование на базе ЦЗ № 3,6,8,13 города Душанбе. Методом анализа из индивидуальных карт беременных и родильниц получены данные о назначаемых лекарственных препаратах в течение беременности за 2020 и 2021 гг. у 215 женщин. Подходы к назначению лекарственной терапии беременным практические мало отличались друг от друга в исследуемых центрах здоровья, что позволило выявить общие тенденции в проведении фармакотерапии беременных. Средний возраст беременных составил 26±1,5 год.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что у 100% беременных, в картах наблюдения были назначены микронутриенты, при этом назначалось от 3 до 15 препаратов. Наибольшее количество препаратов назначалось во I триместре — от 4 до 8 (в среднем 6,1), наименьшее — в II триместре, от 2 до 5 (в среднем 3,1), в III триместре беременные получали до 5 (в среднем 3,4) препаратов. Фармпрепараты беременным назначались с целью дотации микронутриентов, коррекции соматической патологии, лечения осложнений гестации. Основными показаниями были: угроза выкидыша и преждевременные роды, инфекционно-воспалительные заболевания влагалища, болевой синдром, анемия, плацентарная недостаточность, инфекции мочевыводящих путей, профилактика пороков развития плода. Данное исследование показало, что среди используемых препаратов лидировали три группы: витамины и минералы; антимикробные препараты, включающие антибиотики и антисептики системного и локального действия, а также растительные уро септики. Анализ фармакотерапии беременных позволил выделить несколько наиболее характерных дефектов. Обращает на себя внимание одновременное назначение лекарственных препаратов однонаправленного действия в 16,5% случаев (гестагенов; двух антиагрегантов — курантила и кардиомагнила, двух противовирусных препаратов — Виферона и Гриппферона, двух антибактериальных средств – Вильпрафена и Азитромицина); дублирование в различных комплексах витаминов и микроэлементов с превышением физиологических доз (7,4%). В ряде случаев (48,6%) лекарственная терапия не соответствовала диагнозу: имело место сочетание установленного диагноза с отсутствием лечения, отсутствия диагноза с назначением лечения. Более чем в четверти (25,8%) случаев одновременно было назначено 5 и более препаратов, что следует расценивать как

полипрагмазию. В некоторых наблюдениях полипрагмазия объяснялась сочетанной патологией с одновременно назначались гестагены, антимикробные средства для локального применения, растительные уросептики, препараты железа, венотоники.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о позитивных тенденциях в лечении беременных и повышении безопасности проводимой терапии. В то же время, имеется необходимость постоянного аудита и коррекции назначений в соответствии с клиническими протоколами. Перспективный путь снижения интенсивности лекарственной терапии во время беременности – прегравидарная подготовка, при которой медикаментозная нагрузка сместится на догестационный период и обеспечит благоприятные условия для развития эмбриона и плода. Актуальной задачей фармакотерапии во время гестации является увеличение дотации микронутриентов, а именно фолатов, йода и железа.

ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Якубов С.Я. – Областной детский хирургический центр ГКБ № 1 им. С.Урунова, ординатор отделения детской хирургии, г.Худжанд, Таджикистан. e mail: ***Salich.y@mal.ru***

Ахмеджанов С.А. – Областной детский хирургический центр ГКБ № 1 им. С.Урунова, ординатор отделения детской хирургии, г.Худжанд, Таджикистан

Сангинов М.Н. – Областной детский хирургический центр ГКБ № 1 им. С.Урунова, ординатор отделения детской хирургии, г.Худжанд, Таджикистан

Нуров Ф. – Областной детский хирургический центр ГКБ № 1 им. С.Урунова, ординатор отделения детской хирургии, г.Худжанд, Таджикистан

Шарипов Г.М. – Областной детский хирургический центр ГКБ № 1 им. С.Урунова, отделения отделения детской хирургии, г.Худжанд, Таджикистан

Введение. В последние годы чаще стали встречаться осложненные формы эхинококкоза легких. Процент послеоперационных осложнений при осложненном эхинококкозе остается еще высоким и по данными различных авторов составляет от 3% до 24%. [1,2,3]

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения осложненного эхинококкоза легких у детей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 52 ребёнка с осложненным эхинококкозом в возрасте от 3 до 18 лет. Правосторонняя локализация эхинококкоза легких преобладала над левосторонней, соответственно 35 (67,3%) и 17 (32,6%). У 6 (11,5%) больных эхинококкоз легких сочетался с поражением печени. Больных с прорывом эхинококка в бронх было 26 (50%), в плевральную полость - 4 (7,6%), с перикистозным воспалением - 16 (30,7%), с нагноением - 6 (11,5%). Скрингом диагностики является рентгенография грудной клетки в 2-х проекция, УЗИ, КТ, фибробронхоскопия, ИФА.

Результаты и их обсуждение. У 44 (84,6%) больных отмечались признаки хронической интоксикации. Выделение прозрачной жидкости при кашле свидетельствовало о прорыве в бронх неинфицированной кисты (22), а мутной и гнойной - о перфорации инфицированной кисты и наблюдалось у 4 больных. Аллергическая реакция организма наблюдалась у 20 (38,4%) больных. Проявление дыхательной недостаточности было у 5 пациентов.

Предоперационная подготовка проводилась в зависимости от возраста ребёнка и вида осложнения индивидуально. 20 пациентам с целью диагностики эндобронхита и санации проведена бронхоскопия. У 2 больных из устья долевых бронхов удалили обрывки хитиновой оболочки. Предоперационная подготовка продолжалось от 6 до 14 дней. При прорыве эхинококковой кисты в плевральную полость проведено дренирование плевральной полости у 4 больных, предоперационная подготовка продолжалась до 6 дней.

Торакотомия проводилась в пятом или шестом межреберье переднебоковым доступом под многокомпонентным наркозом на фоне ИВЛ и управляемой демодуляции.

Произведена эхинококкэктомия созданием искусственной междолевой или межсегментарной щели по А.Т. Пулатову у 45 (86,5%) больных. В 4 случаях производилась, лобэктомия. Осложнение после операции отмечалось у 3 х больных (5,7%), Летальных исходов не было. Отдалённые результаты эхинококкэктомии изучены у 38 (73%) детей. Рецидив эхинококкоза лёгкого был в одном случаев у больного со вскрывшейся ЭК в плевральной полости через 1,5 года после операции.

Выводы. Рациональное проведение предоперационной подготовки, дифференцированный выбор способа ликвидации остаточной полости позволяет избежать возможных послеоперационных осложнений.

Литература

1. *Давлатов С.Б, Баходуров Дж..Т Лечение эхинококкоза у детей. Педиатрия. Ташкент № 3. 2017 стр 42-43*
2. *ХасановР.А., МаткасимовМ.М., ТоктахуновУ.Т., МирзокуловД.С. Хирургическое лечение осложнённого эхинококкоза легкого с прорывом в бронх. Современные проблемы науки и образования. – 2017.*
3. *Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э. Шамсиев Ж.З/ Europian science № 6(38), 2018.С 47-51.*

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF SEVERE RESPIRATORY DISORDERS IN CHILDREN BORN TO WOMEN WITH DIABETES

Prylutskaya V.A. - Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Goncharik A.V. - Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Svirskaya A.Y. - Republican Research and Practical Center «Mother and child», Minsk, Belarus

Korol'-Zakharevskaya E.L. - Republican Research and Practical Center «Mother and child», Minsk, Belarus

2489861@rambler.ru

Aim. The aim of the study is to analyze the features of respiratory disorders in full-term children born to women with DM and in need of medical care in the intensive care unit (ICU).

Material and methods. The study was conducted on the basis of the Republican Scientific and Practical Center "Mother and Child". To achieve this goal, 51 children born to women with DM were examined. The concentration of 25(OH)D in blood serum was determined by ELISA.

Results. Of the presented sample of newborns, 29 (57%) are boys and 22 (43%) are girls. Body weight at birth was 3885.0 (3370.0–4200.0) g with an amplitude of fluctuations from 2500.0 g to 5800.0 g. The body length of newborns was 53.0 cm (from 43.0 to 59.0 cm). It was revealed that 44 (86%) newborns were born by caesarean section. There were 24 (47%) children who were large for gestational age. During the first hour after birth, due to developing respiratory failure, all children were transferred to the ICU. The diagnosis of congenital pneumonia was established in 26 (51.0%) newborns, respiratory distress syndrome (RDS) in 15 (29.4%) patients, a combination of congenital pneumonia and RDS in 10 (19.6%) patients. 42 (82%) children were transferred to mechanical ventilation, and 3 newborns required high-frequency oscillatory ventilation. The majority of newborns with serum 25(OH)D<10 ng/ml (OR: 3.1; 95% CI 1.8–11.2; p=0.047) were more likely to develop respiratory problems. Endotracheal administration of surfactant was performed in 17 (33%) children. Cardiotonic support (dopamine, adrenaline) was required in 41 (80.4%) patients. Antibacterial therapy was prescribed to 50 (98.0%) children.

Conclusions. The presence of diabetes mellitus in the mother is associated with a violation of the early adaptation of newborns, predisposing to the development of respiratory disorders. The severity of respiratory disorders and the condition of newborns in some cases require their transfer to the intensive care unit, as well as respiratory support in the form of artificial lung ventilation, endotracheal administration of surfactant. The likelihood of respiratory failure is associated with vitamin D levels.

LABORATORY TECHNIQUES FOR RAPIDLY DETECTING THE FORMATION OF KIDNEY STONES IN CHILDREN

Sagymbayeva A. - Department of Pediatric Urology, Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery, Almaty, Republic of Kazakhstan

Merkuheva N. - Department of Pediatric Urology, Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery, Almaty, Republic of Kazakhstan

Bulegenova M. - Department of Pediatric Urology, Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery, Almaty, Republic of Kazakhstan

Musabalina A. - Department of Pediatric Urology, Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery, Almaty, Republic of Kazakhstan

sagymbaeva.assel@gmail.com

Objective. The aim of this study was to investigate the clinical effectiveness of specialized urine tests in early prevention and preventive measures against urolithiasis in children.

Materials and methods. We conducted a prospective observational study involving 80 patients, divided into two groups. The first group included 40 patients diagnosed with urolithiasis, while the second group consisted of 40 healthy children. Specialized urine tests were performed on both groups.

Results. The stability of urine pH was measured before and after 48 hours of incubation at 37°C in a thermostat. After 48 hours, it was observed that the urine pH increased and there was a formation of phosphate crystals in 5 out of 125 patients in the main group. Statistically significant differences were identified when comparing the urease activity of urine and the chemical composition of crystals ($p < 0.0001$). High urease activity (324 mmol/L) was observed only in urine samples with phosphate and ammonium biurate crystal formations. Urease activity was also compared with the type of bacterial pathogens present in urine samples. Based on the results of the specialized urine tests, we developed an algorithm for personalized prevention and preventive measures against urolithiasis in children.

Conclusions. Our study demonstrates that specialized urine tests can effectively determine the presence of urine crystal formation, identify the chemical composition of the crystals formed, and assess the speed of crystal formation. These findings are crucial in guiding the individualized treatment approach for the prevention and preventive measures against urolithiasis in children.

MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF CONGENITAL HYPERTROPHIC PYLOROSTENOSIS IN CHILDREN

Salimov Sh.T. - Tashkent Medical Academy Republican Scientific and Practical Center for Minimally Invasive and Endovisual Surgery for Children, Tashkent, Uzbekistan

Berdiev E.A. - Tashkent Medical Academy Republican Scientific and Practical Center for Minimally Invasive and Endovisual Surgery for Children, Tashkent, Uzbekistan

Abdusamatov B.Z. - Tashkent Medical Academy Republican Scientific and Practical Center for Minimally Invasive and Endovisual Surgery for Children, Tashkent, Uzbekistan

ergashdh@mail.ru

Relevance. Congenital hypertrophic pyloric stenosis among the surgical pathology of infants occupies one of the leading positions. The risk of developing pyloric stenosis is due to the rapid progression of clinical manifestations such as acidosis, hypokalemia, azotemia, and increasing underweight. In connection with the foregoing, the treatment of hypertrophic pyloric stenosis is one of the urgent problems of modern pediatric surgery. The problem of early diagnosis and timely surgical treatment of pyloric stenosis remains relevant.

The aim of the study. to improve the results of endosurgical and treatment of pyloric stenosis in children

Material and methods. From 2015 to 2022, 11 children with suspected congenital pyloric stenosis were admitted to the Republican Scientific and Practical Center for Minimally Invasive and Endovisual Surgery for Children. Of these (8 boys, 3 girls). Age of patients from 3 weeks. up to 5 months. The duration of the disease varied from 7 days to 4 weeks. Children underwent clinical and laboratory, X-ray, ultrasound examination. In the study of laboratory data, signs of anemia, hypoproteinemia, bilirubinemia and electrolyte disturbances were evaluated. Of the additional methods to confirm the diagnosis, X-ray of the gastrointestinal tract with a water-soluble contrast agent was used in 5 children. Ultrasound examination of the stomach was carried out in combination with the above methods in all children. All children with a confirmed diagnosis of congenital pyloric stenosis after preoperative preparation (correction of anemia, electrolyte disorders, hypoprotenemia) underwent endovideolaparoscopic pyloromyotomy, 3 children underwent Frede-Weber-Ramstedt pyloromyotomy.

Results. The postoperative period in both groups proceeded without complications. In the group of patients who underwent endovideosurgical intervention, the postoperative period was easier, and the average bed-day was reduced. In addition, there was a good cosmetic result. Of the children who underwent Frede-Weber-Ramstedt pyloromyotomy, one patient had a ligature fistula on the 5th day after the operation, after surgical treatment of the wound, healing was secondary.

Conclusions: When establishing the diagnosis of congenital pyloric stenosis, there is no need to perform esophagogastrofibroscopy, there is no need for lengthy preoperative preparati