



СООЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ
ОТДЕЛЕНИЕ



Союз медицинских
работников
Санкт-Петербурга
и Ленинградской области



Санкт-Петербургский
государственный
университет



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА



КОМИТЕТ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА
ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

XVI ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ. САНКТ-ПЕТЕРБУРГ-2023»

ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА
ИГОРЯ МИХАЙЛОВИЧА ВОРОНЦОВА

МАТЕРИАЛЫ



10-11
марта
2023

КОНФЕРЕНЦИЯ ПРОХОДИТ В КОМБИНИРОВАННОМ ФОРМАТЕ

Сборник материалов XVI Всероссийской научно-практической конференции «ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ.

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2023».

Санкт-Петербург, 10–11 марта 2023 – СПб., 2023. – 75 с.

СООРГАНИЗАТОРЫ:

- Санкт-Петербургское региональное отделение общественной организации «Союз педиатров России»
- Союз медицинских работников Санкт-Петербурга и Северо-Западного региона

ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:

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

ПРИ УЧАСТИИ:

- Министерства здравоохранения РФ
- ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ
- ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»
- ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения РФ
- ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА России»
- ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Министерства здравоохранения РФ

НАУЧНЫЕ РЕДАКТОРЫ:

- д.м.н. проф. Булатова Е. М., д.м.н. проф. Кельмансон И. А.

Материалы, опубликованные в данном сборнике, представлены в авторской редакции. Оргкомитет Форума не несет ответственности за содержание тезисов.

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

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

ISBN 978-5-6047543-4-4



9 785604 754344

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

**ХVI ВСЕРОССИЙСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ВОРОНЦОВСКИЕ ЧТЕНИЯ.
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ – 2023»
ПОСВЯЩАЕТСЯ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА
ИГОРЯ МИХАЙЛОВИЧА ВОРОНЦОВА**

10–11 МАРТА 2023

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Электрокардиографические признаки нарушения сердечного ритма у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца	8
<i>Ахрарова Ф. М., Ахрарова Н. А.</i>	
Гематурия у ребёнка на поликлиническом приеме: Возможные причины, тактика педиатра	10
<i>Балалаева И. Ю., Кораблева Т. П., Царенко Л. А.</i>	
Причина пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии у младенцев	13
<i>Бобоева Н. Т.</i>	
Особенности перинатального анамнеза детей и подростков с аллергической формой бронхиальной астмы	14
<i>Буряк В. Н., Кимбилетова Т. А.</i>	
Результаты теста 6-минутной ходьбы у здоровых детей среднего школьного возраста	16
<i>Бушуева Э. В., Дианова Т. И., Иванова О. Н., Рябухина О. В., Викторов В. Н.</i>	
Активация реакций свободнорадикального окисления в течении бронхолегочных заболеваний у детей	17
<i>Капралова А. М., Вахитов Х. М., Капралов А. А.</i>	
Методы современной аллергодиагностики	19
<i>Воронцова И. М.</i>	
Частота формирования фетоплацентарной недостаточности у женщин при первой беременности с учетом их возраста	21
<i>Глущенко В. А., Удовенко А. А., Шестакова В. Н., Сосин Д. В., Чижова Ж. Г., Грибков А. А., Анисимов Д. С.</i>	
Основные критерии оценки продолжительности грудного вскармливания	25
<i>Гмошинская М. В., Алешина И. В.</i>	
Подросток с гипертонической болезнью в детской практике	27
<i>Гончар Н. О., Ким А. В., Шарафутдинова Л. Л.</i>	

Случай токсического гепатита у ребенка при приеме высокой дозы ацетаминофена (парацетамола)	29
<i>Грешнякова В. А., Копаневич О. В., Триполитова М. С., Никифорова А. О., Горячева Л. Г., Ефремова Н. А.</i>	
Жалобы у детей с мобильным плоскостопием: Есть ли связь с формой стоп?	31
<i>Димитриева А. Ю.</i>	
Определение влияния субъективного опыта врачей-ортопедов на их тактику по диагностике и лечению плоскостопия у детей	32
<i>Димитриева А. Ю.</i>	
Серотонин как биохимический маркер повреждения ЦНС у новорожденных детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию	33
<i>Зверева Н. А., Милютин Ю. П.</i>	
Особенности инфекционной заболеваемости детей Санкт-Петербурга в период распространения новой коронавирусной инфекции	35
<i>Катаева И. С., Ким А. В., Шарафутдинова Л. Л.</i>	
Анализ анамнестических и психосоциальных факторов у подростков с ожирением и компонентами метаболического синдрома	38
<i>Ларина Н. Г., Балашова А. Д.</i>	
Стандартизация провокационных проб в качестве метода диагностики пищевой аллергии у детей Российской Федерации: Предварительные результаты исследования	40
<i>Левина Д. М., Лукьянова С. О., Фёдорова Л. А., Зиновьева Н. В., Петрова Ю. В., Севостьянова Ю. Н., Молочникова О. В., Барабанова О. В., Конопляникова Ю. Е., Рыбникова Е. А., Образцов И. В., Пушкова Е. С., Чашухина А. Б., Корсунский И. А., Мунблит Д. Б., Корсунский А. А.</i>	
Оценка текущего состояния и резервных возможностей дыхательной системы у спортсменов-подростков	42
<i>Маринич В. В.</i>	

Некоторые результаты изучения здоровья детей на первом году жизни	44
<i>Моисеева К. Е., Алексеева А. В., Данилова В. В.</i>	
Эозинофильные поражения желудочно-кишечного тракта у детей: Структура, клинические и эндоскопические проявления	47
<i>Моисейкова Е. Л., Корниенко Е. А., Павелец Н. К., Борисенко Е. А., Белоусова Н. Е., Бабаева У. М., Килина С. Г.</i>	
Изменение электрокардиограммы юных спортсменов г. Санкт-Петербурга при респираторной инфекции и после перенесённого заболевания	50
<i>Мотрук Л. И., Семёнова А. И., Трухманов И. М., Трухманова Е. П.</i>	
Влияние изоляции в период эпидемии Ковид-19 на частоту аллергических заболеваний у детей	52
<i>Нишева Е. С., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.</i>	
Исследование путей поступления пищевых аллергенов – дыхательные пути - важный путь сенсибилизации	54
<i>Нишева Е. С., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.</i>	
Проверка гипотезы нарушения эпителиальных барьеров как причины аллергических заболеваний – частота аллергических заболеваний у детей после ожогов	56
<i>Нишева Е. С., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е., Писаревская А. В., Майхуб М.</i>	
Нарушение функциональной активности фагоцитов при неонатальном сепсисе: Патофизиология и прогностические возможности	58
<i>Образцов И. В., Черникова Е. А., Давыдова Н. В., Гордукова М. А., Образцова А. А., Жиркова Ю. В.</i>	
Современные особенности воспалительных заболеваний кишечника у детей Донбасса	60
<i>Прохоров Е. В., Островский И. М.</i>	
Малые аномалии сердца у мальчиков-подростков предпризывного возраста с субклиническими формами сердечно-сосудистой патологии	62
<i>Прохоров Е. В., Пшеничная Е. В.</i>	

Характер нарушений функционального состояния тонкой кишки в остром периоде геморрагического васкулита у детей	64
<i>Прохоров Е. В., Пшеничная Е. В., Астафьева Е. В.</i>	
Клинико-морфологическая характеристика гематурической формы хронического гломерулонефрита, ассоциированного с герпесвирусной инфекцией у детей	65
<i>Прохоров Е. В., Толченникова Е. Н.</i>	
Течение новой коронавирусной инфекции у детей разных возрастных групп в зависимости от топики поражения дыхательных путей	67
<i>Хаярова Д. С., Бурлаков В. С.</i>	
Синдром Гийена-Барре в практике детского инфекциониста	68
<i>Цибизова В. В., Гуликова А. С., Азимова Ш. Т.</i>	
Клинический случай наследственной гематурии	70
<i>Шабаршова А. В., Махалова А. С., Туш Е. В.</i>	
Постковидные осложнения новой коронавирусной инфекции у детей	72
<i>Шангареева З. А., Файзуллина Р. М., Санникова А. В., Мананова А. Ф., Фаршатова Д. Ш., Саева Г. И.</i>	

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

Ахрарова Ф. М., Ахрарова Н. А.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан
fiona.a85@mail.ru*

Цель исследования. Изучение аритмогенных свойств синдрома дисплазии соединительной ткани сердца (СДСТС) у детей. Частота нарушений ритма и проводимости сердца оценивалась по результатам электрокардиографического исследования.

Материал и методы исследования. Исследованы 65 детей школьного возраста получавшие стационарное лечение в отделениях кардиоревматологии ГДКБ №4 г. Ташкента. Были проанализированы данные ЭКГ исследования. ЭКГ проводилась на аппарате ЭК1Т-07 «Аксион» в 12 стандартных отведениях: 6 грудных и 6 от конечностей. По данным ЭКГ оценивались: частота сердечных сокращений, анализ сердечного ритма, оценка регулярности сердечных сокращений, определение источника возбуждения, оценка функции проводимости, длительность интервалов P-Q, Q-T, зубцов P, T.

Результаты. Анализ проведенного ЭКГ обследования у детей с СДСТС выявил значительную распространенность нарушений ритма сердца и проводимости. Наиболее часто нарушения ритма и проводимости встречались у детей в возрасте 8-12 и 12-16 лет. У мальчиков аритмии зарегистрированы чаще, чем у девочек ($p < 0,01$). При проведении электрокардиографического исследования и суточного мониторинга ЭКГ, значимые аритмии были выявлены у 30,8% детей с СДСТС, незначимые - у 46,0% обследуемых, и лишь у 23,2% детей изменений на ЭКГ не было зарегистрировано. Нарушения ритма сердца и проводимости зарегистрированы у 67,2% с аномальной хордой левого желудочка (АХЛЖ) и у 71,8% с пролапсом митрального клапана (ПМК).

Результаты проведенных нами исследований показали, что при всех вариантах СДСТС нарушения сердечного ритма и проводимости встречались достоверно чаще ($p < 0,01$), чем в популяции.

При проведении ЭКГ у детей с СДСТС отмечались изменения у 71,5 % и только у 23,2 % регистрировалась ЭКГ без патологии. Самым частым изменением на ЭКГ явилось нарушение образования импульса, которое представлено синусовой тахикардией: у пациентов с СДСТС и кардиоваскулярной патологией - 50,9% и у детей с СДСТС без кардиоваскулярной патологии - 27,5%, синусовой брадикардией - 18,2% и 7,5% соответственно. Второе место заняли нарушения процессов реполяризации в миокарде: у пациентов с СДСТС и кардиоваскулярной патологией – 50,9% и у детей с СДСТС без кардиоваскулярной патологии - 35%.

Выявленные у единичных детей признаки гипертрофии правого и левого желудочков имели место при митральной регургитации II степени, у остальных детей с ПМК отмечена I степень митральной регургитации, что является вариантом нормы. III и IV степени митральной регургитации среди обследованных нами больных не отмечалась.

Выводы. Таким образом, малые аномалии сердца могут явиться структурно - функциональными факторами риска развития нарушений сердечного ритма у детей. На основании проведенных исследований можно отметить, что в обеих группах с СДСТС на ЭКГ преобладали нарушения образования импульса. Эти нарушения отмечались в виде синусовой тахикардии, аритмии, синусовой брадикардии. Изменения на ЭКГ требуют динамического контроля, т.к. могут явиться начальными проявлениями формирующейся патологии.

ГЕМАТУРИЯ У РЕБЁНКА НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ: ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ, ТАКТИКА ПЕДИАТРА

Балалаева¹ И. Ю., Кораблева² Т. П., Царенко² Л. А.

*1-ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко» МЗ РФ, г. Воронеж*

2- детская поликлиника № 11, г. Воронеж

iubalalaeva@mail.ru

Актуальность. Гематурия (ГУ) достаточно часто выявляется у детей разного возраста. Она может быть проявлением различных заболеваний органов мочевой системы (почек, мочевыводящих путей, почечных сосудов), а также (редко) нарушений системы коагуляции и тромбообразования. ГУ отмечается при таких заболеваниях как острый постстрептококковый гломерулонефрит, хронический гломерулонефрит, IgA-нефропатия, тубуло-интерстициальный нефрит, нефрит при системной красной волчанке, гемолитико-уремический синдром, наследственный нефрит (синдром Альпорта), болезнь тонких базальных мембран, мочекаменная болезнь, нефрокальциноз, кристаллурия, кистозные дисплазии почек, туберкулёз, опухоль, инфаркт, гемангиома почки, некроз почечных сосочков, нефроптоз, гидронефроз, тромбоз почечных вен, цистит, уретрит, операции, полипы мочевыводящих путей, травма ОМС, уретероцеле, стриктура мочеиспускательного канала и других. Появление ГУ возможно также при аллергии, сборе мочи во время менструации, симуляции (добавлении крови в мочу).

При выявлении ГУ необходимо уточнение ее причины для определения прогноза и тактики лечения. На амбулаторном приеме отмечаются сложности определения причины ГУ у детей, учитывая большое их количество (более 150). Для установления причины ГУ необходимо учитывать такие особенности как её выраженность (микрогематурия или макрогематурия), продолжительность (кратковременная, интермиттирующая, стойкая), сочетание с другими признаками (протеинурией, лейкоцитурией) или изолированный характер, сочетание с болевым синдромом (болевая, безболевая), связь с патологией почек или мочевыводящих путей. На амбулаторном этапе обследования ребёнка с ГУ не всегда удаётся уточнить её причину в связи с ограниченными диагностическими возможностями.

Целью исследования являлось определение частоты и особенностей ГУ, выявленной на амбулаторном приёме педиатра-нефролога у детей и подростков.

Материал и методы. Проведено изучение особенностей ГУ и её частоты у амбулаторных пациентов в возрасте от 3 месяцев до 17 лет с 2018 по 2022 год. Соотношение девочек и мальчиков 1,5:1.

ГУ выявляли с помощью анализов мочи общего и по Нечипоренко. Для уточнения причины ГУ проводили комплекс исследований, доступных на амбулаторно-поликлиническом этапе обследования: общий и биохимический анализы крови, определение АСЛ-О, посевы мочи на флору и МБТ, определение экскреции с мочой солей, УЗИ почек и мочевого пузыря, а также анализ жалоб и клинических проявлений (АД, отёков, нарушений мочеиспускания, болевого синдрома и других), семейного анамнеза.

Результаты. Гематурия выявлена у 4,8% всех пациентов, посетивших нефролога в поликлинике за 5 лет (4234 посещений). Отмечался значимый рост частоты ГУ от 2,4% в 2018 году до 5,7% в 2020 году ($P<0,01$), 6,3% в 2021 году ($P<0,001$), 5,5% в 2022 году ($P<0,01$). Частота гематурии в 2021 году была большей, чем в 2019 году (3,7%) ($P<0,05$).

Наибольшей частота ГУ была в июле-августе (7,3%)¹, несколько меньшей – в январе (6,0%)², небольшой – осенью (2,3%)³ ($P_1-3<0,01$, $P_2-3<0,05$). Можно предполагать возможную связь нарастания частоты ГУ у детей в летние месяцы с выделением у части детей с недостаточным питьевым режимом при высокой температуре окружающей среды более концентрированной мочи с большей концентрацией солевых компонентов, а в январе – с появлением кристаллурии или аллергии при погрешностях в питании во время новогодних праздников.

Большинство детей (88%) имели небольшую ГУ (не превышавшую 20 эритроцитов в поле/зрения микроскопа) и не сопровождавшуюся изменением цвета мочи.

ГУ часто сочеталась с другими патологиями мочевой системы (72,7%). Наиболее часто у детей с ГУ регистрировались инфекция мочевой системы (в 26,8%) и кристаллурия, которая выявлялась при лабораторном исследовании мочи и УЗИ органов мочевой системы (в 22,7%). Сочетание ГУ с пиелоктазией и/или каликоктазией имели 16,8%, с расстройствами мочеиспусканий, обусловленными гиперактивностью или гипотонией мочевого пузыря – 5,9%, с повышенной

подвижностью почек/нефроптозом - 5,9% пациентов. Сочетание ГУ с небольшой протеинурией отмечено у 7,7% пациентов. У 1 ребенка ГУ была связана с острым гломерулонефритом, у 1 – с IgA-нефропатией, у 1 – с поражением почек при системной красной волчанке, у 1 – с тубуло-интерстициальным нефритом (диагноз был уточнен при последующем обследовании в специализированном стационаре). Подозрение на наследственный нефрит имелось у 3 пациентов с рецидивирующей ГУ. Других заболеваний, имевших тяжёлое течение и плохой прогноз (поликистоз, опухоли, туберкулёз почек и т.д.), у пациентов с выявленной в амбулаторных условиях ГУ не было.

Как правило, ГУ исчезала или уменьшалась после коррекции питания, питьевого режима, физической нагрузки, лечения мочевой инфекции (антибактериальные препараты, канефрон и др.), кристаллурии и нефроптоза.

Заключение. Настоящее исследование показало, что ГУ, выявляемая у детей при лабораторном исследовании мочи в условиях поликлиники, является достаточно «безобидной» (она небольшая или умеренно выраженная, не сопряжена, как правило, с тяжёлыми заболеваниями, имеет транзиторный характер и, благоприятный прогноз даже при рецидивирующем течении). Однако для постановки правильного диагноза при выявлении ГУ важно проведение тщательного обследования пациентов для исключения патологии, представляющей опасность для здоровья и жизни детей (опухоли, туберкулёз, поликистоз почек, синдром Альпорта, системная красная волчанка, тубуло-интерстициальный нефрит, IgA-нефропатия).

Детям и подросткам необходимо рекомендовать обильное питьё в жаркие летние месяцы для профилактики появления ГУ, связанной с повышенным содержанием солей в моче при недостаточном потреблении жидкости.

ПРИЧИНА ПРОЛОНГИРОВАННОЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У МЛАДЕНЦЕВ

Бобоева Н. Т.

Самаркандский государственный медицинский университет,

Самарканд, Узбекистан

shaxjaxon@yahoo.com

Актуальность

Пролонгированная неонатальная гипербилирубинемия приобретает свою актуальность тем, что это состояние параллельно с частым проявлением представляет большой интерес и по времени возникновения и её продолжительности. Затяжная неонатальная желтуха определяется как желтуха, продолжающаяся более 14 дней жизни у доношенных детей.

Цель: Основная цель этого исследования состояла в том, чтобы проанализировать причину пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии у младенцев с пролонгированной гипербилирубинемией, направленных в педиатрическое отделение многопрофильного детского медицинского центра Самаркандской области.

Материалы и методы исследования:

Обследовано 250 новорожденных, изучен анамнез и оценено здоровье их матерей. Среди новорожденных было 158 мальчиков (63,2%) и 92 девочек (36,8%). В зависимости от максимального уровня билирубина в сыворотке крови и продолжительности гипербилирубинемии дети были разделены на две группы: I группа - с умеренной пролонгированной гипербилирубинемией (уровень билирубина не более 250,0 мкмоль/л); II группа – с пролонгированной гипербилирубинемией высокой степени (уровень билирубина 250,0-270,0 мкмоль/л, затяжной характер с длительностью более 21 дня). В I группу вошли 34,0% (n=85) новорожденных, во II - 46,0% (n=115) новорожденных. III группа – контрольная 20% (n=50). Вес обследуемых детей в среднем составлял $3816,684 \pm 818,6$.

Результаты: При анализе соматического статуса женщин было выявлено: гестозы беременных 49 (57,65%), перенесенные ОРЗ во время беременности 44 (51,76%), гипертоническое состояние 2 (2,35%),

анемия средней степени 80 (94,12%), нефропатия 8 (9,41%), пиелонефрит 33 (38,82%), в группе исследуемых матерей в период беременности также были выявлены ветрянка, вирусный гепатит, герпес у 6 (7,06%), угроза прерывания беременности у 57 (67,06%), отеки у 1 (1,18%). Средний возраст детей на момент поступления для всей группы составил 32 дня после родов (от 14 до 37 дней). Гестационный срок со средним и медианным сроком гестации 37 недель. Возраст при поступлении в эту группу варьировал от 21 до 38 дней после родов, при среднем возрасте 36 дней. Состояние большинства детей было оценено как средней тяжести из-за высокого уровня общего билирубина в этом возрасте. Во всех обследуемых группах медианы общего билирубина в сыворотке крови составило 313 (282-361,5) мкмоль /л, прямой фракции билирубина в сыворотке крови составило 62,0 (51-73,5) мкмоль /л, непрямой фракции билирубина в сыворотке крови составило 250,0 (225,0-291,5) мкмоль /л.

Выводы: На фоне неблагоприятной экологической ситуации новорожденные с отягощенным анамнезом, имеющие анатомо-физиологическую незрелость гепатобилиарной и ферментативной системы, переносили пролонгированную неонатальную гипербилирубинемию.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО АНАМНЕЗА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Буряк В. Н., Кимбилетова Т. А.

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург
vladimir.buryak@inbox.ru*

Введение. Среди всех неинфекционных заболеваний, встречающихся в человеческой популяции, одно из ведущих мест принадлежит бронхиальной астме и, особенно, её аллергической форме. Начало данного патологического процесса приходится в подавляющем большинстве случаев на детский возраст. При этом к пубертатному и подростковому периоду пациенты уже имеют достаточно длительный

стаж заболевания. Несомненную роль в формировании астматического процесса имеют различные неблагоприятные факторы в перинатальном периоде.

Цель. Выяснить особенности перинатального анамнеза детей пубертатного возраста и подростков с аллергической формой бронхиальной астмы.

Материалы и методы. Проведено изучение перинатального анамнеза у 90 больных, страдающих аллергической формой бронхиальной астмы, среди которых было 47 детей в возрасте от 11-ти до 14-ти лет и 43 подростка в возрасте от 15-ти до 18-ти лет. Средний возраст детей составил $12,04 \pm 0,17$ лет, подростков – $16,00 \pm 0,12$ лет. В первой группе было 36 мальчиков и 11 девочек, во второй – 39 мальчиков и 4 девочки. Диагноз бронхиальная астма устанавливался на основании общепринятых критериев. Аллергическую форму констатировали после лабораторно подтверждённого повышения в крови уровня иммуноглобулина Е.

Результаты. Анализ течения беременности у матерей обследованных пациентов в $2,2 \pm 0,02\%$ случаев выявил перенесённые в этот период острые инфекционные заболевания, в $8,9 \pm 0,03\%$ наблюдений – токсикоз беременности, в $4,4 \pm 0,02\%$ случаев – гестозы, в $2,2 \pm 0,02\%$ наблюдений – анемию беременных. Изучение особенностей родов позволило обнаружить, что $10,0 \pm 0,03\%$ обследованных пациентов родились путём кесарева сечения, у $6,7 \pm 0,03\%$ из них было установлено перинатальное гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы. В $6,7 \pm 0,03\%$ случаев обследованные больные родились с низкой массой тела, в $7,8 \pm 0,03\%$ наблюдений – недоношенными, ещё у одного из пациентов диагностировался респираторный дистресс-синдром.

Выводы. Полученные результаты позволяют сделать заключение об определённой роли патологии беременности и перинатального периода на формирование в последующем аллергической формы бронхиальной астмы в пубертатном и подростковом возрасте.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*Бушуева Э. В., Дианова Т. И., Иванова О. Н., Рябухина О. В., Викторов В. Н.
ФГБОУ ВО «ЧГУ имени И.Н. Ульянова», город Чебоксары, Россия
БУ «Городская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии,
город Чебоксары, Россия
БУ «Чебоксарская районная больница» Минздрава Чувашии, поселок
Кугеси, Чувашская Республика, Россия
D.t.i_21@mail.ru*

Введение. Тест 6-минутной ходьбы является физиологичным, простым и доступным методом определения функционального состояния здоровья людей. Во взрослой практике данный метод применяется широко для оценки функционального статуса, эффективности лечения и реабилитации, в детской практике применение теста очень ограничено из-за отсутствия нормативных параметров теста в различные возрастные периоды жизни ребенка. Более чем в 15 странах учеными уже предложены нормативные параметры теста, но они рекомендованы для детей, проживающих в стране их установления.

Цель исследования: создать нормативные параметры Т6МХ в зависимости от пола, возраста для здоровых детей среднего школьного возраста.

Материалы и методы. Проведено сплошное одномоментное персонифицированное обследование 964 детей I-II групп здоровья от 11 до 14 лет (506 (52,5%) мальчиков ($P(X^2) < 0,001$)), 458 (47,5%) девочек ($P(X^2) < 0,001$)). Дети выполняли тест 6-минутной ходьбы, соблюдая правила по стандартам Американского торакального общества и Европейского респираторного общества 2002 года.

Результаты. Пройденное расстояние 11-летними детьми за 6 минут составило у мальчиков 540[480;594]м, у девочек 523,5[477;594]м, ($M-U=0,889$), 12-летними—603[532;646]м, 560,5[513;594]м, ($M-U=0,003$), 13-летними—540[510;570]м, 540[531;594]м, ($M-U=0,149$), 14-летними—570[532;646]м, 573[524;640]м, ($M-U=0,879$) соответственно. Среднее пройденное расстояние детьми средней школьной группы составило—мальчики 563,3[513,5;614]м (min-max 320-875м), девочки 549,3[511,3;605,5]м (min-max 350-836м)

При сравнении результатов теста детей с результатами других стран, максимальная разница пройденного пути составила 169,9 м, минимальная 3,3м. Наши результаты сопоставимы с результатами, полученными учеными Тайваня и Швейцарии, также наши дети проходили больше, чем дети Великобритании, Германии и Нигерии, в сравнении с другими странами пройденный путь за 6 минут был меньше.

Заключение. Результаты теста 6 минутной ходьбы на здоровых детях среднего школьного возраста отличаются от большинства результатов, приведенных учеными других стран, поэтому желательно использовать нормативные параметры теста, полученные в стране проживания ребенка.

АКТИВАЦИЯ РЕАКЦИЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ В ТЕЧЕНИИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Капралова А. М., Вахитов Х. М., Капралов А. А.

Кафедра госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Казанский ГМУ»

Минздрава России, Казань

Loya.adelya@yandex.ru

Большое значение при респираторной патологии принадлежит изучению не только этиологических, но и патогенетических механизмов реализации воспалительного процесса, одним из которых является перекисное окисление липидов (ПОЛ). Доказано, что в формировании и прогрессировании поражений бронхов и легких важная роль принадлежит избыточному количеству различных соединений, накопленных в результате усиления процесса ПОЛ, что способствует значительному изменению и даже нарушению функции не только легких, но также других органов и систем.

При многих патологических состояниях активация ПОЛ сопровождается истощением системы антиоксидантной защиты (АОЗ), во многом определяющей резервы ингибирования воспаления.

В связи с этим, целью настоящей работы является изучение уровня конечных продуктов ПОЛ и антиоксидантной защиты при бронхитах и пневмониях у детей.

Всего наблюдались 36 детей с различными вариантами острого бронхита и пневмонии, в возрасте от 7 до 14 лет (средний возраст составил $9,1 \pm 1,2$ года), проходившими стационарное лечение, которые были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 19 детей, больных острым необструктивным бронхитом. Вторую группу составили 17 детей с очаговыми и очагово-сливными вариантами внебольничной пневмонии. Обследованные группы по половозрастному составу были идентичны.

Всем больным проводились общепринятые клинико-инструментальные методы исследования, включающие в себя: сбор анамнестических данных по медицинским историям развития детей (форма №26), выписки из медицинской карты стационарного больного (форма 0031/у), оценку соматического статуса, исследование общего анализа крови (при поступлении и на момент клинического выздоровления).

Для реализации поставленных задач, наряду с общепринятым обследованием при данной патологии, пациентам проводилось изучение активности ПОЛ по уровню малонового диальдегида (МДА) совместно с регистрацией суммарной антиоксидантной активности сыворотки крови (АОА). Исследования проводились на базе ЦНИЛ КГМУ. Метод определения уровня МДА был основан на реакции с 2-тиобарбитуровой кислотой. Определение АОА сыворотки крови проводили в условиях инициации перекисного окисления двухвалентным железом и оценивали ТБК-активность в модельной системе с желточными липопротеидами.

Полученные результаты показали, что при остром необструктивном бронхите показатели МДА и АОА составили в среднем $4,99 \pm 0,11$ мкмоль/л и $11,13 \pm 0,59\%$. У детей с различными вариантами внебольничной пневмонии аналогичные значения составили в среднем $6,42 \pm 0,41$ мкмоль/л и $7,93 \pm 0,87\%$. Более высокие показатели уровня МДА у детей с пневмонией наряду с относительно низкими значениями АОА, на наш взгляд, свидетельствуют о дестабилизации процессов липопероксидации в данной группе. Выявленные изменения могут негативно отражаться на течении воспалительного процесса и требуют поиска соответствующих мер коррекции.

МЕТОДЫ СОВРЕМЕННОЙ АЛЛЕРГОДИАГНОСТИКИ

Воронцова И. М.

*ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет,
Ярославль*

vorontsova@ysmu.ru

Цель исследования: Сравнить имеющиеся в распоряжении врача-аллерголога методы диагностики аллергических заболеваний. Выявить их преимущества и недостатки.

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

Результаты: В России аллергическими заболеваниями страдают 15–35% населения, и имеется стойкая тенденция к увеличению. Кожные аллергопробы остаются первым и важным этапом обследования пациента, по мнению Всемирной Организации Аллергологов. Результаты, однако, могут оказаться положительными с несколькими или большинством диагностических аллергенов. Возникающий вопрос о возможной полисенсibilизации можно разрешить с помощью современных лабораторных методов аллергодиагностики.

До недавних пор для определения специфических иммуноглобулинов E (sIgE) использовались только экстракты аллергенов. Метод иммуноферментного анализа (ИФА) с экстрактами аллергенов позволяет работать с широким спектром аллергенов. Аллергосорбентный тест с нанесением аллергенов на твердую фазу, однако, дает неполную информацию об уровне sIgE, т.к. с аллергенами, наряду с sIgE, связываются антитела других классов, например, IgG. Реверсивный аллергосорбентный тест позволяет определять наличие и количество только sIgE. Однако, применение экстрактов аллергенов сопряжено с присутствием в них перекрестно-реагирующих молекул, общих для ряда аллергенов, что может стать источником неспецифической реакции, влияющей на конечный результат теста.

Появление молекулярной диагностики - метода ImmunoCAP- позволило работать с нативными или рекомбинантными молекулами белков, исключив ряд перекрестно-реагирующих молекул, содержащихся в экстрактах, и возможные реакции на них. Однако, факт использования в качестве твердой фазы реакции вспененной целлюлозы

допускает возникновение перекрестных реакций с одним из видов аллергенов – углеводными перекрестно-реагирующими детерминантами – CCD, что может имитировать положительные результаты теста в 2-3% сывороток пациентов-атопиков.

Разработка аллергочипов позволила еще больше расширить перечень определяемых аллергенов и уровни sIgE к ним. Метод ImmunoCAP ISAC позволяет одномоментно определять до 112-120 аллергенов, используя малый объем сыворотки крови пациента - 20 мкл, что немаловажно при работе с детьми. Полученные результаты обрабатываются компьютерной программой с выдачей информации, классифицированной по группам и источникам аллергенов с указанием перечня наиболее значимой сенсibilизации. Относительным недостатком ImmunoCAP ISAC можно считать выдачу результатов в особых стандартизованных единицах измерения – ISU, а не в международных единицах на миллилитр (МЕ/мл). Кроме того, оказалось, что на результат может влиять наличие в тестируемых образцах IgG, конкурентно связывающихся с нанесенными на аллергочип молекулами.

Появление нового типа аллергочипов – ALEX – по мнению разработчиков, дает возможность исключать влияние CCD на конечный результат, блокируя IgE, способные связаться с этими детерминантами. Кроме того, в ALEX используют как экстракты, так и молекулы аллергенов, и определяют уровень общего IgE, представляя все результаты в МЕ/мл, что позволяет сопоставлять полученные результаты с ранее имеющимися.

Появление методов аллергодиагностики с использованием иммуноблоттинга позволяет использовать современный метод, рентабельный для малых лабораторий. Преимущество заключается в простом анализе из диапазона 20-30 аллергенов за одну операцию, расходуя при этом всего 250 мкл сыворотки и 2,5 часа времени. Имеющийся на рынке AlleisaScreen® позволяет блокировать CCD детерминанты, определяя до 30 аллергенов на одной полоске и давая, по мнению разработчиков, лучшую стоимость теста за аллерген на рынке. Немаловажно, что результат оценивается в МЕ/мл. Всемирная Организация Аллергологов, сравнив результаты ImmunoCAP и иммуноблот-аллергодиагностики, выявила существенное соответствие для ингаляционных, пищевых аллергенов и ядов перепончатокрылых, оценив использование последней как реальную диагностическую альтернативу более дорогим и трудоемким методам.

Заключение: имеющийся арсенал диагностических методов позволяет определить спектр сенсibilизации и, в большинстве случаев, дать ответ о наличии истинной полисенсibilизации, предоставив искать пути и очередность проведения лечения, например, методом аллерген-специфической иммунотерапии. Необходимо знать достоинства и недостатки каждого из диагностических методов для исключения влияния неспецифических реакций на итоговые результаты исследований.

ЧАСТОТА ФОРМИРОВАНИЯ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН ПРИ ПЕРВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С УЧЕТОМ ИХ ВОЗРАСТА

*Глуценко В. А., Удовенко А. А., Шестакова В. Н., Сосин Д. В., Чинова Ж. Г.,
Грибков А. А., Анисимов Д. С.*

*Смоленский государственный медицинский университет, Россия,
Смоленск
vebogormistrova@gmail.com*

Актуальность. С ранними этапами онтогенеза сопряжен самый высокий риск для жизни, здоровья и развития человека, когда вмешательство множества повреждающих агентов может повлиять на жизне-способность и здоровье ребенка в процессе его роста и развития. Несмотря на высокую защищенность плода от воздействия негативных факторов, не всегда гарантировано безопасное внутриутробное развитие и рождение здорового ребенка, так как генетическая программа внутриутробного и последующего развития может быть нарушена под влиянием воздействия агентов внешней среды через материнский организм. Как известно в преобладающем большинстве случаев у несовершеннолетних данная беременность первая. По наблюдениям Ю. А. Гуркина, Л. А. Суслопарова, Е. А. Островской из 523 беременных подростков 83,7% составили первобеременные. Они составляют группу высокого риска по формированию фетоплацентарной недостаточности. О.В. Прохорова (1997); А.Н. Баранов (1998); Е.В. Финагеева (1998)

установили, что хроническую фетоплацентарную недостаточность имеют от 16,7% до 71,9% беременных подростков. По данным Ю.А. Гуркина, Л.А. Сулопарова, Е.А. Островской (2001), у обследованных несовершеннолетних беременных фетоплацентарная недостаточность встречалась лишь в 4,0% случаев. Но в литературных источниках не отражена частота встречаемости фетоплацентарной недостаточности у беременных женщин с учетом их возраста. Н.С. Оганесян (1996); М.Б. Хамошина, Л.А. Котгородова, В.Ф. Кириченко (1998) доказали, что фетоплацентарная недостаточность приводит к задержке внутриутробного развития плода, которая развивается у несовершеннолетних подростков достоверно чаще, чем у женщин репродуктивного возраста (в 17 - 18% случаев). А как известно, перенесенная во внутриутробном периоде фетоплацентарная недостаточность клинически проявляется в периоде новорожденности изменениями центральной нервной системы гипоксического генеза и морфофункциональной незрелостью. Процент сочетанной патологии у новорожденных детей снижается пропорционально возрасту матери.

Поэтому целью данной работы явилось изучение частоты встречаемости фетоплацентарной недостаточности у беременных первородящих женщин с учетом их возраста и состояния здоровья для дальнейшего тактического подхода по оказанию помощи.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлись беременные женщины ($n=425$). Из них вычленена I основная группа наблюдения в количестве 200 беременных в возрасте до 16 лет. II основную группу составляли беременные женщины до 17 летнего возраста ($n=85$). В группу сравнения вошли женщины от 18 до 25 лет в количестве 140 человек. I группу сравнения составляли молодые беременные в возрасте 18-19 лет ($n=85$). Во II группу сравнения вошли зрелые женщины в возрасте 20-25 лет ($n=55$). Вся работа строилась согласно действующим приказам и методическим рекомендациям Министерства здравоохранения РФ. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ статистических программ Microsoft Office Excel, Word 2016. Различия в качественных показателях при независимых группах оценивали, используя непараметрический критерий согласия Пирсона χ^2 – квадрат (Chi-square) с поправкой Йетса (Yates corrected Chi-square) и двустороннего критерия Фишера (Fisher exact p two-tailed). Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов показал, что практически здоровыми женщинами до беременности считались 49 юных женщин (11,5%). Из них ухудшилось здоровье во время беременности у 15 человек, что составило 30,6%. До беременности у женщин старшего возраста здоровыми считались 11 человек (7,9%), во время беременности количество здоровых сократилось до 9 человек (6,4%). Установлено, что во время беременности 47,1% женщин старше 17 лет сохраняли первоначальное здоровье, что на 18,2% чаще, чем среди женщин юного возраста (29,8%, $p=0,02$). Это свидетельствовало о том, что беременность отрицательно сказывается на здоровье женщины, особенно в юном возрасте. У 17-летних женщин ухудшение здоровья встречалось в 61,2%, у молодых женщин 18-19-летнего возраста в 57,6% ($p=0,99$) и у зрелых 20-25-летних в 45,5% случаев ($p=0,53$, $p=0,74$). Во время беременности обострения хронических заболеваний наблюдалось у 36,8% юных женщин и у 19,3% женщин репродуктивного возраста ($p=0,01$).

Патологическое течение беременности чаще встречалось у юных женщин (71,9%), особенно младшей возрастной группы (76,5%), преимущественно с нарушениями состояния здоровья, чем у женщин молодого и зрелого возраста (62,4%, $p=0,58$; 65,5%, $p=0,92$). Отмечено, что во время беременности частота осложнений особенно возрастала у тех женщин, которые страдали хроническими заболеваниями, характеризующимися ранним и поздним токсикозом (61,6% у юной женщины, 26,0% у беременных 18-19 лет, $p=0,001$; 16,4% у женщин 20-25-летнего возраста, $p=0,001$, $p=0,88$). Также угрозой прерывания (62,8%, 20,0%, $p=0,001$; 13,5%, $p=0,001$, $p=0,96$), фетоплацентарной недостаточностью (56,1%, 24,0%, $p=0,001$; 18,9%, $p=0,03$, $p=0,98$), задержкой внутриутробного развития (39,6%, 16,0%, $p=0,06$; 10,8%, $p=0,001$, $p=0,88$), гестационной анемией (47,8%, 18,0%, $p=0,001$; 10,8%, $p=0,001$, $p=0,93$). Для них характерно более частое формирование хронической гипоксии плода (64,0%), особенно у женщин с фетоплацентарной недостаточностью (86,4%). Хроническая гипоксия плода выявлялась у 71,6% детей, преимущественно у новорожденных от матерей юного возраста (у 89,5% новорожденных от юных женщин до 16 лет и у 83,4%, $p=0,001$ новорожденных от женщин до 18 лет). Отмечено, что хроническая гипоксия плода реже возникала у женщин старше 17 лет (55,3% новорожденных от женщин 18-19-летнего возраста, $p=0,001$, $p=0,001$; у 38,2% новорожденных от женщин 20-25 лет, $p=0,001$, $p=0,001$).

Выводы.

1. Чем моложе юная беременная, тем выше риск нарушения состояния здоровья.
2. Осложненное течение беременности свойственно женщинам с хронической патологией, среди которых фетоплацентарная недостаточность играет ведущую роль.
3. Чем моложе юная женщина, тем выше риск возникновения осложнений во время беременности, проявляясь хронической внутриутробной гипоксией плода, фетоплацентарной недостаточностью, задержкой внутриутробного развития, гестационной анемией и токсикозом.
4. У женщин с гестозом, задержкой внутриутробного развития, фетоплацентарной недостаточностью, гестационной анемией, чаще выявляется хроническая гипоксия плода, поэтому эта категория беременных является группой высокого риска не только по нарушению развития плода, но и здоровья новорожденного ребенка.

Литература:

1. Баранов А.Н. Состояние новорожденных, родившихся от юных матерей // Материалы научно-практической конференции «Факторы малой интенсивности – экология Европейского Севера». – Архангельск, 1996. – С. 106-107.
2. Бахалова Б. Е., Воронцова Н. Н. Особенности течения беременности и родов у женщин крайних возрастных групп /Здоровье подростков и юношества /Под ред. В. П. Дедкова. – Калининград: Изд-во РГУ им. И. Канта, 2006. – С. -16.
3. Загорельская Л. Г. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у девочек подросткового возраста в зависимости от состояния их здоровья. // Дисс. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2002. – 322 с.
4. Загорельская Л. Г., Шестакова В. Н., Иванян А. Н. Ведущие факторы риска, влияющие на течение беременности, родов и послеродового периода. Современные проблемы поликлинической педиатрии: Материалы Всероссийского семинара 4-16 февраля 2002 г. Москва. /Под ред. Грачевой А. Г., Доскина В. А., Санниковой Н. Е. – Москва-Екатеринбург, 2002. – 202 с.

5. Малахова Е. Т, Анихимовский И. А. Течение беременности и родов у первородящих 15-18 лет // Здоровоохранение Белоруссии. – 1988. – №3. – С. 36-39.

6. Морфофункциональные особенности детей подросткового возраста: проблемы, перспективы и пути их решения. Книга III, Часть I / Под редакцией проф. В.Н. Шестаковой, Ю.В. Марченковой, Ж.Г. Чижовой, Д.В. Сосина, Н.В. Давыдовой – Монография. Смоленск. Универсум. – 2020. – 513 с.

7. Морфофункциональные особенности детей подросткового возраста: проблемы, перспективы и пути их решения. Книга III, Часть II / Под редакцией проф. В.Н. Шестаковой, Ю.В. Марченковой, Ж.Г. Чижовой. Смоленск, Универсум. – 2020. – 343 с.

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Гмошинская М. В., Алешина И. В.

*Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
«ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи», Москва
mgmosh@yandex.ru*

Задачей настоящего исследования является определение оптимальных сроков прекращения грудного вскармливания. С целью определения оптимальных сроков прекращения лактации проведено проспективно-ретроспективное исследование.

Были опрошены женщины по специально разработанной анкете, которая направлена на выявление оптимальных сроков прекращения лактации. Женщины в анкете отмечали возраст ребенка при прекращении лактации, а также не испытывали ли трудности в процессе прекращения длительного грудного вскармливания. Так как условия детской поликлиники не позволяют проводить наблюдения за совместной деятельностью матери и ребенка, наблюдение за детьми и матерями проходило в условиях группы кратковременного пребывания. Была создана окружающая среда, позволяющая проводить совместные занятия и игры, с детьми от 6 месяцев до 3 лет в присутствии и участии их

матерей. Наблюдение за общением матерей со своими детьми проводилось во время занятий с педагогом. Дети и матери посещали занятия регулярно 1 раз в неделю, время пребывания – полтора - два часа. Созданная среда и проводимые творческие занятия позволили выявлять у матерей интерес к совместной деятельности, позицию матери по отношению к ребенку, эмоциональные проявления у матери по отношению к ребенку. Наблюдения за детьми и матерями проводились на протяжении шести месяцев – одного года.

Основными критериями оценки продолжительности грудного вскармливания явились: самостоятельность ребенка, особенности общения с детьми и взрослыми, его настроение, длительность засыпания, использование груди матери для успокоения. Под наблюдением находились 108 пар мать-ребенок. В зависимости от длительности грудного вскармливания дети были разделены на две группы. Первую составили 64 ребенка, находящихся на грудном вскармливании не более 18 месяцев, вторую - 44 ребенка, находящихся на грудном вскармливании свыше 18 месяцев. Такое разделение на группы было связано с тем, что после полутора лет изменяются родительско-детские отношения. Взаимопривязанность с матерью, свойственная детям до полутора лет, переходит в стадию партнерских отношений. Дети 1-ой и 2-ой группы не различались по целому ряду показателей: развитию речи, отношению к игрушкам и др. Не установлено также и достоверных различий в указанных группах в отношении матерей к своим детям по ряду показателей. Однако в результате проведенного исследования установлено, что у детей 2-ой группы по сравнению с первой группой чаще отмечалась аффективная привязанность к матери (ребенок требовал постоянного присутствия матери) - 75% и 34 % соответственно ($P < 0,001$). Как следствие этого, эти дети реже играли самостоятельно (52,3 и 86% соответственно, $P < 0,001$). Все это отразилось на общении с детьми и взрослыми. Так, дети первой группы чаще охотно вступали в контакт с детьми (78% и 41% соответственно, $P < 0,001$) и со взрослыми (77% и 36% соответственно, $P < 0,001$).

Таким образом, дети, находящиеся на грудном вскармливании менее 18 месяцев, более самостоятельны по сравнению с детьми, находящимися на грудном вскармливании свыше 18 месяцев, что в частности сказалось на самостоятельной еде. Так, в 1-ой группе ели или пытались есть самостоятельно 55% детей, тогда как во 2-ой лишь 25%, $P < 0,001$. У детей 2-ой группы чаще отмечалось неустойчивое настроение (52,3% и 20,3% соответственно, $P < 0,001$). Дети 2-ой группы чаще использовали

для успокоения грудь как соску (80% и 39% соответственно, $P<0,001$) и плохо засыпали ночью (64% и 32% соответственно, $P=0,0014$).

Таким образом, на основании полученных данных можно считать целесообразным оптимальную продолжительность грудного вскармливания до полутора лет.

ПОДРОСТОК С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

Гончар Н. О., Ким А. В., Шарафутдинова Л. Л.

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург
FNO83@yandex.ru*

Введение. Болезни системы кровообращения по данным ВОЗ являются основной причиной смерти и инвалидизации населения во всем мире. Высокий уровень заболеваемости и преждевременной смертности населения в России объясняются высокой распространенностью факторов риска болезней системы кровообращения. В связи с этим, особую актуальность приобретают исследования, направленные на изучение причинно-следственных связей распространения болезней системы кровообращения и ее зависимости от индивидуальных и медико-социальных факторов. Начальные признаки артериальной гипертензии нередко определяются в детском и подростковом возрасте.

Цель исследования. Провести оценку влияния факторов риска у пациентов подросткового возраста на развитие болезни системы кровообращения, а также дать сравнительную характеристику статистических данных, предоставляемых поликлиникой и комитетом здравоохранения о распространенности артериальной гипертензии, а также нуждаемости пациентов подросткового возраста в диспансерном наблюдении и лечении.

Материалы и методы. Было проведено анкетирование пациентов подросткового возраста с целью оценки распространенности факторов риска развития заболеваний системы кровообращения. Проведено ретроспективное изучение официальных отчетных данных о нуждаемости в лечебных и оздоровительных мероприятиях юношей 15 и 16 лет в динамике за 2016-2021 годы и их сравнение с данными государственной статистической отчетности по форме № 12.

Результаты. Проанализирована распространенность факторов риска развития болезней системы кровообращения: практически у всех, поступивших юношей допризывного возраста были отмечены факторы риска. Наибольший удельный вес имеют такие факторы, как нарушение пищевого поведения 88,3 %, курение 60,2 %, ожирение 44,9 %, употребление алкоголя 25,7 %, неполная семья 20,8 %. В двух третях случаев имеется сочетание нескольких факторов риска.

По результатам анализа официальных отчетных данных, которые предоставляют детские поликлиники в рамках государственной статистической отчетности, а также отчетности по работе с юношами допризывного возраста по приказу 240/168, установлено, что доля юношей с БСК, нуждающихся в оздоровлении составляет 4-5%. Доля юношей с БСК, нуждающихся в лечении несколько ниже в обоих возрастных коридорах и составляет 3-4%. При сравнительном анализе официальной статистической отчетности, которую подают детские поликлиники по форме № 12 с данными о нуждаемости в лечении и оздоровлении по линии отчетов, связанных с военными комиссариатами распространенность БСК в 2-4 раза ниже, чем данные, которые указывают детские поликлиники по результатам профилактических осмотров. При этом, охват динамическим диспансерным наблюдением составляет не более 1/3 от всей выявляемой патологии. Данное обстоятельство указывает с одной стороны на вероятный недоучет подростков с БСК, с другой – на недостаточный уровень проводимых лечебных оздоровительных, диспансерных и иных профилактических мероприятий.

Выводы.

Имеется достаточно серьезные отличия в системе учета БСК в деятельности детских поликлиник, что может повлиять на объемы профилактической, диспансерной и лечебной работы с подростками, имеющими данный вид патологий.

Как показывает практика: в условиях детской поликлиники не в полном объеме проводятся работы по определению и выявлению

факторов риска развития тех или иных заболеваний, в частности, гипертонической болезни. При переводе подростка во взрослую сеть часть достаточно серьезной информации теряется. Это продиктовано серьезными различиями в нормативно-правовых документах, регламентирующих работу детских и взрослых поликлиник. Указанное может свидетельствовать о необходимости проведения ревизии таких нормативно-правовых актов с целью их синхронизации.

СЛУЧАЙ ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У РЕБЕНКА ПРИ ПРИЕМЕ ВЫСОКОЙ ДОЗЫ АЦЕТАМИНОФЕНА (ПАРАЦЕТАМОЛА)

*Грешнякова В. А., Копаневич О. В., Триполитова М. С., Никифорова А. О.,
Горячева Л. Г., Ефремова Н. А.*

*ФГБУ Детский научно-клинический центр инфекционных болезней
ФМБА России, Санкт-Петербург
veramamayeva@gmail.com*

Введение. *Ацетаминофен* — один из самых популярных и наиболее часто используемых лекарственных препаратов в мире. Он доступен без рецепта и, как правило, не вызывает настороженности относительно вреда здоровью при его применении. Препарат считается безопасным при приеме в терапевтической дозировке (10–15 мг/кг), потенциально токсической является доза >150 мг/кг. Однако, несмотря на относительную безопасность, он является наиболее частой причиной передозировки лекарственных препаратов и связанной с передозировкой печеночной недостаточности.

Описание клинического случая. Девочка, 14 лет доставлена в многопрофильный стационар экстренно, с жалобами на боли в животе, тошноту, многократную рвоту. Из анамнеза жизни известно, что росла и развивалась по возрасту, на диспансерном учете не состоит. Из анамнеза болезни известно, что больна с 30.01., когда появились боли в эпигастрии, тошнота и рвота, снизился аппетит. Стул оформлен, коричневый. Температура не повышалась. Вызвана бригада скорой помощи, госпитализирована.

30.01. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Рост 164 см. Вес 52 кг. Температура тела 36,7С. Кожный покров физиологическое окраски, сыпи нет. Отмечается краевая субиктеричность склер. Катаральных явлений нет. Со стороны сердца и легких без признаков патологии. Живот мягкий, с незначительной болезненностью в эпигастрии. Печень, селезенка не увеличены, безболезненны. Стул оформлен, коричневый. Моча светлая, диурез обильный. Лабораторно: в клиническом анализе крови моноцитоз до 17%, в остальном без особенностей. В биохимическом анализе крови повышение АЛТ до 173 Ед/л, АСТ до 140 Ед/л, общего билирубина до 67 мкмоль/л. УЗИ органов брюшной полости – без патологии.

01.02. Состояние без отрицательной динамики, стабильное. В контрольном биохимическом анализе крови резкое нарастание цитолиза – АЛТ 2314 Ед/л, АСТ 1956 Ед/л, билирубин общ. 73,3 мкмоль/л. С диагнозом «Острый гепатит неуточненной этиологии» переведена в инфекционный стационар. При поступлении в ДНКЦИБ сохраняются жалобы на умеренные боли в животе, тошноту, также отмечается головокружение, чувство нехватки воздуха. При прицельном сборе анамнеза девочка сообщила, что 29.01. самостоятельно приняла 10-15 таблеток парацетамола (5000-7500 мг – 96-144 мг/кг). При осмотре – субиктеричность склер, кожи. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии, печень не увеличена. Физиологические отправления без отклонений.

02.02. 20:30 Лабораторно: прогрессивное нарастание явлений цитолиза: АЛТ 4372 Ед/л, АСТ 2355 Ед/л, билирубин общ. 40 мкмоль/л, явлений холестаза нет, мочевины, креатинина в норме. Коагулограмма, протеинограмма без отклонений. Маркеры вирусных гепатитов А, В, С, Е, герпесвирусных инфекций, иерсиниоза, кишечных инфекций, энтеровируса – отрицательны. Диагноз: «Острый токсический гепатит, желтушная форма средней тяжести». В терапии: глюкозо-солевые растворы парентерально, фосфолипиды+глицирризиновая кислота внутрь. На фоне лечения быстрая положительная динамика.

03.02. Лабораторно уменьшение явлений цитолиза – АЛТ 2621 Ед/л, АСТ 586 Ед/л, билирубин 24,9 мкмоль/л.

06.02.: АЛТ 878 Ед/л, АСТ 57 Ед/л, билирубин нормализовался.

13.02. АЛТ 134 Ед/л, АСТ 22 Ед/л (норма). В удовлетворительном состоянии с улучшением выписана на амбулаторное долечивание.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует возможность повреждения печени при приеме парацетамола даже в дозе ниже токсической. Крайне важно разъяснять родителям значимость соблюдения предписанной дозировки и не допускать приема препарата в высоких дозах.

ЖАЛОБЫ У ДЕТЕЙ С МОБИЛЬНЫМ ПЛОСКОСТОПИЕМ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ С ФОРМОЙ СТОП?

Димитриева А. Ю.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава РФ;

Санкт-Петербург

aloyna17@mail.ru

Цель: сравнить субъективное самочувствие детей, эмоциональную составляющую жалоб и гипермобильность суставов у детей с мобильным плоскостопием (МП) и типично развивающимися стопами (ТПС).

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 85 детей (7-16 лет) с МП; контрольная группа - 85 детей (7-16 лет) с ТПС. Обе группы оценивались по шкале Бейтона и при помощи антропометрии стоп. Все дети и по одному из их родителей заполнили Оксфордский опросник по оценке состояния стопы детей (ОхАФQ), а также Опросник тревожности Спилбергера-Ханина (STAI). Различия по шкале Бейтона, ОхАФQ, STAI между детьми с МП и ТПС оценивали с помощью t-критерия Стьюдента; корреляции оценивали с помощью коэффициента Пирсона.

Результаты. Показатели ОхАФQ у детей с МП составили: физический компонент жалоб - $76,43\% \pm 9,82$; социальный - $82,15\% \pm 12,7$; эмоциональный - $65,3\% \pm 12,8$; у детей с ТПС - $87,3\% \pm 8,82$; $94,1\% \pm 5,74$; $84,25\% \pm 10,75$, соответственно. Средние баллы по шкале Бейтона и STAI у детей с МП составили $7,2 \pm 1,83$ и $48,3 \pm 11,42$; с ТПС - $3,4 \pm 1,26$ и $29,6 \pm 12,33$ соответственно.

Заключение: дети с мобильным плоскостопием показали значительно более низкие значения по OxAFO, чем дети с типично развивающимися стопами. Средние значения по шкале Бейтона и STAI у детей с мобильным плоскостопием были достоверно выше. Выявлена сильная отрицательная корреляционная связь ($r=0,82$) между эмоциональным компонентом жалоб (OxAFO) и гипермобильностью.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЛИЯНИЯ СУБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ВРАЧЕЙ-ОРТОПЕДОВ НА ИХ ТАКТИКУ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ

Димитриева А. Ю.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава РФ;

Санкт-Петербург

aloyna17@mail.ru

Цель: оценить различия в субъективных мнениях экспертов и ортопедов, не специализирующихся на патологии стоп у детей, в отношении распространенности плоскостопия у детей в зависимости от возраста, подходов к диагностике и лечению.

Материалы и методы: данные получены в результате анонимного опроса (анкетирования) 80 врачей-ортопедов: 50 ортопедов, не специализирующихся на патологии стоп у детей, и 30 экспертов. Критерием включения в экспертную группу была специализация по детской ортопедии с акцентом на патологию стопы и голеностопного сустава в стационарах и детских ортопедических отделениях со стажем работы более 5 лет.

Результаты: ортопеды, не специализирующиеся на патологии стоп у детей, диагностировали плоскостопие в 4,2 раза чаще, чем эксперты. Причем 46,1% всех ортопедов поставили диагноз только путем визуальной оценки. В то же время 39,5% ортопедов, не специализирующихся на патологии стоп у детей, предположили, что частота встречаемости

плоскостопия увеличивается с возрастом, в то время как 79,8% экспертов предположили, что частота встречаемости плоскостопия в целом снижается с 2 до 17 лет. По нашим данным, 58,9% ортопедов, не специализирующихся на патологии стоп у детей, рекомендуют ношение специальной ортопедической обуви и 95,1% - индивидуальные ортопедические стельки для детей с бессимптомным мобильным плоскостопием. При этом среди экспертов 88,2% не рекомендовали ортопедическую обувь и лишь 26,7% рекомендовали индивидуальные ортопедические стельки только при наличии жалоб.

Заключение: до сих пор отсутствует единый подход в отношении стандартов диагностики и лечения плоскостопия у детей. Наше исследование показало, что большое влияние на личное мнение о распространенности плоскостопия в зависимости от возраста и подходов к диагностике и лечению оказывает опыт ортопедов. Необходимо разработать единую систему оценки формы стопы и определить понятия «нормальный свод стопы» и «типично развивающаяся стопа».

СЕРОТОНИН КАК БИОХИМИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПОВРЕЖДЕНИЯ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ

Зверева Н. А., Милютин Ю. П.

*Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии
и репродуктологии им. Д.О. Отта, Санкт-Петербург, Россия
tata-83@bk.ru*

Рост неврологических и психических заболеваний, связанных с воздействием неблагоприятных факторов в пренатальном онтогенезе, указывает на необходимость поиска диагностических маркеров поражения мозга и обоснования методов нейропротекции. Оценка состояния серотониновой системы мозга, играющей ведущую роль в патогенезе отсроченной патологии у потомства при задержке

внутриутробного развития, может способствовать раннему выявлению патологии и своевременной её терапии.

Цель исследования. Изучить содержание серотонина в богатой тромбоцитами плазме (БТП) пуповинной крови и тромбоцитах венозной крови у перенесших хроническую гипоксию новорожденных с ЗВУР.

Материал и методы. Основную группу составили 28 новорожденных детей, внутриутробное развитие которых проходило в условиях хронической плацентарной недостаточности, что привело к формированию асимметричной формы задержки внутриутробного развития. Контрольная группа состояла из 72 здоровых доношенных новорожденных от здоровых матерей, у которых беременность протекала без осложнений. Оценка по шкале Апгар - 7–8 баллов. Дети каждой группы были разделены на три подгруппы в зависимости от гестационного возраста: первая - 37, вторая - 38, третья - 39–40 недель. Содержание серотонина определяли в БТП крови из вены пуповины после рождения ребенка, а также в тромбоцитарной взвеси, приготовленной из венозной крови, взятой в первые и на седьмые сутки жизни. О содержании серотонина в тромбоцитах судили по показателю, полученному в результате деления количества серотонина в тромбоцитарной взвеси на число тромбоцитов. Количество серотонина определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с электрохимическим детектированием. Статистический анализ проводили с использованием программы Statistica 6 (StatsoftInc, США).

Результаты. Уровень серотонина в БТП у всех трёх групп детей с ЗВУР ниже, чем у здоровых, особенно у родившихся на 39-40 нед. беременности ($0,257 \pm 0,06 \text{ мкМ/л}$ по сравнению с $0,516 \pm 0,08 \text{ мкМ/л}$, $p < 0,01$). Серотонин в тромбоцитах венозной крови детей также в 2-3 раза ниже, чем у здоровых (в 37 нед — $0,243 \pm 0,056 \text{ нМ/109 trb}$, в 38 нед — $0,239 \pm 0,08 \text{ нМ/109 trb}$, в 39 нед- $0,268 \pm 0,03 \text{ нМ/109 trb}$), а у здоровых новорожденных в 37 нед - $0,464 \pm 0,127 \text{ нМ/109 trb}$, в 38 нед - $0,483 \pm 0,076 \text{ нМ/109 trb}$, в 39 нед - $0,806 \pm 0,074 \text{ нМ/109 trb}$). Характерное для нормы увеличение его содержания в БТП и тромбоцитах в период с 37-й до 39-й недели внутриутробного развития и раннем постнатальном периоде у детей с ЗВУР отсутствует.

Закключение. Полученные данные свидетельствуют о нарушении реализации генетической программы развития мозга в условиях хронической плацентарной недостаточности, что способствует

“программированию” не только постнатальной дезадаптации, но и отсроченной патологии в последующие годы жизни. Использование значений тромбоцитарного серотонина может быть использовано в качестве биохимического маркера поражения мозга и обоснования необходимости своевременного применения нейропротекции.

ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА В ПЕРИОД РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Катаева И. С., Ким А. В., Шарафутдинова Л. Л.

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Минздрава России
yvarova-irina@yandex.ru*

Введение. Особенностью 2020-2021 годов стало эпидемическое распространение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). В период повсеместного распространения COVID-19 регистрируются и другие инфекционные болезни, такие как острые респираторные инфекции (ОРВИ, грипп), кишечные инфекции и другие. В результате проведенного исследования были выявлены различия в характере инфекционной заболеваемости в целом и по отдельным нозологиям в разных группах районов Санкт-Петербурга.

Цель исследования. Провести анализ инфекционной заболеваемости детей 0-17 лет в Санкт-Петербурге, оценить особенности распространенности и ее характер в 2019 – 2021 годах в целом и по различным нозологиям в зависимости от медико-экономических и медико-социальных характеристик района проживания детского населения в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы. Проведено исследование сплошным методом, в ходе которого изучена инфекционная заболеваемость детей 0-17 лет в Санкт-Петербурге в 2019-2021 годах в группах районов, объединенных по эколого-гигиеническим, социально-демографическим

характеристикам с определением ранговых мест (в условных баллах), дана оценка инфекционной заболеваемости в группах.

Результаты. Проведенное условное деление городских районов, что позволило выделить 4 группы территорий, объединенных в зависимости от эколого-гигиенических, социально-демографических характеристик района проживания детей 0-17 лет: спальные районы (2 ранговое место), промышленные (3 ранговое место), центральные (4 ранговое место) и пригородные (1 ранговое место). Отмечено снижение общей инфекционной заболеваемости детей в 2020 году (по сравнению с 2019 годом): наибольшее снижение зафиксировано в 1 группе (снижение на 24,4%), во 2 группе на 22,2%, в 3 группе на 20,7%, наименьшее снижение заболеваемости зафиксировано в 4 группе – 15,3% ($p < 0,05$). В 2021 году, при сравнении с показателем заболеваемости в 2020 году, зафиксирован рост инфекционной заболеваемости в 1 группе на 18,6%, во 2 группе на 27,2%, в 4 группе на 43,5%, в 3 группе на 40,0% ($p < 0,05$). В то же время, показатель общей инфекционной заболеваемости в 3 группе был минимальный в 2021 году (99002,2 на 1000 детей 0-17 лет), максимальный показатель заболеваемости регистрировался в 4 группе (159426,0 на 1000 детей 0-17 лет). Анализ инфекционной заболеваемости по разным группам инфекций в группах районов, показал схожую тенденцию: снижение заболеваемости в 2020 году и рост заболеваемости в 2021 году. Например, выявлено существенное различие в заболеваемости инфекциями дыхательных путей между группами районов в 2021 году: 1 группе заболеваемость на 45,8% выше, чем в 3 группе, в 4 группе выше на 64,2%, чем в 3 группе. В 2020 году отмечен выраженный рост заболеваемости вирусной пневмонией, наиболее существенный в 2 и 4 группах (34,8 и 33,8 на 100000 детей 0-17 лет соответственно). Рост заболеваемости вирусной пневмонией в 2020 году по сравнению с 2019 в первой группе в 21,8 раза; во 2 группе в 23,2 раза; в 3 группе в 31,9 раза; в 4 группе - в 10,6 раза. Заболеваемость вирусной пневмонией в 2021 году существенно снизилась во всех группах районов, кроме 3 группы: в этой группе районов отмечен рост заболеваемости в 1,9 раза.

Заключение (выводы).

1. Состояние инфекционной заболеваемости детского населения мегаполиса зависит от условий проживания семей с детьми: эколого-гигиенических (состояния окружающей среды), социально-демографических (обеспеченность жильем), медико-организационных (состояние ПМСП);

2. В период повышенной заболеваемости НКВИ во всех группах районов Санкт-Петербурга отмечалась общая тенденция: снижение заболеваемости в 2020 году с сохранением нозологического состава инфекционной заболеваемости детей. Общая инфекционная заболеваемость в 2021 году показала рост во всех группах районов, кроме третьей.

3. Выявленные статистически значимые различия в инфекционной заболеваемости детей 0-17 лет в 2020 и 2021 году: рост заболеваемости в одних группах районов при значительном снижении в других;

4. Особенности формирования инфекционной заболеваемости в период заболеваемости COVID-19 нуждаются в дальнейшем изучении и анализе для определения оптимизации как организационных, так и противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях.

Литература:

1. Орел В.И., Иванов Д.О., Ким А.В., Гурьева Н.А., Шарафутдинова Л.Л. и др. Служба охраны матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2020 году: учебно-методическое пособие. СПб.: СПбГПМУ. 2021.

2. Романкова Ю.Н. Аджигеримова Г.С., Ярославцев А.С. Характеристика медико-социальных факторов, условий и образа жизни как факторов риска для здоровья детей // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 12 (часть 2) – С. 314-331.

3. Амлаев К.Р., В.Б. Зафирова, И.М. Узденов, А.А. Третьяков Медико-социальные аспекты заболеваемости в детском возрасте // Научная мысль Кавказа. 2014.-№ 4 (80). С.123-129.

4. Государственный доклад за 2021 год Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт – Петербургу <http://78.rospotrebnadzor.ru/>

АНАЛИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Ларина Н. Г., Балашова А. Д.

ФГБОУ ВО Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, кафедра педиатрии, г. Великий Новгород

Natalya.Larina@novsu.ru

Ожирение является хроническим заболеванием, появление и прогрессирование которого связана с включением множества факторов и причин. Показано, что социальные и психологические факторы нередко являются детерминирующими у лиц с ожирением и метаболическим синдромом.

Цель исследования: провести анализ анамнестических и психо-социальных факторов у подростков с ожирением и компонентами метаболического синдрома.

Материалы и методы: обследовано 40 подростков, (средний возраст $14,0 \pm 1,3$ л). I группа - подростки с конституционально-экзогенным ожирением (КЭО) I-IVст. и компонентами метаболического синдрома (10 юношей и 10 девушек (ИМТ $32,1 \pm 3,23$)); II группа - подростки с КЭО I-IVст., без метаболических изменений (9 юношей и 11 девушек (ИМТ $27,4 \pm 4,30$)). Участники исследования проходили обследование на базе ГОБУЗ «Областная детская клиническая больница» г. Великого Новгорода. Всем участникам исследования проводили клинический осмотр с антропометрией, измерением артериального давления (АД). Диагноз КЭО устанавливался на основании ИМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$) > 97 перцентиля согласно возрасту, полу и росту. Наличие компонентов МС оценивали согласно Рекомендациям Международной диабетической федерации (International Diabetes Federation). Показатели систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) оценивали по стандартным таблицам перцентилей АД с учетом пола, возраста и перцентиля роста исследуемых. Лабораторные методы диагностики включали исследования: уровня глюкозы крови, липидного спектра, иммунореактивный инсулин, С-пептид, двухчасовой оральный тест толерантности к глюкозе, уровень мочевой кислоты. Поводилась тщательная оценка анамнеза

жизни подростков с изучением родословной, социально-экономического статус семей. Пищевое поведение и двигательная активность оценивались анкетным методом. Изучение психологического статуса: с помощью шкалы Спилбергера-Ханина, тест Айзенка, семейный анализ (вопросник «Анализ семейных взаимоотношений»). Статистическая обработка проводилась по программе «Statistica 10.0».

Результаты: у подростков с ожирением, независимо от наличия компонентов метаболического синдрома, выявлены: отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой и эндокринной патологии (ожирение 100,0% и 98,0%, артериальная гипертензия и ИБС 53% и 48,0%, сахарный диабет II типа 14,0% и 18,0%), $p>0,05$; более 40% подростков имели нарушения пищевого поведения в виде употребления высококалорийной пищи с преобладанием жиров и углеводов, нарушений ритма, режима и объема употребляемого пищевого рациона. Нарушение пищевого статуса усугублялось гиподинамией и достоверно чаще встречалось у подростков I группы (90,0% и 76,4%), $p<0,05$. Психологические проблемы в виде повышенного уровня личностной тревожности (70,0% и 70,5%, $p>0,05$), завышенного уровня притязаний (20,0% и 23,5%, $p>0,05$), сниженной самооценкой (76,0% и 70,0%, $p>0,05$), страхам социализации (16,0% и 11,7%, $p>0,05$) достоверных различий между группами не имели; интровертированный характер личности встречался чаще у подростков с КЭО и метаболическими изменениями (85,0% и 47,0%, $p<0,05$). Патологию микросоциального окружения (патологические типы воспитания и семейных взаимоотношений в виде неполных семей, преобладание неустойчивого типа воспитания с отвержением ребенка, деструктивные семьи, отсутствие иерархичности) суммарно имели более половины подростков как I, так и II группы.

Закключение: таким образом, у обследованных подростков с конституционально-экзогенным ожирением, независимо от компонентов метаболического синдрома, имели место отягощенная наследственность по эндокринной и сердечно-сосудистой патологии, гиподинамия, нарушение пищевого поведения, сопровождающиеся проблемами психологического статуса и микросоциального семейного окружения. Выявленные особенности необходимо учитывать при разработке персонализированных программ профилактики, лечения и реабилитации подростков с ожирением и компонентами метаболического синдрома.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ПРОВОКАЦИОННЫХ ПРОБ В КАЧЕСТВЕ МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Левина^{1 2} Д. М., Лукьянова^{1 3} С. О., Фёдорова^{1 2} Л. А., Зиновьева¹ Н. В.,
Петрова¹ Ю. В., Севостьянова¹ Ю. Н., Молочникова¹ О. В.,
Барабанова¹ О. В., Конопляникова¹ Ю. Е., Рыбникова¹ Е. А.,
Образцов¹ И. В., Пушкина¹ Е. С., Чашухина¹ А. Б., Корсунский¹ И. А.,
Мунблит² Д. Б., Корсунский^{1 2} А. А.*

1 – ГБУЗ «ДГКБ №9 им. Г. Н. Сперанского ДЗМ», Москва

2 – Первый МГМУ им И.М.Сеченова (Сеченовский Университет), Москва

*3 – Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н. И. Пирогова, Москва*

levinadasha95@mail.ru

Цель исследования: Оценка целесообразности использования провокационных проб в качестве метода диагностики пищевой аллергии у детей.

Материалы и методы: Данное исследование является одноцентровым, проспективным, интервенционным, нерандомизированным, неконтролируемым. Сроки проведения исследования: 1 января 2022 г – 31 декабря 2024 г. Клиническая база исследования: ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы. К участию в исследовании приглашаются дети от 6 месяцев до 17 лет включительно с подозрением на аллергическую реакцию немедленного типа на белок коровьего молока и/или яйца со стороны врача и/или законного представителя. С целью диагностики пищевой аллергии у детей в рамках данного исследования проводится открытая провокационная проба. Открытая провокационная проба – метод диагностики пищевой аллергии, который включает в себя употребление продукта в возрастающем количестве в естественном виде (молоко, яйцо и др.) пациентом, знающим, какой продукт он употребляет, в условиях медицинского учреждения и под контролем медицинского персонала. С целью решения вопроса о необходимости проведения провокационной пробы в рамках консультативного приёма проводится осмотр, сбор анамнеза, а также аллергологическое

обследование (забор крови на специфические IgE и компонентную диагностику на молоко и яйцо, проведение прик-теста с нативным аллергеном). Разработанный нами алгоритм отбора пациентов и проведения самой пробы представляет собой адаптированную версию уже существующих протоколов проведения провокационных проб зарубежных аллергологических организаций.

Результаты: Всего за 1 год проведения исследования к нам обратились родители 101 ребёнка. Из них для проведения провокационной пробы были приглашены 35 человек (12 человек прошли на пробу по двум продуктам – молоко и яйцо). Из 66 человек, не прошедших на провокационную пробу, 19 было отказано в участии исследования на основании данных анамнеза, 21 человек имели слишком большую степень сенсibilизации, у 11 человек не была подтверждена IgE-сенсibilизация, 4 человека отказались от участия в исследовании, 4 человека не вышли на связь, 7 пациентов запланировано на проведение предварительного аллергологического обследования.

Всего у 35 пациентов было проведено 40 провокационных проб. Из них 38 отрицательных (отсутствие реакции), 2 положительных (аллергическая реакция подтверждена). 22 пробы проведено с белком коровьего молока (цельное коровье молоко\творог), 18 проб с куриным яйцом. Средний возраст пациентов, которым была проведена проба: $5,8 \pm 3,2$ лет. Количество мальчиков 25 человек, девочек - 15 человек. По результатам заполнения опросника по оценке тревожности родителей данных пациентов: у 5 была выявлена высокая степень ситуативной тревожности, у 31 – средняя степень, у 2 – низкая степень. По результатам оценки личной тревожности: у 30 была выявлена высокая степень тревожности, у 8 – средняя. У 2 пациентов оценка степени тревожности не была выполнена.

Выводы: Согласно предварительным результатам нашего исследования можно сделать вывод о том, что провокационная проба, при тщательном соблюдении алгоритма отбора пациентов и проведения пробы, является безопасным методом диагностики. Также важно отметить высокую степень тревожности родителей детей, обращающихся за проведением провокационных проб. Нами планируется продолжение данного исследования, а также оценка показателей личностной и ситуативной тревожности в динамике после проведения пробы.

ОЦЕНКА ТЕКУЩЕГО СОСТОЯНИЯ И РЕЗЕРВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У СПОРТСМЕНОВ-ПОДРОСТКОВ

Маринич В. В.

Полесский государственный университет, Пинск, Республика Беларусь
vital4714@yandex.ru

Актуальность. На современном этапе развития детско-юношеского спорта характерно возрастание интенсивности специфических нагрузок скоростного и силового характера на организм спортсмена-подростка. При достижении определенного уровня спортивной подготовленности характерно перенесение острого и хронического утомления, перетренированности, что неоднозначно сказывается на функциональном состоянии системы внешнего дыхания, и нередко приводит к снижению резервных возможностей респираторной системы, служит основой для ремоделирования респираторного тракта.

Целью исследования явилась оценка функционального состояния юных спортсменов в плавании с использованием методик: спирографии, мониторинга окиси азота в выдыхаемом воздухе, эргоспирометрии.

Материалы и методы исследования. Обследованы 16 спортсменов юношеского и молодежного состава сборной команды Республики Беларусь в возрасте 15-17 лет в период предсоревновательного микроцикла.

Исследования проводились повторно в течение тренировочной сессии (до нагрузки, после разминки, в динамике скоростных серий тренировки - в режиме субмаксимальной анаэробной мощности нагрузки, сравнимого по мощности с соревновательным).

Оценивались основные объемные и скоростные показатели спирографии, проводился детальный анализ изменений показателей кривой «поток-объем» в динамике тренировки (спирограф «SpiroScout», Германия). Осуществлялся мониторинг окиси азота в выдыхаемом воздухе с использованием портативного электрохимического NO-анализатора («NObreath», Bedfont Scientific Ltd.).

Показатели потребления кислорода оценивались при выполнении скоростных серий по завершению отрезков по 100 метров в течение первой минуты (газоанализатор CosmedK5, Италия).

Результаты. В результате проведенного мониторинга отмечено появление тенденции к снижению ОФВ1 и МОС-75 у ряда спортсменов-подростков ниже 70% от возрастной нормы в режиме сумбаксимальной интенсивности нагрузки (37,5%), что может свидетельствовать о риске развития бронхоспазма физической нагрузки.

Средний уровень NOex в покое составлял $12,5 \pm 2,8$ ppb, при нарастании интенсивности физической нагрузки – $21,1 \pm 2,3$.

В группе подростков с тенденцией к бронхоспазмом среднее значение NOex составляло $32,1 \pm 2,2$. Данная динамика отражает колебание NOex в область патологических значений, ассоциировано с нарастанием мощности выполняемой работы и нахождением в окне анаэробного энергообеспечения.

Показатели потребления кислорода у обследованных спортсменов колебались в пределах от 35,2 до 46,7 мл/кг/мин.

Выводы. Проведенный детальный скрининг функции внешнего дыхания и динамики изменений концентрации оксида азота в выдыхаемом воздухе при выполнении физической нагрузки субмаксимальной мощности у спортсменов-подростков, занимающихся спортивным плаванием, выявил повышение уровня продукции NO, достоверно связанную с интенсивностью анаэробной работы.

Наличие значимого падения ОФВ1 у части обследованных спортсменов свидетельствует о кризисе компенсаторных изменений и снижении респираторного потенциала респираторной системы. Выявленные пациенты со средним уровнем продукции оксида азота должны быть отнесены в группу высокого риска формирования бронхиальной астмы.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Моисеева К. Е., Алексеева А. В., Данилова В. В.

*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской
Федерации, Санкт-Петербург*

Wika-77@bk.ru

Важным направлением в демографической политике Российской Федерации на этапе реализации Национальных проектов остается снижение показателей младенческой смертности. На фоне сложившейся демографической ситуации наблюдается снижение показателей здоровья детской популяции. В условиях низкой рождаемости особенно важной становится борьба за жизнь и здоровье каждого вновь рожденного ребенка, поэтому особое значение необходимо уделять здоровью детей младше года. В этот период заболевания и патологические состояния, которые не были выявлены своевременно, в последующие годы могут оказывать существенное влияние на здоровье ребенка.

Цель исследования: оценить и проанализировать отдельные показатели здоровья детей на первом году жизни.

Материал и методы: в качестве базового материала использовались данные официальной статистики за 2017-2021 годы. Для оценки влияния массы тела при рождении на здоровье ребенка был применен непараметрический метод ранговой корреляции Спирмена.

Результаты: В Российской Федерации в 2021 году доля детей с низкой массой тела при рождении составляла 6,05%, с высокой – 10,12%. Установлено, что к уровню 2017 года удельный вес детей, родившихся с низкой массой тела, снизился за пять лет незначительно, а с высокой массой тела вырос на 4%. Оценка показателей в группе маловесных детей выявила, что в среднем по стране в 2021 году удельный вес новорожденных, родившихся с ОНМТ в сравнении с 2017 годом, остался на прежнем уровне, но на 7,5% вырос удельный вес детей, родившихся с ЭНМТ. Установлено, что к уровню 2017 года в 2021 году наблюдалось увеличение удельного веса новорожденных с ОНМТ на 5%, с ЭНМТ - на 18% и с высокой массой тела - на 7%.

Для оценки влияния массы тела при рождении на здоровье ребенка был проведен анализ заболеваемости новорождённых, который

выявил, что показатели заболеваемости в СЗФО на протяжении 2017-2021 годов превышали среднероссийский уровень. Установлено, что рост заболеваемости новорожденных в СЗФО обусловлен ростом показателей во всех субъектах, входящих в состав СЗФО, за исключением Мурманской и Калининградской областей

Учитывая высокие показатели заболеваемости в СЗФО и большинстве его регионов, имевшие тенденцию к росту, был проведен анализ взаимосвязи между числом детей с низкой массой тела и числом новорожденных, родившихся больными и заболевшими, в федеральном округе. Фактор числа детей, родившихся с низкой массой тела, является определяющим в величине числа детей, родившихся больными и заболевших. Проведенный корреляционный анализ позволил установить наличие прямой сильной связи между изучаемыми переменными в 2017 году и в 2021 годах.

За 2017-2020 годы динамика показателя заболеваемости детей первого года жизни в России стабильно снижалась. В 2018 году данный показатель снизился почти на 12%, в 2019 году - на 17%, а в 2020 году - на 15% к уровню 2017 года. В целом за указанный период заболеваемость детей первого года жизни в Российской Федерации снизилось на 38%.

Оценка заболеваемости детей первого года жизни Санкт-Петербурга отдельными формами заболеваний позволила установить, что общее снижение заболеваемости в 2017-2020 годы было обусловлено снижением показателей заболеваемости большинством классов болезней, кроме врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений, а также отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде. Оценка структуры заболеваемости детей первого года жизни мегаполиса в 2017-2020 годы показала, что в ней преобладали заболевания, входящие в X класс болезней по МКБ-10 «Болезни органов дыхания», удельный вес которых в 2020 году составил 38%. На второе место выходили болезни нервной системы (13%) и на третье - болезни органов пищеварения (8%).

Сравнительная оценка структуры заболеваемости детей первого года жизни Санкт-Петербурга показала, что она в 2020 году была во многом сходна с показателями Российской Федерации, в которой также на первое ранговое место вышли болезни органов дыхания. Однако, в мегаполисе удельный вес заболеваний этого класса был ниже на 17%. В Санкт-Петербурге по сравнению с Российской Федерацией был более высокий удельный вес болезней нервной системы, болезней глаза и его

придаточного аппарата, болезней органов пищеварения, болезней кожи и подкожной клетчатки, врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений. Кроме того, в Санкт-Петербурге по сравнению с Российской Федерации наблюдался более низкий удельный вес некоторых инфекционных и паразитарных болезней, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде.

Выводы:

1. СЗФО характеризуется более высоким, в сравнении с Россией, удельным весом детей с массой тела при рождении более 4000 г и менее 2500 г, в том числе с ОНМТ и ЭНМТ. Уровень показателей удельного веса детей с низкой и высокой массой тела при рождении в Санкт-Петербурге вносит значительный вклад в соответствующие показатели в СЗФО.

2. В федеральном округе уровень заболеваемости новорожденных существенно превышает среднероссийский уровень и имеет тенденцию к увеличению. Рост заболеваемости новорожденных в СЗФО обусловлен ростом показателей практически во всех его регионах. Увеличение числа маловесных детей и новорожденных, родившихся с массой тела 4000 г и более, является региональным фактором риска для формирования в регионах высокого уровня заболеваемости.

3. Заболеваемость детей первого года жизни в 2017-2020 годы была ниже средних показателей по России и за изучаемый период снизилась на 36,9%. Общее снижение заболеваемости отдельными формами заболеваний в Санкт-Петербурге было обусловлено снижением показателей по всем классам болезней МКБ-10, кроме врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений, а также отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде.

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ: СТРУКТУРА, КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Моисейкова Е. Л., Корниенко Е. А., Павелец Н. К., Борисенко Е. А., Белоусова Н. Е., Бабаева У. М., Килина С. Г.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, кафедра детских болезней имени проф.

И.М.Воронцова, г. Санкт-Петербург

ДГБ № 2 Святой Марии Магдалины, г. Санкт-Петербург

igumenjva@mail.ru

Эозинофильные поражения ЖКТ являются одной из форм гастроинтестинальной аллергии со смешанным механизмом иммунной аллергической реакции и представляют собой группу хронических иммунопатологических заболеваний, протекающих с преимущественно эозинофильной инфильтрацией различных отделов ЖКТ на различную глубину и приводящих в процессе прогрессирования к развитию структурных изменений органа в виде стенозов и стриктур. Согласно литературным данным для большинства пациентов свойственны коморбидность с другими аллергическими заболеваниями и/или наличие анамнеза, отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям, периферическая эозинофилия и сенсibilизация к двум и более пищевым или респираторным аллергенам. В последние десятилетия отмечается значительный рост частоты данной патологии, как у взрослых, так и у детей, что связано с увеличением заболеваемости, а также с улучшением информированности врачей разных специальностей о данной патологии и совершенствованием диагностики. Однако, отсутствие патогномоничных клинических проявлений, лабораторных и эндоскопических изменений, а в некоторых случаях нормальная эндоскопическая картина, зачастую затрудняют диагностику заболевания. Диагноз устанавливается по результатам гистологического исследования, в первую очередь по количеству эозинофилов в одном поле зрения высокого разрешения, превышающих допустимые значения в разных отделах ЖКТ, а также по дополнительным морфологическим критериям. Также необходимым является исключение других причин тканевой эозинофилии.

Цель работы: провести анализ структуры эозинофильных поражений ЖКТ, особенностей анамнеза, возрастной структуры, оценка клинических проявлений и эндоскопических изменений у детей.

Материал и методы: В ДГБН^{№2} Святой Марии Магдалины за период с 2017 по ноябрь 2022 года наблюдалось 35 детей (мальчики – 31; девочки – 4) от 0 до 18 лет с установленным диагнозом эозинофильного поражения ЖКТ. При этом в 2021 и 2022 годах отмечалось максимальное количество новых случаев в сравнении с предыдущими годами, по 11 новых случаев в год. Средний возраст на момент постановки диагноза составил 11,5 +/- 5,1 года.

Результаты: У 24 человека (68,5%) клинические проявления заболевания появились в возрасте старше 10 лет. Однако у 5 детей (14,3%) первые симптомы появились в возрасте до 5 лет и у 6 детей (17,1%) в возрасте 6 – 10 лет, то есть эозинофильные поражения могут манифестировать в любом возрасте, включая и ранний детский возраст. В структуре преобладали пациенты с эозинофильным эзофагитом – 27 человек (77,1%). У 2х человек (5,7%) выявлен эозинофильный гастрит, у 2х человек (5,7%) – сочетание эозинофильного эзофагита и эозинофильного гастрита и у 4х человек (11,4%) эозинофильный колит. Наследственность по аллергическим заболеваниям выявлена у 10 человек (28,6%), а сопутствующие аллергические заболевания, такие как аллергический ринит, трахеобронхит, бронхиальная астма, атопический дерматит выявлены у 20 человек (57,1%) и у 2х человек (5,7%) проявления пищевой аллергии отмечались в раннем детском возрасте.

У большинства пациентов с эозинофильным эзофагитом отмечалось несколько клинических симптомов, но преобладающим по частоте была абдоминальная боль (55%), чаще в эпигастральной области. Также примерно с одинаковой частотой встречались отрыжка воздухом (44,8%) и изжога (42,8%). Наиболеестораживающими при эозинофильном эзофагите являются симптомы дисфагии в виде затруднения и болезненности при проглатывании пищи, потребности длительно пережевывать и запивать пищу, ощущение «кома в горле». При анализе симптомов дисфагия выявлена у 11 (40,7%) пациентов. Еще одним важным клиническим проявлением являются эпизоды застревания пищи в пищеводе, которые пациент либо устраняет самостоятельно, активно запивая пищу или вызывая рвоту, либо вынужден обращаться экстренно за медицинской помощью. Данные проявления отмечались у 4 пациентов (14,8%), 2 из которых и поступали в стационар с целью удаления пищевого комка. У пациентов с эозинофильным гастритом

отмечались боли в эпигастрии, а так же эпизоды рвот. У пациентов с эозинофильным колитом ведущей жалобой так же была абдоминальная боль, преимущественно в гипогастрии, а так же явления гемоколита. Лабораторно у большинства пациентов - 23 человека (65,7%) выявлялась периферическая эозинофилия, при эозинофильном эзофагите – у 19 человек из 27 (70,4%). В то же время, общий IgE был повышен менее чем у половины детей (43,7%), при этом спектр сенсibilизации был представлен респираторными аллергенами (48%) или сочетанием респираторных и пищевых аллергенов (32%).

Специфические эндоскопические признаки эозинофильных поражений отсутствуют, однако, при эозинофильном эзофагите описаны изменения в виде поражения по всей длине пищевода, повышенной ранимости слизистой оболочки, наличия белесого экссудата в виде точек, подвижных или фиксированных концентрических колец, вертикальных борозд. При эозинофильном гастрите описаны гиперемия и отек слизистой, геморрагии, эрозии и язвы, а так же псевдополипы. При поражении кишки так же может отмечаться гиперемия и отек, геморрагии, мелкие поверхностные эрозии, единичные язвы, гиперплазия лимфоидных фолликулов. У большинства пациентов с эозинофильным эзофагитом выявлялись поражение по всей длине пищевода или со средней трети и вертикальные борозды (70,3%- 19 человек), реже белесоватые налеты (44% - 12 человек) и концентрические кольца (40,7%). Осложнения выявляются чаще у взрослых и являются следствием хронического эозинофильного воспаления с развитием фиброза. Однако, среди обследованных детей с эозинофильным эзофагитом осложнения в виде рубцового стеноза пищевода 3 степени, стриктуры нижней трети пищевода, частичного надрыва слизистой, язвы нижней трети пищевода выявлены у 6 пациентов (22,2%). Также у ребенка 1,5 лет с сочетанием эозинофильного эзофагита и гастрита заболевание осложнилось субкомпенсированным стенозом привратника.

Заключение: 1) Эозинофильные поражения ЖКТ могут манифестировать в любом возрасте, включая ранний детский возраст 2) В структуре преобладает эзофагит, другая локализация так же может встречаться у детей, но значительно реже 3) Возможно сочетанное эозинофильное поражение у одного пациента 4) Детский возраст не исключает наличия осложнений при данной патологии 5) У пациентов с симптомами поражения ЖКТ при наличии IgE-опосредованных аллергических заболеваний, периферической эозинофилии, повышения общего и/или специфических IgE можно предположить наличие

эозинофильного поражения ЖКТ 6) Выявление эндоскопических изменений, которые могут определяться при эозинофильных поражениях ЖКТ требует взятия множественной биопсии слизистой оболочки измененного органа 7) Диагноз эозинофильного поражения ЖКТ устанавливается по результатам гистологического исследования после исключения других причин тканевой эозинофилии.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА ПРИ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ И ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Мотрук Л. И., Семёнова А. И., Трухманов И. М., Трухманова Е. П.
Городской врачебно-физкультурный диспансер, г. Санкт-Петербург
Mila.doc75@gmail.com*

Цель: Проанализировать, изменяется ли электрокардиограмма у спортсменов, проходящих Углубленное Медицинское обследование в СПб ГБУЗ ГВФД с ноября 2022 г по январь 2023 г, во время респираторной инфекции или после неё.

Актуальность: Электрокардиография (ЭКГ) является информативным, доступным и неинвазивным методом графического изображения электрической деятельности сердца. ЭКГ служит дополнительным критерием для оценки тяжести и прогноза при инфекционных заболеваниях. Поражение сердечно-сосудистой системы у спортсмена могут быть обусловлены прямым (за счет повреждающего действия инфекционного агента или его токсинов) или косвенным (за счет иммунопатологических процессов) действием возбудителя; нарушениями метаболизма, электролитного баланса или функции автономной нервной системы, обусловленными особенностями инфекционного процесса; нежелательными лекарственными явлениями антимикробных препаратов. ЭКГ изменения при заболеваниях, как правило, незначительны и неспецифичны, однако в ряде случаев с высокой достоверностью указывают на развитие сердечных осложнений. При своевременном сборе анамнеза, осмотре и обнаружении изменений ЭКГ и лабораторных

данных спортсменов отстраняется от спортивных тренировок и соревнований. Врачом по спортивной медицине совместно с кардиологами и педиатрами спортсмену подбирается индивидуальная схема лечения с повторным обследованием и решением вопроса о возвращении к тренировочному процессу с последующим удачным выступлением на соревнованиях.

В Санкт-Петербургском Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городской врачебно-физкультурный диспансер» спортсмены проходят Углубленное медицинское обследование (УМО) для допуска к тренировочному и соревновательному процессу. За период с ноября 2022 г по январь (включительно) 2023 г осмотрено по заболеванию 1948 спортсменов, из них в возрасте до 17 лет 11 месяцев 28 дней 82 человека (4% от общего числа осмотренных). На момент осмотра спортсмены кардиальных жалоб, таких как одышка, боль за грудиной, непереносимость физических нагрузок, не предъявляли. При сборе анамнеза, объективном осмотре и по результатам лабораторного и инструментального обследования было выяснено, что спортсмен проходит УМО в момент острого респираторного заболевания или после перенесённого заболевания, не выдержав сроки ограничения по физической нагрузке, указанные в методических рекомендациях для спортсменов. У спортсменов на электрокардиограмме выявлены изменения: изменения процессов реполяризации у 12 спортсменов (15% от общего числа по заболеванию); нарушение ритма сердца у 3 (3,75%); выявлены предсердные экстрасистолы у 2 (2,5%). При сборе анамнеза было выяснено, что у 8 спортсменов было перенесено инфекционное заболевание (ОРВИ, грипп). В дальнейшем каждому спортсмену была проведена консультация узких специалистов и при необходимости проведено Холтеровское мониторирование. Спортсменам назначалась индивидуальная терапия с повторным обследованием для решения вопроса о допуске к тренировочному и соревновательному процессу.

Вывод: У спортсменов в период инфекционного заболевания и в период восстановления после перенесенного заболевания на электрокардиограмме проявляется нарушение ритма сердца и процессов реполяризации. Изменения на электрокардиограмме, обнаруженные при УМО, негативно влияют (даже временно) на спортивную карьеру спортсмена. Необходимо и спортсменам, и тренерам, и руководящему звену спортивных организаций знать и придерживаться сроков воздержания от тренировочного и соревновательного процесса, указанных

в методических рекомендациях, во избежание жизнеугрожающих состояний у спортсменов.

ВЛИЯНИЕ ИЗОЛЯЦИИ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ КОВИД-19 НА ЧАСТОТУ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

*Нишева Е. С., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.,
Писаревская А. В., Майхуб М.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования „Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет“ Министерства
здравоохранения Российской Федерации*

*Детский городской многопрофильный клинический специализированный
центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург
nisheva@rambler.ru*

Увеличение частоты аллергических заболеваний во многих регионах мира актуализирует работы по исследованию причин этого явления и разработке путей профилактики. Доминирующими гипотезами повышения частоты аллергии являются гигиеническая гипотеза (гипотеза микробной депривации), гипотеза нарушения эпителиальных барьеров и гипотеза нарушения микробиома. Эпидемия Ковид-19 и связанные с этим меры изоляции и самоизоляции населения представляют интересную модель по проверке этой гипотезы. В период изоляции состояние эпителиальных барьеров и микробиом, согласно литературным источникам, существенно не менялись, тогда как частота различных бактериальных, вирусных и гельминтных инфекций существенно снизилась. Для объяснения возникновения аллергических заболеваний мы предлагаем гипотезу детренированности макрофагов. Макрофаги являются первыми клетками, реагирующими на проникновение аллергенов. Детренированность/дисфункция макрофагов приводит к нарушению элиминации аллергенов и включению IgE-опосредованной эозинофильной цитотоксичности и/или Т-клеточных механизмов защиты от аллергенов. Для проверки этой гипотезы нами изучена частота аллергических заболеваний у детей, рожденных в доковидный период

в марте-апреле 2017-2018 гг. (контрольная группа 103 чел.) и у детей, рожденных в марте-апреле 2020 г., т.е. в период самых строгих мер по изоляции из-за эпидемии Ковид-19 (опытная группа 84 ребенка). Дети обеих групп наблюдались в течение 2 лет и по истечении этого периода осматривались аллергологом и отоларингологом и обследовались с использованием клинических и лабораторных аллергологических методов обследования. Дети были сопоставимы по полу и частотеотягощенной аллергическими заболеваниями наследственности. У детей контрольной группы в возрасте 2 лет частота атопического дерматита составляла 12, 6%, частота аллергического ринита – 5%. У детей опытной группы, рожденных в период изоляции частота этих аллергических заболеваний была почти в 2 раза выше – так частота атопического дерматита составила 23,8 % ($p<0,05$) и аллергического ринита – 10,7% ($p<0,05$). При исследовании функции макрофагов у детей контрольной и опытной группы с помощью запатентованного нами способа – «Способ диагностики нарушения фагоцитоза у детей», патент №2754799, выявлены значительные нарушения реакции макрофагов на аллергены у детей, подвергавшихся изоляции в постнатальный период. Таким образом, изоляция в ранний постнатальный период приводит к увеличению частоты аллергических заболеваний, вероятно, за счет нарушения развития/тренировки макрофагов вследствие недостаточной инфекционной нагрузки. Полученные данные подтверждают нашу гипотезу первостепенной роли детренированности/дисфункции макрофагов в возникновении аллергических заболеваний.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПУТЕЙ ПОСТУПЛЕНИЯ ПИЩЕВЫХ АЛЛЕРГЕНОВ – ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ - ВАЖНЫЙ ПУТЬ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ

Нишева Е. С., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.,

Писаревская А. В., Майхуб М.

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования „Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет“ Министерства
здравоохранения Российской Федерации*

*Детский городской многопрофильный клинический специализированный
центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург*

nisheva@rambler.ru

Рост частоты и тяжести аллергических заболеваний во всем мире стимулирует исследования по поиску причин этого явления и путей проникновения аллергенов в организм человека. При пищевой аллергии энтеральный путь не вызывает сомнений, много сторонников у гипотезы чрескожного поступления пищевых аллергенов вследствие дефекта эпителиальных барьеров. Известен и ингаляционный путь сенсibilизации, так как некоторые продукты, такие как рыба, высвобождают аллергены в пар при кулинарной обработке. Другие продукты, такие как цитрусовые, образуют мелкие капли при чистке кожуры и могут сенсibilизировать человека ингаляционным путем. Некоторые продукты могут стать источником профессиональной сенсibilизации (зерно, мука и др.). Известны экспериментальные способы сенсibilизации пищевыми аллергенами путем интратрахеального введения пищевых аллергенов животным. Известно также, что у многих детей с тяжелыми нарушениями со стороны центральной нервной системы наблюдают синдром микроаспирации вследствие нарушения синхронизации акта дыхания и глотания. По экспериментальным работам известно, что при респираторном поступлении пищевого аллергена его сенсibilизирующие свойства намного выше, чем при энтеральном, т.к. при ингаляционном поступлении пищевой аллерген не подвергается разрушительному действию пищеварительных ферментов ЖКТ и макрофагов печени. Цель нашей работы состояла в изучении частоты сенсibilизации к аллергенам коровьего молока у детей первого года жизни, госпитализированных в стационар для лечения тяжелых перинатальных заболеваний ЦНС (пороки развития, внутриродовые черепные травмы, детский церебральный паралич и пр.). Для обследования

отобрано 28 детей в возрасте 6-12 мес. с тяжелыми перинатальными повреждениями ЦНС и с подтвержденным клиническими и инструментальными методами синдромом микроаспирации. На момент включения в исследование у 12 детей можно было подозревать аллергию к белкам коровьего молока из-за наличия одного или нескольких симптомов: у 5 детей были минимальные кожные изменения (сухость, шелушение, небольшой кожный зуд в типичных для атопического дерматита местах), у 8 детей срыгивания или рвота усиливались при введении молочных смесей, у 6 детей появились прожилки крови в стуле после введения молочных смесей. У 27 из 28 обследованных имелась белково-калорийная недостаточность. Контрольную группу составили 12 детей с атопическим дерматитом среднетяжелого и тяжелого течения без синдрома микроаспирации. Для оценки спектра сенсибилизации использовали метод ALEX 2. Сенсибилизация к одному или нескольким аллергенам коровьего молока выявлена у 21 из 28 (75%) детей с перинатальными поражениями ЦНС, причем у подавляющего большинства из них (57%) выявлен высокий и очень высокий уровень специфических IgE к аллергенам коровьего молока. В контрольной группе детей с атопическим дерматитом сенсибилизация к белкам коровьего молока выявлена у 50% детей, у подавляющего большинства уровень специфических IgE был низким или умеренным, т.е. уровень специфических IgE к аллергенам коровьего молока у детей с перинатальными поражениями ЦНС намного превышал уровень специфических IgE у детей с атопическим дерматитом. Всем детям с перинатальными поражениями ЦНС и выявленной сенсибилизацией к коровьему молоку была налажена диета – вводились смеси-глубокие гидролизаты или аминокислотные смеси, кормящие матери были переведены на безмолочную диету. У всех детей отмечалась положительная клиническая динамика – нормализация стула, уменьшение или прекращение срыгиваний, положительная динамика веса, улучшение состояния кожи. Мы предполагаем, что микроаспирации пищевых аллергенов может быть важным, а у некоторых детей, и главным путем сенсибилизации. Детям с патологией ЦНС и/или синдромом микроаспирации необходимо проводить аллергологическое обследование и комплекс мер по прекращению поступления аллергенов.

ПРОВЕРКА ГИПОТЕЗЫ НАРУШЕНИЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ БАРЬЕРОВ КАК ПРИЧИНЫ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ – ЧАСТОТА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОЖОГОВ

*Нишева Е. С., Платонова Н. Б., Бутырина Т. Г., Бочкова М. Е.,
Писаревская А. В., Майхуб М.*

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования „Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет“ Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Детский городской многопрофильный клинический специализированный
центр высоких медицинских технологий, г. Санкт-Петербург
nisheva@rambler.ru*

Рост частоты аллергических заболеваний в различных регионах мира привел к многочисленным исследованиям причины этого явления. Одной из наиболее часто упоминаемых является гипотеза нарушения эпителиальных барьеров, согласно которой вследствие урбанизации, индустриализации и современного образа жизни на эпителиальные барьеры человека действует множество вредных веществ, которые приводят к повышению проницаемости эпителиальных барьеров для аллергенов, увеличению их сенсибилизирующего действия и возникновению аллергических заболеваний, поражающих кожу, дыхательные пути и желудочно-кишечный тракт. У этой гипотезы есть ряд критиков, в исследованиях которых не удалось показать повышенного проникновения аллергенов даже через поврежденный эпителий и в которых указывается, что первичным является аллергическое воспаление, вследствие которого повреждается эпителий, но не наоборот. Ожоги являются безусловным повреждением кожных барьеров и поэтому являются хорошей моделью для проверки гипотезы нарушения эпителиальных барьеров. В исследование включены опытная группа - 39 детей в возрасте от 6 месяцев до 16 лет поступивших в ожоговый центр детской больницы для лечения среднетяжелых и тяжелых ожогов и контрольная группа 46 детей, обратившихся в диспансер больницы по поводу выдачи разрешений на прививки, для посещения бассейна, для обследования по поводу функционального систолического шума. Дети опытной и контрольной группы были сопоставимы по возрасту,

полу, частотеотягощеннойаллергическими заболеваниями наследственности. Дети с ожогами наблюдались в течение 3 лет. У подавляющего большинства детей с ожогами в послеожоговый период возникал кожный зуд (у 82%), который у многих детей сохранялся даже через 3 года после ожога (у 49%). Употребление облигатных аллергенов, молока и молочных продуктов, глютен-содержащих продуктов не влияло на интенсивность и продолжительность зуда. Зуд усиливался ночью, эффект от традиционных средств, используемых в терапии атопического дерматита, таких как местные и системные глюкокортикоиды, антигистаминные препараты, местные средства с пиритионом цинка, пимекролимусом, отсутствовал. У детей контрольной группы атопический дерматит диагностирован у 4% детей, аллергический ринит у 6,5%, что не превышало частоту этих заболеваний в опытной группе в доожоговый период (атопический дерматит у 2(5%) детей, аллергический ринит у 3(7,7% детей). В ранний послеожоговый период ухудшение течения дерматита отмечалось у обоих пациентов с атопическим дерматитом и было связано с применением бета-лактамовых антибиотиков, после их отмены удалось быстро достичь ремиссии. При наблюдении за ожоговыми пациентами в динамике в течение 3 лет клинические признаки атопического дерматита появились еще у 2 пациентов в возрасте до года в опытной группе; при наблюдении за контрольной группой в течение 3 лет атопический дерматит диагностирован еще у 3 пациентов контрольной группы, также в возрасте до года. Таким образом, полученные нами данные не подтверждают гипотезу нарушения эпителиальных барьеров, поскольку даже такие выраженные и обширные повреждения, как ожоги, не приводят к росту аллергических заболеваний по сравнению с контрольной группой.

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ФАГОЦИТОВ ПРИ НЕОНАТАЛЬНОМ СЕПСИСЕ: ПАТОФИЗИОЛОГИЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ

*Образцов И. В., Черникова Е. А., Давыдова Н. В., Гордукова М. А.,
Образцова А. А., Жиркова Ю. В.
ДГКБ №9 им. Г. Н. Сперанского, Москва, Россия
igor_obraztsov@bk.ru*

Введение. Проблема сепсиса новорождённых сохраняет актуальность до сегодняшнего дня, поэтому целесообразны поиск и внедрение новых лабораторных биомаркеров для ранней диагностики этого крайне опасного состояния.

Цель исследования: оценка прогностической ценности биомаркеров сепсиса (CD64, CD16, HLA-DR) у новорождённых в ОПИТ.

Материалы и методы: исследовали кровь 56 новорождённых пациентов ОПИТ в группах: без признаков инфекционно-септического процесса (n=22); с клинически подтверждённым очагом инфекции (n=28) и с генерализацией инфекционного процесса (n=6). Образцы крови отбирали в 1-й день после поступления, а также на 8-й день у пациентов с инфекционно-септическими осложнениями. Оценивали экспрессию CD64 и CD16 (на клетках, высоко экспрессирующих CD62L) нейтрофилов и HLA-DR моноцитов методом проточной цитометрии. Статистическая обработка результатов выполнена в пакете IBM SPSS 21 (IBM, США).

Результаты: наличие инфекционного очага ассоциировано со снижением экспрессии HLA-DR моноцитами (14,2-23,4 и 10,1-20,1 ед. флуор.); в группе пациентов с сепсисом значение показателя составило 3,3-10,5 ед. флуор., $p<0,05$. Для экспрессии HLA-DR методом ROC анализа построили точку отсечения, отделяющую пациентов с сепсисом; значение показателя составило 9,7 ед. флуор., $AUC=0,66$, $p<0,05$. Среди пациентов с экспрессией HLA-DR ниже точки отсечения медиана длительности пребывания в ОПИТ составила 6-10 дней; выше – 2-6 дней ($p<0,05$); длительности пребывания в стационаре составила 14-26 дней; выше – 19-33 дня ($p<0,1$). Генерализация инфекции связана с потерей экспрессии CD16 нейтрофилов (33,4-43,0 и 3,0-24,9 ед. флуор., $p<0,01$).

Вычисление точки отсечения с последующим сопоставлением сроков госпитализации в зависимости от экспрессии CD16 нейтрофилами не выявило различий, что характеризует этот параметр как текущий индикатор. Прирост экспрессии CD16 за неделю оказался выше в группе пациентов с сепсисом (50,9-165,2 и 4,7-65,9%, соответственно, $p<0,01$); значение показателя в точке отсечения составило 37,8%, $AUC=0,87$, $p<0,001$. Среди пациентов с приростом экспрессии CD16 ниже точки отсечения медиана длительности пребывания в ОРИТ составила 4-8 дней, выше – 7-15 дней ($p<0,05$); общей длительности пребывания в стационаре составила 3-29 дней; выше – 22-32 дня ($p<0,05$), соответственно.

Уровень CD64 в обследуемых группах не различался в обследуемых группах пациентов. Однако, при сопоставлении гендерной структуры экспрессии CD64 и нейтрофильно-лимфоцитарного соотношения (NLR) в контрольной группе выявилось повышение экспрессии CD64 (0,92-1,8 и 0,35-0,86 ед. флуор., $p<0,05$) и снижение NLR (0,7-1,5 и 1,7-3,6, $p<0,05$) у мальчиков по сравнению с девочками.

Выводы: потеря экспрессии CD16 нейтрофилами является текущим индикатором сепсиса, но не обладает прогностической значимостью, в то время как экспрессия HLA-DR моноцитов и темп прироста экспрессии CD16 представляют собой опережающие прогностические индикаторы генерализации инфекционного процесса. Использование CD64 для работы с новорождёнными требует отдельных референсных интервалов для мальчиков и девочек; кроме того, выявленный количественный и функциональный дефект нейтрофилов может быть фактором воспроизводящегося феномена повышенной младенческой смертности среди мальчиков.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ДОНБАССА

Прохоров Е. В., Островский И. М.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет

им. М. Горького», Донецк

Evg-pro-17@yandex.ru

Целью работы явилось изучение динамики клинико-параклинических проявлений в дебюте воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) у детей Донбасса за период с 2015-2022 гг в сравнении с периодом 2010-2014 гг.

Материалы и методы. Изучены истории болезни пациентов, находившихся на лечении в клинике с 2010 по 2014 год (1 группа, 32 пациента) и с 2015 по 2022 год (2 группа, 24 больных), поступивших в дебюте ВЗК. Сравнение проведено как суммарно, так и по отдельным нозологиям (в I группе больных ЯК – 23, во II – 18, болезнь Крона в I группе – у 9 больных, во второй – у 6). При проведении анализа для количественных параметров определяли показатель доли, ошибку выборочной доли. Достоверность разницы определяли с помощью t-критерия Стьюдента для относительных величин.

Результаты и обсуждение

Гендерный состав пациентов изменился. До войны мальчиков и девочек было примерно одинаковое количество, сейчас – мальчиков вдвое больше (но разница не достоверна). Значимо не изменилось соотношение между БК и ЯК (было 1:2,5, стало 1:3).

Период с момента появления жалоб до установления диагноза в I группе составил, в среднем, 13,5 мес., во II уменьшился до 10,2 мес. (различие не достоверно). Это свидетельствует о сохраняющейся достаточно поздней диагностике ВЗК.

Частота стула составила в первой группе при ЯК $4,5 \pm 0,92$ раза, при БК – $5,4 \pm 1,05$ раз, во второй, соответственно, $6,3 \pm 1,71$ и $6,0 \pm 2,21$ (разница не достоверна).

Потеря массы тела наблюдалась во всех группах и была приблизительно равной: в I при ЯК составила $3,8 \pm 0,84$ кг, при БК – $4,4 \pm 0,95$ кг, во II – $3,62 \pm 0,89$ кг и $3,92 \pm 1,00$ кг.

Суммарные показатели по ВЗК (ЯК+БК) между двумя группами выявили некоторые отличия, в частности, меньшее значение в развитии ВЗК ныне играет наследственность. Достоверно уменьшилась интенсивность болевого синдрома ($68,8 \pm 8,19\%$ и $4,2 \pm 5,06\%$, $p < 0,001$) чаще наблюдается его отсутствие ($12,5 \pm 5,85\%$ и $41,7 \pm 10,57\%$, $p < 0,01$). Достоверно реже выявляется массивный гемоколит ($65,6 \pm 8,4\%$ и $33,3 \pm 10,151$, $p < 0,05$), но чаще – субфебрильная лихорадка ($9,38 \pm 5,15\%$ и $41,7 \pm 11,77\%$, $p < 0,01$).

Статистические различия между нозологиями демонстрируют приблизительно такую же динамику, как и суммарные показатели. В частности, наследственность по заболеваниям ЖКТ реже встречается как при ЯК, так и при БК; сильная абдоминальная боль достоверно реже как при ЯК ($65,2 \pm 10,15\%$ против 0% , $p < 0,001$), так и при БК ($77,8 \pm 14,7\%$ против $16,7 \pm 16,67\%$, $p < 0,02$), достоверно чаще отсутствует болевой синдром. Массивное кишечное кровотечение при БК во II группе вообще не отмечено. При ЯК отсутствие лихорадки наблюдалось достоверно реже ($60,8 \pm 10,41\%$ против $33,3 \pm 11,39\%$, $p < 0,02$). Во II группе при БК чаще наблюдалась массивное количество слизи в кале (0% против $50,0 \pm 22,36\%$, $p < 0,05$).

Из внекишечных проявлений следует отметить отсутствие во II группе увеита при БК и трещин ануса при ЯК. У трех больных ЯК из I группы зарегистрирован артрит, во II группе он присутствовал только у одного больного.

Выводы. Проведенное сравнение позволяет заключить, что основные тенденции в развитии симптомов и проявлений ВЗК со временем остается примерно однозначными, хотя по некоторым показателям наметилось более благоприятное течение дебюта ВЗК.

Анализ клинических особенностей течения ЯК и БК, показал, что достоверных различий со временем в большинстве клинических симптомов не выявлено. Лихорадка, потеря веса, гемоколит, учащение стула, диарея, абдоминальный болевой синдром, геморрой, трещины в области анального отверстия, свищи, внекишечные проявления (стоматит, артрит, узловатая эритема, увеит) по-прежнему остаются значимыми и для диагностики и для контроля эффективности лечения.

МАЛЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ ПРЕДПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА С СУБКЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Прохоров Е. В., Пшеничная Е. В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет

им. М. Горького», Донецк

Evg-pro-17@yandex.ru

Цель исследования: выяснение частоты встречаемости и характера дисплазии соединительнотканых структур сердца (малых аномалий развития сердца) у мальчиков-подростков предпризывного возраста с субклиническими формами сердечно-сосудистой патологии.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 547 мальчиков-подростков в возрасте 15-16 лет, обратившиеся в клинику для решения вопроса о возможности занятий в спортивных секциях и/или обучения в учебных заведениях с высоким уровнем физической нагрузки. С целью углубленного обследования и выявления субклинических форм сердечно-сосудистой патологии нами использованы неинвазивные методы функциональной диагностики. В частности, определение суточного профиля ЧСС, АД, особенностей мозгового кровотока, функциональное тестирование, доплерэхокардиография. На основании проведенного обследования нами определены 192 ($35,1 \pm 3,7\%$) мальчика с различными субклиническими формами сердечно-сосудистой патологии, которые в зависимости от характера выявленных изменений были разделены на 4 основные подгруппы. Мальчики-подростки I подгруппы ($53 - 9,7 \pm 1,3\%$) – с высоким нормальным артериальным давлением или «предгипертензией» (ВНАД), мальчики-подростки II подгруппы ($45 - 8,2 \pm 1,2\%$) – с избыточной массой тела, дислипидемией, нарушением толерантности к глюкозе и предгипертензией – метаболическим синдромом (МС), мальчики-подростки III подгруппы ($51 - 9,3 \pm 1,2\%$) – с нарушениями ритма сердца (НРС), мальчики-подростки IV подгруппы ($43 - 7,9 \pm 1,2\%$) – с патологическими формами геометрии миокарда, ХСН I (ГМ). В качестве контроля обследовано 50 здоровых подростков.

Результаты. Кардиальные диспластические изменения установлены у 161 ($83,9 \pm 2,7\%$) мальчиков-подростков основной группы, что было достоверно чаще ($33, 66,0 \pm 6,7\%$, $p < 0,001$), чем в группе контроля.

Малые аномалии развития сердца зарегистрированы: в I подгруппе ВНАД – 35 ($66,0 \pm 6,5\%$), во II подгруппе МС – 36 ($80,0 \pm 6,0\%$), в III подгруппе НРС – 51 ($100,0 \pm 0,0\%$), в IV подгруппе – 39 ($90,7 \pm 4,4\%$). В III и IV подгруппах дисплазия соединительнотканых структур сердца (ДСТС) встречались достоверно чаще ($p < 0,001$), чем в группе контроля.

При этом у 56 ($34 \pm 3,8\%$) основной группы выявлены атипично расположенные хорды левого желудочка, у 53 ($32,9 \pm 3,7\%$) – пролапс митрального клапана (ПМК), у 19 ($11,8 \pm 2,5\%$) – открытое овальное окно. У 23 ($14,3 \pm 2,8\%$) мальчиков-подростков основной группы имелись два и более признака ДСТС: у 9 ($5,6 \pm 1,8\%$) I подгруппы ВНАД, у 5 ($3,1 \pm 1,4\%$) II подгруппы МС, у 13 ($8,1 \pm 2,1\%$) III подгруппы НРС, у 6 ($3,7 \pm 1,5\%$) IV подгруппы ГМ.

У обследованных подростков топографические варианты атипично расположенных хорды левого желудочка были представлены в виде: диагональных – у 28 ($50,0 \pm 6,7\%$), поперечных – у 13 ($23,2 \pm 5,6\%$), продольных – у 12 ($21,4 \pm 5,5\%$), множественных – у 3 ($5,4 \pm 3,0\%$). Вторым по частоте проявлением ДСТС оказался ПМК, который диагностирован у 53 ($32,9 \pm 3,7\%$), не достигая степени статистической достоверности в сравнении с изучаемым соответствующим показателем в группе контроля. Митральная регургитация I ст. установлена у 38 ($71,7 \pm 6,2\%$) мальчиков-подростков с ПМК.

Заключение. Кардиальные диспластические изменения достоверно чаще выявляются у мальчиков-подростков с субклиническими формами сердечно-сосудистой патологии, чем у здоровых сверстников.

ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ

Прохоров Е. В., Пшеничная Е. В., Астафьева Е. В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет

им. М. Горького», Донецк

Evg-pro-17@yandex.ru

Естественная закономерность повреждения при абдоминальной форме геморрагического васкулита (ГВ) слизистой оболочки пищеварительного канала определила перспективность изучения состояния при этом ряда функций тонкой кишки.

Целью исследования явилось изучение функционального состояния тонкой кишки в остром периоде ГВ у детей.

Материал и методы. Изучение функционального состояния тонкой кишки предпринято у 68 больных в остром периоде ГВ, в том числе у 48 с абдоминальной формой (АФ). О состоянии переваривания и всасывания в тонкой кишке углеводов судили путем сопоставления гликемических кривых после дифференцированных нагрузок дисахаридами, а также глюкозой и галактозой, постановки пробы с d-ксилозой. Переваривание жиров оценивали по результатам липидоловой пробы. По каждому из использованных методов располагали конкретизированной нормой, полученной при обследовании практически здоровых детей.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение динамики гликемии после нагрузки лактозой не обнаружило при суставной форме ГВ расстройств расщепления лактозы. У пациентов с АФ болезни отмечены существенные нарушения всасывания лактозы. При этом средний прирост постлактозной гликемии составил $1,03 \pm 0,09$ ммоль/л и был существенно ниже, чем у здоровых детей контрольной группы и пациентов с простой и суставной формой ГВ ($1,49 \pm 0,20$ ммоль/л и $1,61 \pm 0,26$ ммоль/л, соответственно). Для верификации установленных нарушений усвоения лактозы был проведен анализ гликемических кривых, полученных после нагрузки, составляющих ее моносахаров – глюкозы и галактозы. Во всех этих случаях постнагрузочная гликемия оказалась нормальной, что позволяет связать наличие расстройств усвоения

лактозы с депрессией расщепления дисахарида на почве лактазной недостаточности. Постановка у обследуемых детей теста с нагрузкой d-ксилозой, показала, что при простой и суставной форме ГВ средний уровень экскреции этой пентозы с мочой за первые два, последующие 3 и суммарно за 5 часов после нагрузки не отличался от нормального, а при АФ наблюдалась статистически значимая депрессия выведения d-ксилозы, что свидетельствовало о нарушении ее всасывания из тонкой кишки. При этом средний уровень экскреции оказался здесь вдвое меньшим, чем у здоровых детей. Особенно выраженным было снижение всасывания d-ксилозы в первые 2 часа после нагрузки, что позволяет говорить о преимущественном нарушении резорбции в проксимальном отделе тонкой кишки. Изучение процессов переваривания и всасывания жиров в тонкой кишке, выявило у больных с простой и суставной формой ГВ лишь тенденцию к расстройствам абсорбции липидов, тогда как АФ васкулита сопутствовало статистически достоверное нарушение их всасывания.

Выводы. Острый период АФ ГВ сопровождается нарушением мембранного пищеварения с развитием малабсорбции лактозы, липидов, а также всасывания d-ксилозы.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕМАТУРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ДЕТЕЙ

Прохоров Е. В., Толченникова Е. Н.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет

им. М. Горького», Донецк

Evg-pro-17@yandex.ru

Вирусассоциированный гломерулонефрит (ГН) - это нефрит, при котором установлена этиологическая или патогенетическая роль

вирусной инфекции. Вирусные инфекции (герпесвирусы, вирусы гепатита В, С) зачастую являются фактором прогрессирования многих заболеваний почек вследствие повреждения клубочкового аппарата и интерстициальной ткани. Торпидное течение, переход в хроническую форму ГН с исходом в хроническую почечную недостаточность во многом может быть обусловлен недостаточной изученностью роли сопутствующей вирусной инфекции, обусловленных как заболеванием почек, так и сопутствующей вирусной инфекцией. В этой связи в настоящее время у детей с различным вариантами поражений почек интенсивно изучается влияние вирусных инфекций на их течение.

Основные клинические критерии вирусассоциированного ГН: высокая частота обострений, торпидное течение гломерулонефрита; формирование более тяжелых и часто резистентных к традиционной терапии форм заболеваний; вовлечение в патологический процесс как гломерулярных структур, так и тубулоинтерстициальной ткани.

Цель работы. Установить клинические и морфологические особенности гематурической формы хронического гломерулонефрита (ГФ ХГН), ассоциированного с герпесвирусными инфекциями (ГВИ) у детей.

Материалы и методы. Обследовано 230 детей с ГФ ХГН в возрасте от 3 до 17 лет. Больным наряду с комплексным нефрологическим обследованием проведено исследование маркеров ГВИ (АТ методом ИФА и ДНК методом ПЦР), 28 детям проведена чрескожная нефробиопсия. Контрольную группу составили 29 условно здоровых детей.

Результаты и их обсуждение. У пациентов с торпидным течением ГФ ХГН Эпштейн-Барр вирусная инфекция выявлена в 49 % случаев, цитомегаловирусная инфекция в 37 %, герпетическая инфекция 1/2 типа у 33 % детей, герпетическая инфекция 6 типа у 28 %, смешанная герпесвирусная инфекция выявлена в 77 % случаев. Морфологические варианты ГФ ХГН: IgA-нефропатия (5 детей, из них – 60 % с сопутствующей ГВИ), мезангиопролиферативный ГН (11 детей, из них 73 % имели сопутствующую ГВИ), ГН с минимальными изменениями (5 детей, из них – 60 % с сопутствующей ГВИ), мембранопролиферативный ГН (4 детей, 25 % имели сопутствующую ГВИ), фокально-сегментарный гломерулосклероз (2 детей без сопутствующей ГВИ).

Ведущими клинико-лабораторными проявлениями ГФ ХГН у детей с сопутствующей ГВИ являются гематурия от умеренной до выраженной, с достоверно большей частотой выраженной гематурии (63 %) и эпизодов макрогематурии (64,9 %); протеинурия – минимальная

или умеренная; наличие тубулярных расстройств в виде гипостенурии (29,6 %), повышения уровня β 2-микроглобулина в моче (20,3 %).

Морфологические варианты ГФ ХГН и ГВИ: мезангиопролиферативный – 53,3 % (очаговый – 34,2 %, диффузный 65,8 %); ГН с минимальными изменениями – 20 %; Ig A – нефропатия – 20 % мембранопролиферативный – 6,7 %. Тубулоинтерстициальный компонент отмечается у 29,6 % больных.

Выводы. Анализ имеющихся данных указывает на высокую частоту распространенности маркеров ГВИ как в виде моноинфекции, так и в сочетании с другими ГВИ у детей с ГФ ХГН, имеющей торпидное течение. Среди морфологических вариантов ГФ преимущественно встречаются мезангиопролиферативный ГН, Ig-A нефропатии ГН с минимальными изменениями. Показана целесообразность превентивного обследования детей на маркеры ГВИ с целью идентификации вируса для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий.

ТЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОПИКИ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Хаярова Д. С., Бурлаков В. С.

*Пензенский государственный университет Медицинский институт,
г. Пенза*

dasha.khaiarova@mail.ru

Цель исследования. Изучить клинические проявления SARS-CoV-2-инфекции у детей в зависимости от топики поражения дыхательных путей.

Материалы и методы. Случайной выборкой проанализированы истории болезни пациентов детского возраста с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Результаты. Изучено 206 историй болезни пациентов детского возраста (0-18 лет), находившихся на лечении в ГБУЗ «ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова» г. Пенза в период с 01.12.2021г. по 30.11.2022г. В соответствии с классификацией детей по возрасту принятой Выготским Л.С., пациентов разделили на 6 возрастных групп: 1 группа 41 пациент (20%), 2 группа - 35 детей (17%), 3 группа – 33 (16%) ребенка, 4 группа – 31 (15%) ребенок, 5 группа – 37 (18%) пациентов, 6 группа 29 (14%) детей. При рассмотрении проявлений Новой коронавирусной инфекции у госпитализированных детей в зависимости от топики поражения дыхательных путей, были выделены следующие клинические формы: острый фарингит – в 143 случаях (69%), пневмония – у 28 детей (14%), острый бронхит у 12 пациентов (6%), острый трахеит у 7 детей (3%), острый обструктивный ларингит у 6 детей (3%), с острым тонзиллитом – 1 пациент (1%) и 1 ребенок о острым фаринготрахеитом (1%).

Выводы. Заболеванию инфекцией, вызванной SARS-CoV-2, подвержены дети всех возрастных групп. Среди обследуемых пациентов детского возраста COVID-19 чаще протекал в форме острого фарингита (69% случаев). В большинстве случаев течение новой коронавирусной инфекции в форме острого фарингита наблюдалось в 1 возрастной группе, реже в 6 группе.

СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ИНФЕКЦИОНИСТА

Цибизова В. В., Гуликова А. С., Азимова Ш. Т.

*ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России,
Саратов
vcibizova@bk.ru*

Актуальность: Синдром Гийена-Барре (СГБ) — это острая воспалительная иммунно-опосредованная полирадикулонейропатия, которая характеризуется яркой клинической картиной: остро возникшей и быстро прогрессирующей мышечной слабостью в конечностях и снижением или полным угнетением сухожильных рефлексов. Основной причиной острых вялых параличей среди детского населения были паралитические случаи полиовирусной инфекции.

Цель. Описать редкий клинический случай менингомиелополирадикулопатии в практике детского инфекциониста.

Материалы и методы. Анализ истории болезни, медицинских заключений, данных осмотра и методов диагностики.

Описание клинического случая: Пациент Д., 6 лет, заболел остро, когда появилась температура тела до 37,2, слабость, головная боль, однократная рвота. Лечение принимал симптоматическое. На третий день болезни появилась слабость в обеих руках и ногах. На 8 день болезни в связи с ухудшением состояния поступил в инфекционную больницу. При осмотре состояние тяжелое, обусловленное неврологической симптоматикой. Положение пассивное, активные движения резко ограничены. Сознание ясное, негативен к осмотру, капризен. Речь невнятная, тихая. Лагофthalm слева, сглажена левая носогубная складка, опущен левый угол рта. Фокация снижена. Сатурация 94% на самостоятельном дыхании. Рефлексы с рук S=D, снижены, с ног abs, брюшные abs. Симптом Бабинского слева. Мышечная сила снижена в ногах до 2 баллов, в руках слева до 4 баллов, справа до 2 баллов. Координаторные пробы не выполняет за счет пареза. Функции тазовых органов нарушены по типу острой задержки. Менингеальные знаки положительные. Общеклинические анализы без патологии. КТ головного мозга: умеренное расширение предмостовой и мостомозжечковой цистерн. Киста прозрачной перегородки. При стимуляционной ЭНМГ длинных нервов верхних конечностей: признаки умеренного поражения срединного нерва с обеих сторон по аксонально-демиелинизирующему типу, больше справа. В длинных нервах нижних конечностей: признаки начальной демиелинизации моторных волокон большеберцового нерва слева. МРТ шейного отдела позвоночника: двигательные артефакты. В анализе ликвора лимфоцитоз. Анализы на выявление возбудителей инфекций отрицательные. Выставлен диагноз: Менингомиелорадикулопатия. Лечение: ацикловир (учитывая контакт по герпетической инфекции с мамой), дексаметазон, цефтриаксон, пульс-терапия метилпреднизолоном. В дальнейшем были отменены ГКС и назначены иммуноглобулины. После лечения был выписан с положительной динамикой, под наблюдение невролога и педиатра по месту жительства.

Заключение: В настоящее время недостаточно важных данных о течении СГБ в детском возрасте. Представление об особенностях СГБ у детей поможет практикующим врачам в диагностике и лечения данного заболевания, что будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи детскому населению.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ГЕМАТУРИИ

Шабаршова А. В., Махалова А. С., Туш Е. В.

*ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ РФ, Нижний Новгород
azaletina03@gmail.com*

Актуальность. Симптом гематурии выявляется у 0,5-4% детей, зачастую являясь случайной находкой при плановом обследовании. Гематурией принято считать наличие 5 и более эритроцитов в поле зрения при х40-микроскопии центрифугированной мочи или 3 и более эритроцитов в поле зрения не центрифугированной мочи. Данный симптом может сопровождать ряд патологий, таких как инфекции мочевыводящих путей, мочекаменная болезнь, гломерулярные заболевания, коагулопатии, травмы или опухоли. Наследственные нефропатии нередко дебютируют с симптома гематурии, поэтому необходим комплексный подход к обследованию. Важной частью является выяснение семейного анамнеза, так как гематурия может быть первым симптомом таких генетических заболеваний, как IgA-нефропатия и Синдром Альпорта.

Синдром Альпорта (СА) – это наследственное мультисистемное заболевание, основными симптомами которого являются прогрессирующая нефропатия, приводящая к почечной недостаточности, а также снижение слуха и зрения. Частота встречаемости СА – 1:5000 детей. Причиной развития СА является мутация в генах $\alpha 3$ -, $\alpha 4$ -, $\alpha 5$ - цепей коллагена IV типа (*COL4A3*, *COL4A4*, *COL4A5*). Данный синдром зачастую является X-сцепленным, поэтому заболевание у девочек протекает бессимптомно, а у мальчиков выявляется протеинурия и снижение почечной функции. У 90% мальчиков с данным синдромом диагностируется нейросенсорная тугоухость, которая развивается постепенно, не дебютируя в раннем возрасте. В настоящее время диагностические возможности позволяют подтвердить диагноз СА с помощью молекулярно-генетического исследования. Стоит отметить, что при установлении диагноза СА, необходимо обследование всех членов семьи, особенно при условии планирования повторной беременности. Родителям, планирующим повторную беременность, необходимо проведение генетического исследования с точным определением типа наследования.

В лечении СА используются ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы с целью замедления прогрессирования почечной недостаточности. Также показали свою эффективность блокаторы минералокортикоидных рецепторов и ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера-2. В настоящее время завершены исследования новых препаратов для лечения СА – бардоксолон и ладемирсен, которые показали хорошие результаты в снижении темпов прогрессирования СА. На сегодняшний день ведутся исследования редактирования генома и терапии стволовыми клетками.

Цель. Продемонстрировать клинический случай пациента с редкой наследственной нефропатией.

Пациенты и методы. Пациент – мальчик 6-ти лет, проходивший обследование и лечение в педиатрическом отделении ГБУЗ НО ДГБН^{№1} города Нижнего Новгорода. Проведен анализ амбулаторной карты пациента, а также клинико-анамнестических данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований, полученных в стационаре и амбулаторно, также оценены результаты генетического обследования членов семьи (мать, младший ребенок).

Результаты. Мальчик А. 6 лет. Из наследственного анамнеза: мать и бабушка по линии матери наблюдаются у нефролога с диагнозом – наследственный нефрит. Анализы крови и мочи до 9 месяцев ребенок не сдавал. Впервые поступил в педиатрическое отделение в 2016 году в возрасте 9 месяцев, переведен из инфекционной больницы в связи с появлением гематурии на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ). В ходе обследования измененные эритроциты в моче до 200 в поле зрения, в анализах крови – ускорение СОЭ, признаки железодефицита, СКФ (по Pottel) – 64 мл/мин. На фоне лечения показатели нормализовались, выписан с улучшением. Повторно госпитализирован в 1 год 6 месяцев: на фоне ОРВИ изменения в анализах мочи (протеинурия, гематурия) и крови (анемия средней степени тяжести, ускорение СОЭ). По результатам УЗИ – признаки гломерулонефрита, уплотнения коркового слоя почек. СКФ с отрицательной динамикой – 60 мл/мин (по Pottel). Исходя из проведенного обследования, заподозрен наследственный генез нефропатии. Проведено генетическое обследование, выявлена гемизиготная мутация в 9 экзоне гена *COL4A5*, приводящая к замене аминокислоты в 156 позиции белка, типичная для Синдрома Альпорта. Обследована мать и младший ребенок, выявлена идентичная мутация. В настоящее время ребенок получает курсы мембраностабилизаторов, антиагрегантов, при присоединении

инфекции – антибактериальные препараты в условиях стационара, благодаря этому удается снизить скорость прогрессирования заболевания.

Заключение. На примере клинического случая можно проследить путь от первых симптомов заболевания до окончательной постановки диагноза. Учитывая высокую распространенность, разнообразие клинических проявлений синдрома Альпорта, а также неблагоприятный прогноз при прогрессирующем течении, необходимо уделять достаточное внимание ранней диагностике данного синдрома, так как своевременно начатая нефропротективная терапия позволит замедлить темпы прогрессирования почечной недостаточности у пациентов.

ПОСТКОВИДНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

*Шангареева З. А., Файзуллина Р. М., Санникова А. В.,
Мананова А. Ф., Фаршатова Д. Ш., Саетова Г. И.
ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет,
Уфа, Россия
ГБУЗ РБ Городская детская клиническая больница № 17, Уфа, Россия
shangareeva2001@mail.ru*

Согласно литературным данным в детской популяции новая коронавирусная инфекция COVID-19 чаще протекает в виде легких и бессимптомных форм. Заболевание имеет свои последствия в виде постковидного синдрома с разнообразной симптоматикой. Дети реже заболевают коронавирусной инфекцией, однако постковидный синдром у них развивается. Данная проблема еще мало изучена, нет точной статистики и четких способов борьбы с постковидным синдромом у пациентов детского возраста.

Цель исследования: Изучить тяжесть симптомов у детей и/или их родителей в период заболевания и после перенесенного COVID-19.

Материалы и методы: Проведено исследование 100 детей и их родителей. Выборка основной (53 детей) и контрольной (47 родителей) групп сформирована на базе педиатрических отделений

№1 и №3 многопрофильного стационара «Городская детская клиническая больница №17» (г. Уфа).

Тяжесть симптомов (в баллах от 1 до 4) COVID-19 изучали по анкете для пациентов, переболевших коронавирусной инфекцией (от 3-х месяцев после заболевания) на период и после перенесенного заболевания. Оценивались симптомы: астенические, респираторные, желудочно-кишечные нарушения, нейрокогнитивные нарушения, поражение кожи/придатков, нарушения обоняния/вкуса, вегетативной дисфункции, тревожности.

Шкала оценки тяжести симптомов (в баллах): 1 - вообще не беспокоили; 2 - несколько дней; 3 - больше половины времени; 4 - почти каждый день. Сравнительная характеристика выявленных симптомов в группах пациентов проводилась по абсолютным, относительным (%) и средним значениям в программе Excel.

Результаты и обсуждение: До 69,81%заболевших детей были из семейных очагов коронавирусной инфекции. Дети, тесно контактировавшие с заболевшими людьми с высокой температурой или респираторными симптомами, составили 20,75%. У 9,43% пациентов эпидемический анамнез был неясен. Инкубационный период составлял 5-7 дней у 88,67% детей. У 92,4% пациентов преобладали легкие формы коронавирусной инфекции. Заболевание с легким течением проявлялось повышением температуры до 38,5°C, средняя продолжительность гипертермии составляла $4,6 \pm 1,5$ дня (от 2 до 10 дней). Большинство детей (85,8%)не имели сопутствующих заболеваний.

В настоящем исследовании у детей наиболее распространенными симптомами во время заболевания COVID-19 были астенические нарушения в виде повышенной утомляемости у 42 детей (79,24%) и упадка сил у 36 детей (67,92%). Среднее значение тяжести симптомов составило 2,47 балла и 2,17 балла, соответственно. Из респираторных симптомов кашель встречался у 46 детей (86,79%), тяжесть которого составила 2,85 балла. У 17 детей (32,07%) было выявлено искаженное обоняние, тяжесть которого составила 2,5 балла. Реже у пациентов встречались желудочно-кишечные нарушения, поражение кожи/придатков в виде экзантемы.

После перенесенного COVID -19 (от 3-х месяцев после заболевания) у детей среднее значение тяжести астенических нарушений снизилось до 1,47 баллов. Тяжесть кашля и искаженного обоняния снизилась до 1,21 балла и 1,04 балла, соответственно.

В то же время у родителей во время заболевания COVID-19 наиболее выраженными симптомами были астенические нарушения: повышенная утомляемость - 3,25 балла, упадок сил - 2,96 балла, усталость после отдыха - 2,51 балла, ухудшение после физической нагрузки - 2,49 балла. Из респираторных симптомов наиболее часто встречался кашель - 3,17 балла и одышка - 2,53 балла. Нарушения обоняния/вкуса у родителей проявлялись в виде отсутствия удовольствия от еды - 3,34 балла, извращение вкуса - 2,44 балла, искаженного обоняния - 2,30 балла, неприятного фонового запаха - 2,13 балла.

После перенесенного COVID-19 (от 3-х месяцев после заболевания) у родителей длительно сохранялись повышенная утомляемость - 2,91 балла, отсутствие удовольствия от еды - 2,21 балла и искаженное обоняние - 1,86 балла. Среднее значение тяжести всех остальных симптомов снизилось до значений менее 1,5 балла.

Выводы: У взрослых и детей проблемы с COVID-19 и постковидным синдромом выражены по-разному. Распространенность и тяжесть симптомов заболевания зависят от возраста и тяжести патологического процесса. Дети болеют с менее выраженной клинической симптоматикой. Наиболее часто у детей выявляются осложнения со стороны нервной, дыхательной систем, что требует дополнительного обследования и реабилитации после перенесенной инфекции. Взрослые чаще жалуются на общее недомогание, проблемы с дыханием, потерю вкуса и искаженное обоняние. У детей тяжесть данных симптомов выражена меньше и встречается реже.

Литература:

1. Горелов А.В., Николаева С.В., Акимкин В.Г. Новая коронавирусная инфекция COVID-19: особенности течения у детей в Российской Федерации // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. - 2020. - №99(6). - С. 57-62.
2. Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А. Коронавирусная инфекция (COVID-19) у детей (состояние на июнь 2020) // Педиатрическая фармакология. - 2020. - №17(3). - С.162-178.
3. Кокорева С.П., Разуваев О.А., Разуваева Ю.Ю., Неклюдова Е.В., Смолиговец А.Р. Психозмоциональное состояние пациентов с новой коронавирусной инфекцией // Материалы XIII Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского «Инфекционные болезни в современном мире: эволюция, текущие и будущие угрозы». - М.: Медицинское маркетинговое агентство, 2021. - С. 11-12.

Издано по заказу
Санкт-Петербургского регионального отделения общественной организации
«Союз педиатров России»,
www.pediatrica-spb.ru

Печать цифровая. Формат А5
Тираж 100 экз.
Подписано в печать 1 марта 2023 г.