ISSN 1605 - 9360

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО"

# Архив клинической и экспериментальной медицины

ТОМ 32, Приложение 3

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО"

# АРХИВ КЛИНИЧЕСКОЙ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

# ARCHIVES OF CLINICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE

Научно - практический журнал

Основан в 1992 году

Том 32, Приложение 3

Редакционно-издательский отдел
ФГБОУ ВО "ДонГМУ им. М. Горького"

УДК 61+378

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

**Главный редактор: Г.А. Игнатенко**

**Д.О. Ластков** (*заместитель глав. редактора)*
**Д.Ю. Кустов** (*ответственный секретарь)*
**В.А. Абрамов**
**Э.Ф. Баринов**
**Ю.Г. Выхованец**
**Г.А. Городник**
**А.М. Кардаш**
**Н.Е. Моногарова**
**С.В. Налетов**
**К.П. Павлюченко**
**А.П. Педорец**
**А.С. Прилуцкий**
**В.Н. Романенко**
**Э.Я. Фисталь**
**В.К. Чайка**

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

Н.Н. Бондаренко *(Донецк)*
И.П. Вакуленко *(Донецк)*
С.В. Витрищак *(Луганск)*
В.К. Денисов *(Донецк)*
Ю.Ю. Елисеев *(Саратов)*
Т.Л. Зефиров *(Казань)*
С.Е. Золотухин *(Донецк)*
Б.В. Крылов (*Санкт-Петербург*)
Н.И. Латышевская *(Волгоград)*
Г.В. Лобанов *(Донецк)*
А.Д. Луговсков *(Луганск)*
Л.В. Начева *(Кемерово)*
Е.В. Прохоров *(Донецк)*
Н.Г. Семикоз *(Донецк)*
Т.П. Тананакина *(Луганск)*
И.В. Чижевский *(Донецк)*
Д.В. Чуркин *(Донецк)*

**Ответственный за выпуск:** Д.Ю. Кустов

**Представленные к печати материалы не рецензировались, публикуются в авторской редакции, сохранена орфграфия и пунктуация оригинала. Авторы несут ответственность за достоверность и точность предоставленной информации.**
**Внесенные редакцией исправления касаются исключительно оформления публикаций.**

© Архив клинической и экспериментальной медицины (ISSN 1605 - 9360)

**Архив клинической и экспериментальной медицины**

**Периодичность:**
4 раза в год

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ДНР от 25 августа 2017 г. Серия ААА №000156

**Издатель журнала:**
ФГБОУ ВО "ДонГМУ им. М. Горького".
Рекомендовано к изданию Ученым советом ФГБОУ ВО "ДонГМУ им. М. Горького" протокол №6 от 31.08.2023 г.
Журнал включен в "Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций".
Журнал зарегистрирован и индексируется в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ).

**Дизайн, верстка, тех. сопровождение:**
Кустов Д.Ю.

Подписано в печать: 07.09.2023
Формат 60x84/8
Гарнитура Cambria.
Усл. печ. л. 5.35
Печать офсетная.
Бумага Tecnis.
Заказ №05-09 Тираж 100 экз.

**Адрес редакции:**
83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16
Телефон: (071)35-92-318
E-mail: physiolog@mail.ru

Отпечатано в типографии с оригинала макета заказчика.
ФГБОУ ВО "ДонГМУ им. М. Горького", ДНР, РФ
283003, г. Донецк, ул. Ильича, 16.

Распространяется бесплатно.

# МАТЕРИАЛЫ

# РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

# «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ КАРДИОЛОГИИ», ПОСВЯЩЕННОЙ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА С.С. ОСТРОПОЛЬЦА

29 сентября 2023 г.

г. Донецк

## СОДЕРЖАНИЕ

*Г.А. Игнатенко, А.В. Дубовая, Е.В. Бордюгова, Г.И. Баешко, Ю.В. Науменко*
ОТ СЕРДЦА К СЕРДЦУ.....6

*Г.И. Баешко, Е.В. Бордюгова, Е.Н. Марченко*
АНАЛИЗ ПРИЧИН ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ.....9

*Г.И. Баешко, Н.Н. Канана*
АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....10

*А.Д. Бакалова, Д.О. Ластков*
ОСОБЕННОСТИ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОНБАССА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....11

*А.И. Бобровицкая, Р.Ф. Махмутов, О.А. Лихобабина, Ю.В. Пошехонова, Л.А. Сухорукова*
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.....12

*Е.В. Бордюгова, А.В. Дубовая, В.Г. Конов*
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ДВУХ МОНОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКА.....13

*Е.Н. Марченко, Д.В. Валихметова*
ТЕЧЕНИЕ В -12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА.....14

*М.В. Васендина, Е.А. Егорова*
НАРУШЕНИЕ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ.....15

*О.Ф. Гаврилова*
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....16

*Ч. Ганчимэг, Н. Уянгахорол, Б. Ариунсанаа, Г. Эрдэнэтуяа*
РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ, ВЫЯВЛЯЮЩЕГО ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ У МЛАДЕНЦЕВ, РОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ Г. УЛААНБААТАРА В МОНГОЛИИ.....18

*О.И. Гармаш*
ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В САНАТОРИЙ ЗА 35 ЛЕТ.....19

*Т.А. Сиротченко, И.Н. Головина, А.В. Миргородская*
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....21

*А.В. Дубовая, В.Н. Соколов, Ю.В. Науменко*
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ.....22

*А.В. Дубовая, Н.А. Усенко, Е.В. Бордюгова, Конов В.Г.*
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ СЕПТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ.....23

*Л.В. Елисеева, А.В. Курганова, Е.Г. Семеняк, В.П. Татаурова*
БАЛЬНЕОЛЕЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ КОРРЕКЦИЮ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА.....24

*Ю.В. Каменева*
НАРУШЕНИЯ ПИГМЕНТАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....26

*М.М. Караманешта, Т.А. Сиротченко*
ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА У ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ЗАТЯЖНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА.....27

*Н.Н. Конопко, Н.А. Тонких*
ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА РАЗВИТИЕ АРИТМОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ.....28

*Н.В. Конышева, С.В. Налетов, И.А. Сидоренко, О.С. Налетова*
ПРОТИВОГРИБКОВАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ИНВАЗИВНЫМИ МИКОЗАМИ.....29

*А.В. Дубовая, Е.В. Бордюгова, В.Г. Конов, К.С. Кошеленко*
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У РЕБЕНКА С АНОМАЛИЕЙ АРНОЛЬДА-КИАРИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....30

*А.В. Курганова, Е.Г. Семеняк*
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ФАКТОРАМИ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.....31

*Д.О. Ластков, В.В. Попович*
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДОНБАССА: ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ И ПОСЛЕДСТВИЙ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫХ СОСТОЯНИЙ.....32

*Л.П. Лепихова*
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА, ВЫЗВАННОГО ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....33

*А.В. Налетов, Д.И. Масюта, Л.Ф. Чалая, Г.В. Зуева*
РОЛЬ ТОПИЧЕСКИХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА.....34

*Е.В. Пшеничная, Е.В. Астафьева*
ФИБРИНОГЕН КАК БИОМАРКЕР ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ.....36

*А.Г. Роговцова, О.В. Петренко, Д.И. Кравченко*
ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА СНА У ИНСТИТУАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ.....37

*Е.Г. Семеняк*
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КЛИМАТО-ПОГОДНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЕВПАТОРИЙСКОГО КУРОРТА НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.....39

*А.В. Дубовая, А.П. Дудчак, В.В. Сосна*
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА.....40

*Г.Э. Сухарева*
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ – КАЗУИСТИКА? (СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ).....41

*Е.Н. Толченникова, Е.В. Прохоров*
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ.....42

*Н.А. Тонких, А.В. Дубовая*
ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В ЦИФРОВУЮ ЭПОХУ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА.....43

*Н.Н. Головченко, М.Ю. Сульженко, И.В. Грабарь, И.В. Гридина, В.И. Друпова*
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ.....44

*Т.А. Сиротченко, В.В. Соннов*
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....45

*М.Ю. Сульженко, Н.Н. Головченко, А.Б. Лесина, Е.Н. Евдокимова, Д.С. Киселева, А.И. Шпак*
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭХИНОКОККОЗА У РЕБЕНКА.....46

*Г.А. Игнатенко, А.В. Дубовая, Е.В. Бордюгова, Г.И. Баешко, Ю.В. Науменко*

**ОТ СЕРДЦА К СЕРДЦУ...**

*«Как видите, я уже в курорте.*
*Здесь специально лечат сердце ваннами.*
*Какой вздор!*
***Сердце можно лечить только сердцем!»***

И.И. Левитан — Елене Карзинкиной
Наухайм, Германия, 13 мая 1897 г.

Прошло 10 лет как не стало нашего любимого учителя и наставника, основателя кафедры педиатрии факультета последипломного образования – профессора Остропольца Савелия Савельевича – Врача, Ученого, Гражданина. Стало хорошей традицией в его честь ежегодно в сентябре проводить научно-практическую конференцию по вопросам педиатрии и основным ее разделам, приглашать к участию всех, кто помнит и продолжает его дело. А помнят многие – бывшие студенты, в том числе иностранные, врачи-интерны, ординаторы, слушатели курсов повышения квалификации, сотрудники кафедры и соратники. В течение 30 лет Савелий Савельевич руководил кафедрой педиатрии (1972-2002 гг.) и 20 лет – факультетом последипломного образования (1974-1994 гг.) Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького.

Один из разделов деятельности проф. Остропольца С.С. был посвящен детской кардиологии. Воспитанник харьковской педиатрической школы был верен ее традициям и через всю жизнь пронес почтение и великую благодарность к своему учителю – профессору, член-корреспонденту АМН СССР, заслуженному деятелю науки, заведующему кафедрой госпитальной педиатрии Харьковского медицинского института – Владимиру Александровичу Белоусову, под руководством которого была выполнена его кандидатская диссертация: «Клиника нарушения кровообращения при ревматизме у детей и сравнительная оценка терапевтического действия лантозида и коргликона» (1962 г.). Докторская диссертация Савелия Савельевича тоже посвящена детской кардиологии: «Состояние сердечнососудистой системы и функции почек при хронической пневмонии у детей» (1971 г.). Научным руководителем работы был проф. Ефим Моисеевич Витебский.

Среди многих работ проф. Остропольца С.С. (более 480 научных работ) на долгие годы настольной книгой педиатров стали:

Остропольць С.С. Профілактика уражень серця і судин у дітей і підлітків / С.С. Остропольць, Л.І. Золотова, Н.В. Нагорна. – Київ: Здоров'я, 1990. – 94 с.

Остропольц С.С. Приобретенные невоспалительные поражения органов кровообращения у детей и подростков / С.С. Остропольц, Л.И. Золотова, Н.В. Нагорная. – Киев: Здоров'я, 1991. – 168 с.

Остропольц С.С. Крупномасштабная электрокардиография у детей / С.С. Остропольц, В.Н. Буряк. – Донецк, 1994. – 47 с.

Остропольць С.С. Легеневе серце / С.С. Остропольць // Медицина дитинства: в 4 томах: навчальний посібник для інтернів вищих медичних закладів III-IV рівнів акредитації / А.А. Андрущук, М.Л. Аряєв, С.С. Остропольць та ін.; за ред. П.С. Мощига. – Київ: Здоров'я, 1999. – Т.4, кн. 3. – С. 334-342.

Остропольць С.С. Міокардіодістрофія / С.С. Остропольць, Н.В. Нагорна // Медицина дитинства: в 4 томах: навчальний посібник для інтернів вищих медичних закладів III-IV рівнів акредитації / А.А. Андрущук, М.Л. Аряєв, С.С. Остропольць та ін.; за ред. П.С. Мощича. – Київ: Здоров'я, 1999. – Т.4, кн. 1. – С. 101-121.

Остропольц С.С. Сердечные легкие / С.С. Остропольц. – Донецк: Норд-Пресс, 2005. – 104 с.

Кардіологія дитячого та підліткового віку: науково-практичний посібник / П.С. Мощич, Ю.В. Марушко, С.С. Остропольць та ін.; за ред. П.С. Мощича, Ю.В. Марушка. – Київ: Вища школа, 2006. – С. 418 с.

Остропольц С.С. Миокард. Структура и функция в норме и патологии / С.С. Остропольц. – Донецк: Норд-Пресс, 2007. – 210 с.

Широкую известность получили его работы об особенностях поражения органов кровообращения при бронхолегочной патологии, приобретенных невоспалительных заболеваниях сердечнососудистой системы у детей, критериях диагностики скрытой функциональной недостаточно-

сти сердечной мышцы. Савелий Савельевич разработал уникальный алгоритм оказания неотложной помощи детям при осложненных пневмониях, острой сердечной недостаточности, что позволило значительно снизить смертность по данной патологии в нашем регионе.

Вместе с д.мед.н. Л.И. Золотовой им была разработана классификация миокардиодистрофий, которой пользовались на территории Советского Союза. Под его руководством выполнены 3 докторские и 12 кандидатских диссертаций. Некоторые из них посвящены детской кардиологии:

Золотова Л.И. Функциональное состояние сердечно-соудистой системы и некоторые показатели тканевой реактивности при ревматизме и тонзилогенной кардиомиопатии у детей: автореф. дис. … канд. мед. наук: спец. 14.00.09 / Л.И. Золотова; Донецкий гос. мед. ин-т им. М. Горького. – Донецк, 1976. – 15 с.

Золотова, Л.І. Миокардиодистрофия у детей (клиника, диагностика, реабилитация): автореф. дис. … докт. мед. наук: спец. 14.00.09 / Л.І. Золотова; Донецкий мед. ин-т им. М. Горького. – Донецк, 1994. – 30 с.

Нагорная Н.В. Клинико-функциональная характеристика сердечно-сосудистой системы детей и подростков с нарушениями сосудистого тонуса: автореф. дисс. канд. мед. наук: спец. 14.00.09 / Н.В. Нагорная; Киев, 1982.

Нагорная Н.В. Немедикаментозная терапия и профилактика нейроциркуляторной дисфункции у детей и подростков: автореф. дисс… докт. мед. наук: спец. 14.00.09 / Н.В. Нагорная; Киев, 2001.

Ермолина Л.В. Критерии оценки функционального состояния миокарда у детей с врожденными пороками сердца: автореф. дисс. канд. мед. наук: спец. 14.00.09 / Л.В Ермолина; 1983.

Соколов В.Н. Функциональное состояние миокарда при ревматоидном артрите у детей: автореф. дисс. канд. мед. наук: спец. 14.00.09 / В.Н. Соколов; 1987.

Буряк В.Н. Крупномасштабная электрокардиография в оценке состояния биоэлектрической активности миокарда у детей в норме и патологии: автореф. дисс. канд. мед. наук: спец. 14.00.09 / В.Н. Буряк; 1996.

Баешко Г.И. Особенности сердечно-сосудистой системы у детей, рожденных от юных матерей: автореф. дисс. канд. мед. наук: спец. 14.00.09 / Г.И. Баешко; 2001.

Лиос Амад (гражданин Сирии), успешно защитил кандидатскую диссертацию: «Состояние биоэлектрической активности миокарда в хронобиологическом аспекте у детей с вегетососудистой дистонией».

Научная направленность работы кафедры с момента ее организации соответствовала требованиям современного этапа развития педиатрии и имела непосредственный выход в практику детского здравоохранения. Работы нового поколения сотрудников кафедры, пришедших после 2000 г., выполненные под руководством ученицы и соратника проф. Остропольца С.С. – проф. Нагорной Н.В., тоже посвящены различным проблемам детской кардиологии. Некоторые из них:

Дубовая А.В. Качество жизни и пути его улучшения у детей с нарушениями ритма сердца: дис. ... канд. мед. наук (14.01.10) / А.В. Дубовая; Донецкий мед. ун-т. – Донецк, 2007. – 192 с.

Пшеничная Е.В. Характеристика нарушений ритма сердца и прогноз их осложнений у детей: дис. ... канд. мед. наук (14.01.10) / Е.В. Пшеничная; Донецкий мед. ун-т. – Донецк, 2007. – 208 с.

Дудчак А.П. Ранняя диагностика и прогнозирование течения первичной артериальной гипертензии у детей: дис. ... канд. мед. наук (14.01.10) / А.П. Дудчак; Донецкий мед. ун-т. – Донецк, 2009. – 182 с.

Виноградов, К.В. Тактика лечения детей с врожденными пороками сердцами при различном течении персистирующей инфекции [Текст] : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.10 / К.В. Виноградов; Донецкий мед. ун-т. – Донецк, 2010. – 185 с.

Тонких Н.А. Дифференцированный подход к диагностике, лечению и профилактике синкопе кардиоваскулярного генеза у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.10 / Н.А. Тонких: Донецкий мед. ун-т. – Донецк, 2013. – 22 с.

Конопко Н.Н. Прогнозирование и профилактика осложнений идиопатической экстрасистолии у детей [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.10 / Н.Н. Конопко; Донецкий мед. ун-т. – Донецк, 2013. – 21 с.

Сотрудниками кафедры на протяжении многих лет осуществлялась и осуществляется лечебно-консультативная помощь детскому населению г. Донецка и Донецкого региона на клинических базах и ежедневно в консультативной поликлинике Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака. Благодаря проф. Пшеничной Е.В., доцентам Дудчак А.П. и Тонких Н.А., асс. Конопко Н.Н. были внедрены и успешно используются новые способы диагностики нарушений ритма сердца у детей. Суточное мониторирова-

ние электрокардиограммы и артериального давления позволили выявлять скрытые формы аритмий, диагностировать редкие нарушения ритма сердца, в т.ч. жизнеугрожающие, артериальную гипо- и гипертензию. В повседневную работу кафедры вошли тредмил-тест и тилт-тест, который был впервые на Украине внедрен на нашей кафедре. Практика проведения тилт-теста позволила дифференцировать причины синкопальных состояний, способствовала развитию детской кардионеврологии в Донецке. Методика чреспищеводной электрокардиостимуляции стала обычной в работе отделения кардиологии и кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака (кардиолог/кардиохирург Сысоева Н.Л.). На нашей кафедре, одной из первых на Украине, стали применять β-блокаторы в лечении ювенильных гемангиом (перорально и местно). Этой методикой владеют все сотрудники кафедры. Вышло в свет учебное пособие: Детская кардиология, часть 1 / Е.В. Пшеничная, Н.А. Тонких, Е.В. Бордюгова и др. – Донецк: изд-во «Ноулидж», 2020. – 278 с.

С 2021 г. кафедру возглавляет проф. Дубовая А.В., под руководством которой опубликовано 435 печатных работ, 8 монографий, 5 учебных пособий, подготовлено 386 докладов на конференциях различного уровня, получено 16 рационализаторских предложений. Под руководством проф. Дубовой А.В. подготовлено и защищено 2 докторских и 4 кандидатских диссертации, две из них посвящены детской кардиологии:

Науменко Ю.В. Первичная лабильная артериальная гипертензия у детей: прогнозирование риска прогрессирования, качество жизни и пути его улучшения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: (14.01.08) / Ю.В. Науменко; Донецкий мед. ун-т. – Донецк, 2021. – 26 с.

Колесникова Н.А. Характер психовегетативных изменений и их лечебно-реабилитационная коррекция у подростков с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы: автореф. дис. ... канд. мед. наук: (14.01.08) / Н.А. Колесникова; Донецкий мед. ун-т. – Донецк, 2022. – 26 с. (Интернатура по педиатрии на нашей кафедре).

За период 2021-2023 гг. на кафедре проведен анализ состояния сердечно-сосудистой системы у детей Донецкой Народной Республики, оценена динамика распространенности кардиоваскулярных заболеваний, оптимизирован объем и последовательность методов функциональной диагностики для их раннего выявления. Обоснованы и внедрены схемы коррекции сопутствующей патологии. Совместно с сотрудниками отделения детской кардиологии и кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака создан и ведется единый реестр пациентов с врожденными пороками сердца.

В настоящее время исследуются адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы у детей в отдаленном периоде после оперативной коррекции врожденных пороков сердца, разрабатываются рекомендации по их повышению с применением дозированных физических нагрузок и препаратов с антиоксидантным действием. Преподавателями кафедры внедрены инновационные направления в лечении и профилактике артериальной гипертензии в детском возрасте, а именно исследование уровня содержания кальцидиола в сыворотке крови с последующей коррекцией, содержание аминокислотного профиля в сыворотке крови и в моче, полиморфизма генов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. На данный момент изучаются эффекты интервальной нормобарической гипокситерапии при различных нозологиях, в том числе кардиального профиля.

Таким образом, проф. Остропольц Савелий Савельевич – один из основателей детской кардиологии Донбасса. Мы гордимся своей причастностью к его школе и ежедневной практической работой продолжаем его дело. В наших силах бережно хранить традиции прошлого, дополняя их достижениями современности. Мы, теперь уже российские специалисты, отвечающие за подготовку детских врачей, детских кардиологов в полной мере понимаем свою ответственность и помним, что «Сердце можно лечить только сердцем!».

*Г.И. Баешко, Е.В. Бордюгова, Е.Н. Марченко*

# АНАЛИЗ ПРИЧИН ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*

Анемия является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний детского возраста. Среди всех форм анемии до 80% приходится на долю железодефицитной анемии (ЖДА). Ферродефицит приводит к нарушению жизненно важных функций детского организма и имеет отдаленные последствия. В связи с этим, врачу-педиатру необходимо своевременно диагностировать железодефицитное состояние и назначить раннюю и адекватную терапию.

*Цель исследования:* изучение частоты и причин возникновения ЖДА у детей раннего возраста, получивших стационарное лечение в Институте неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака (ИНВХ).

## Материалы и методы

Проведен анализ медицинской документации 49 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 3 лет, находившихся в онкогематологическом отделении для детей ИНВХ 2014-2020 гг. по поводу ЖДА и анкетирование родителей для уточнения причин возникновения заболевания.

## Результаты и обсуждение

Среди обследованных пациентов преобладали лица мужского пола: мальчиков –36 (73,5%), девочек – 13 (26,5%). Смешанный характер анемии отмечался у 4 детей: в 3-х случаях дефицит железа сочетался с дефицитом витамина В12; у одного ребенка имела место железо-фолиеводефицитная анемия. У 47 (95,9%) детей анемия являлась основным диагнозом, в 2 (4,1%) – носила вторичный характер, так как пациенты перенесли оперативную коррекцию по поводу атрезии кишечника. Анемия легкой степени диагностирована у 6 (12,2%) пациентов, средней – у 8 (16,3%), тяжелой – у 35 (71,5%).

У детей раннего возраста среди причин развития ЖДА можно выделить антенатальные и постнатальные факторы. У 9 (18,3%) матерей имел место отягощенный акушерский анамнез. У 12 (24,5%) диагностирована анемия беременных разной степени тяжести. Двое детей родились преждевременно. На грудном вскармливании находились 11(26,5%) больных, на смешанном – 2(4%), остальные переведены на искусственное вскармливание в первые 3 месяца жизни. У 8 (16,3%) пациентов в качестве основного вида питания использовали цельное коровье или козье молоко, а у 16 (32,6%) – молочную кашу из манной крупы. Дети имели погрешности в питании из-за позднего введения прикорма в 25 (51,0%) случаях.

При поступлении родители всех пациентов предъявляли жалобы на бледность кожных покровов, снижение аппетита – у 21 (42,8%) ребенка, вялость – у 11 (22,4%), у 2 (4,0%) детей имели место обморочные состояния. У 6 (12,2%) больных отмечался субфебрилитет, у 3 (6.12 %) плохая прибавка в массе, срыгивания и рвота.

Результаты анкетирования родителей позволили заключить, что несбалансированный характер питания у всех детей с ЖДА связан с особенностями социально-экономической ситуации в регионе.

*Выводы*. Проведенное исследование показало, что дети раннего возраста, находящиеся на нерациональном искусственном вскармливании, с поздним введением прикормов, испытывают дефицит железа разной степени выраженности.

Важную роль в развитии ферродефицита играют пренатальные факторы: угроза прерывания беременности и анемия беременных.

Раннее выявление дефицита железа у беременных, профилактические мероприятия, разъяснительная работа о необходимости рационального вскармливания ребенка, информирование родителей о негативных последствиях длительно текущей анемии являются ключевыми в решении данной проблемы.

*Г.И. Баешко, Н.Н. Канана*

# АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*

Дисплазия соединительной ткани у детей широко распространена. По данным современной статистики от 10 до 70% населения земного шара страдают данной патологией. В России дисплазия выявляется у каждого 10-го ребенка. Синдром дисплазии соединительной ткани – это врожденное состояние, в основе которого лежит возникновение мутации генов, отвечающих за развитие компонентов соединительной ткани. Протекает данный синдром с полисистемным поражением так, как соединительная ткань является составляющей практически всех основных органов и систем и характеризуется многоликой клинической картиной.

Выраженность клинических симптомов зависит от нескольких факторов:

- вида мутации генов и их качества;
- типа пораженной ткани;
- характера нарушений на этапе нарушения соединительной ткани.

Наиболее частой проблемой является наличие у ребенка недифференцированной дисплазии соединительной ткани. У данной категории пациентов чаще всего диагностируются патологические изменения сердечно-сосудистой системы в виде:

- малых структурных аномалий: пролапса митрального клапана, аномально расположенных хорд в желудочках сердца, открытого овального окна и др.,
- аневризм, патологической извитости сосудов, варикозного расширения вен, наличия телеангиоэктазий, нарушения тонуса сосудистой стенки,
- идиопатической артериальной гипотензии.

Одним из частых кардиальных изменений, сопровождающих дисплазию соединительной ткани, является аритмический синдром.

*Цель:* анализ нарушений ритма сердца у детей с дисплазией соединительной ткани.

## Материал и методы

Всего обследовано 110 детей в возрасте от 6 до 18 лет, проживающих на территории Донбасса в условиях хронического стресса с 2014 г. по июнь 2023 г. Девочек было 74 чел., мальчиков - 36 чел. Всем детям выполнялась стандартная ЭКГ, ЭХОКГ и ХМ. Наблюдение проводилось в динамике каждый год. Длительность наблюдения составила 8,5 лет (2014-2023 гг.)

## Результаты

По данным ЭХОКГ структурные изменения в миокарде выявлены у 77 (70%) пациентов. Чаще всего выявляли пролапс митрального клапана (ПМК) – 65 (59%) реб., открытое овальное окно (ООО), врожденные пороки сердца составили – 2 (1,8%) реб., аномально расположенные хорды в левом желудочке – 50 (45%) реб., аневризматическое выпячивание межпредсердной перегородки – у 5(4,5%) детей.

По данным стандартной ЭКГ и ХМ чаще выявлялись следующие нарушения ритма сердца: наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭ) – 36%: одиночных – 78%, парных – 6% и групповых – 4%, а так же желудочковых экстрасистол (ЖЭ) до 12%. Нарушения проводимости сердца регистрировались у 8 (7,2%) детей с врожденными пороками сердца, которые были предсталены в виде: СССУ, АВ блокады 1-3 степени. Жизнеугрожающие нарушения ритма в виде ЖЭ 3-5 градаций по Лауну встречались у 4 (3,6%) детей. У 2 (1,8%) пациентов регистрировался синдром WPW.

*Выводы.* Отмечается корреляция наличия аритмического синдрома и дисплазии соединительной ткани. Наиболее часто выявляются малые структурные аномалии: ПМК, ООО.

*А.Д. Бакалова, Д.О. Ластков*

# ОСОБЕННОСТИ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ ДОНБАССА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*

*Цель работы* состояла в оценке распространенности и заболеваемости детей экокризисного региона в условиях локального военного конфликта.

## Материалы и методы

В качестве показателя загрязнения окружающей среды была выбрана концентрация 12 тяжелых металлов (ТМ) и металлоидов в почве, проведено ранжирование всех районов г. Донецка. Выполнены расчет и анализ уровней заболеваемости и распространенности болезней органов пищеварения среди детей с учетом возрастных и гендерных различий по самому «загрязненному» окраинному (Б.) и «чистому» центральному (В.) районам (не пострадавшим от боевых действий до 2022 г.) в сравнении с районами К. (центральный пострадавший) и Кир.(окраинный из зоны военного конфликта), и среднегородскими показателями в течение 3-х временных периодов: довоенного (I), переходного военного – начала боевых действий (II – 2014-2016 гг.) и последующего стабильного военного (III) Для расчета интенсивных показателей использовались официальные учетно-статистические документы (форма №12), данные о среднегодовой численности различных групп детей, которые обслуживались учреждениями здравоохранения по районам. Различия между показателями довоенного и военных периодов, возрастными и гендерными группами, городскими районами оценивались методом множественных сравнений Шеффе. Рассчитаны коэффициенты корреляции ($p<0,05$) между максимальной кратностью превышения концентрации тяжелых металлов в почве каждого района и показателями состояния здоровья детей.

## Результаты и обсуждение

В течение всего анализируемого периода наблюдалась общая тенденция к превалированию показателей школьников (7-14 лет) над дошкольниками (0-6 лет): по распространенности различия были достоверны по городу и всем районам за исключением центральных – контрольного В.(I-III) и К.(III); по заболеваемости значимые отличия отмечены только в районе В.(II) Если в районе К. довоенные уровни распространенности и заболеваемости достоверно превышали таковые в оба военных периода, то в районе Кир. показатели III периода были значимо больше, чем в I-II. По распространенности определялась общая тенденция преобладания показателей среди мальчиков (достоверно в районах В.-I и Кир.-II), по заболеваемости четкая тенденция отсутствует, но по району К. наблюдаются противоположные гендерные соотношения (значимо во II периоде). Уровни распространенности болезней органов пищеварения в первые два периода были максимальными у детей всех групп в центральных районах В. и К. (по-видимому, обусловлено миграционными процессами), в III периоде, напротив, наибольшие показатели отмечаются в районе Кир. (отсроченное влияние военного дистресса) и в одном из центральных районов. Уровни заболеваемости в довоенный период определяли загрязненные районы К. и Кир., с началом локального военного конфликта – загрязненные районы Б. и К., в III периоде – аналогично распространенности. Межрайонные различия были достоверны. Во II периоде отмечена слабая связь показателей заболеваемости с содержанием фосфора (группа дошкольников) и стронция (группа школьников), в III – сильная связь с концентрацией таллия как по распространенности ($r=0,757$, $p<0,05$), так и по заболеваемости ($r=0,780$, $p<0,02$), а также слабая связь заболеваемости с ртутью (обе гендерные группы и дошкольники).

*А.И. Бобровицкая, Р.Ф. Махмутов, О.А. Лихобабина, Ю.В. Пошехонова, Л.А. Сухорукова*

# НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*

Вирус SARS-CoV-2 представляет определенную опасность в отношении декомпенсации имеющихся хронических заболеваний, как в ходе острой инфекции, так и после купирования основных симптомов заболевания. Мультисистемный воспалительный синдром у данных детей может возникать через несколько (2-6) недель после перенесенной COVID-19 инфекции и характеризоваться изменениями психического состояния, спутанностью сознания; поражением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

*Цель исследования.* Изучить особенности течения COVID-19 у детей с поражением желудочно-кишечного тракта.

## Материалы и методы

Нами проанализированы клинические особенности течения COVID-19 инфекции у 35 детей (в возрасте от 6 мес до 18 лет), с поражением ЖКТ. Детей до 1 года жизни было 18 (51,42%), раннего возраста (1-3 года) – 8 (22,85%), дошкольного – 6 (17,14%) и школьного – 3 (8,57%). Все дети имели контакт с подтвержденной COVID-19 инфекцией у родителей. В зависимости от эпидемиологического анамнеза обследованные пациенты были разделены на 3 группы риска. Высокий риск – тесный семейный контакт, имевший предполагаемый (или подтвержденный) случай COVID-19 инфекции в течение 14 дней до начала их заболевания. Средний риск – наличие семейного случая пневмонии в семье. Низкий риск – отсутствие случаев COVID-19 инфекции за пределами семьи. Подозрительный случай оценивали у детей из группы высокого риска при наличии 2 синдромов: лихорадка; поражение респираторного тракта, или ЖКТ (рвота, тошнота диарея). Оценивали характер изменений в гемограмме (лейкопения и лимфоцитоз, повышенный уровень С-реактивного белка). Для детей, входящих в группу среднего или низкого риска, аналогичные диагностические критерии применялись после исключения инфекций дыхательных путей другой этиологии.

## Результаты и обсуждение

Анализ случаев COVID-19 инфекции позволяет выявить различные проявления болезни: поражения органов дыхания, ССС, ЖКТ и других систем организма, так как этот вирус SARS-CoV-2 взаимодействует преимущественно с рецепторами АПФ-2, присутствующих в клетках слизистой ЖКТ и эндотелии кровеносных сосудов. Очень трудно определить связаны ли нарушения в состоянии здоровья с инфекционным агентом или с проводимой терапией. Основными клиническими проявлениями болезни являлись: температура тела (37,5–37,9$^0$С), жидкий стул (5-12 раз в сутки), однократная рвота. На фоне проводимой терапии (в амбулаторных условиях) продолжительность указанных симптомов колебалась в пределах 7-12 дней.

Нами установлено, что COVID-19 способен нарушать микробиоту кишечника, обогащая его условно-патогенными микроорганизмами. Большое количество в кишечнике *Faecalibacterium prausnitzii* обратно коррелирует с тяжестью COVID-19. Дети назначали терапию в соответствии с действующими стандартами и рекомендациями по лечению COVID-19 инфекции. Доказана необходимость применения: растворов, обеспечивающих осмолярность 220–250 мОсмоль/л., для лечения диареи (улучшает всасываемость жидкости, снижает нагрузку на почки и миокард, способствует более быстрому купированию эксикоза); энтеросорбентов (выведение токсичных метаболитов и возбудителей, улучшая функциональное состояние ЖКТ; пробиотиков.

*Выводы.* Появление вируса SARS-CoV-2 поставило новую задачу – определить эффективные подходы для коррекции диарей в случаях отсутствия лабораторного подтверждения этиологического фактора и сочетания различных возбудителей.

Стрессс-индуцированные состояния во время пандемии COVID-19 инфекции диктуют необходимость комплексного решения для последующего прогнозирования и эффективного проведения профилактических мероприятий.

*[1]Е.В. Бордюгова, [1]А.В. Дубовая, [2]В.Г. Конов*

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ДВУХ МОНОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКА

*[1]ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*
*[2]ФГБУ ИНВХ имени В.К. Гусака МЗ РФ*

Синдром Жильбера – распространенная наследственная (2q37) неконъюгационная гипербилирубинемия, обусловленная снижением активности уридиндифосфат-глюкуронилтрансферазы в печени, проявляющаяся чаще у лиц мужского пола периодическими эпизодами желтухи, диспепсии и астении. У детей с синдромом Жильбера часто встречаются признаки соединительнотканной дисплазии. Возможно сочетание синдрома Жильбера с наследственными нарушениями соединительной ткани – синдромом Элерса-Данлоса (2q32), т.е. картированы на одной хромосоме, и синдрома Марфана (15q21.1).

Цель нашей работы – представить клинический случай сочетания синдрома Жильбера и синдрома Марфана у пациента подросткового возраста.

Пациент поступил в кардиохирургический стационар в возрасте 17 лет с жалобами на одышку при физической нагрузке, быструю утомляемость, головокружение, усиливающиеся при перемене положения тела, повышение артериального давления, периодически боль в области сердца колюще-давящего характера. Считал себя больным с 10-летнего возраста, когда стала беспокоить кардиалгия, а при эхокардиографии выявлена недостаточность аортального клапана, расширение корня аорты и незначительное увеличение полости левого желудочка.

Мальчик от II беременности, протекавшей без особенностей, II родов в срок. Масса при рождении 3300,0 г. Рос и развивался без особенностей. С 12 лет находился на диспансерном учете по поводу гастроэзофагеальнорефлюксной болезни, хронического гастродуоденита, дискинезии желчевыводящих путей, синдрома Жильбера (умеренное повышение уровня общего билирубина за счет непрямого, краевая иктеричность склер, положительный генетический анализ). В семейном анамнезе у мамы и бабушки по материнской линии гипертоническая болезнь. Родители пациента высокого роста, не обследованы.

С первых лет жизни у пациента отмечалась высокорослость, арахнодактилия, сколиоз, деформация грудной клетки, нарушение прикуса, деформация желчного пузыря повышенная утомляемость после физической нагрузки. Указанные изменения были расценены как марфаноподобный фенотип. На фоне второго физиологического вытяжения пациент прибавил в росте до 20 см. Размах рук превысил рост на 3,0 см. Голова долихоцефалической формы, лицо удлинённое, ретрогнатия, высокое небо, диспластический рост зубов. Имела место долихостеномелия, положительный симптом запястья и большого пальца. Кожные покровы, видимые слизистые бледные, на спине атрофические стрии. Обращала внимание пульсация сосудов шеи и эпигастральной области. Левая граница сердца смещена до передней аксиллярной линии, верхушечный толчок усилен. Деятельность сердца ритмичная, ЧСС - 100 уд/мин, АД 140/50 мм рт. ст. на обеих руках. На верхушке и вдоль левого края грудины выслушивался диастолический шум, акцент и расщепление II тона над аортой. Пульс на бедренных артериях удовлетворительных свойств. Живот мягкий, печень на 1,0 см ниже реберной дуги. Клинический диагноз: «Синдром Марфана, аортальная недостаточность II-III ст., дилатация восходящей аорты, ХСН IIA. Синдром Жильбера». Диагноз подтвержден в медикогенетическом центре.

В связи с дилатацией восходящего отдела аорты и некомпетентностью аортального клапана проведено протезирование восходящего отдела аорты и аортального клапана по Bentall de Bono с реимплантацией устьев коронарных артерий. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Особенностью клинического случая является редкое сочетание двух моногенных заболеваний – синдрома Марфана и синдрома Жильбера.

*Е.Н. Марченко, Д.В. Валихметова*

# ТЕЧЕНИЕ В12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*

На сегодняшний день В-12 дефицитная анемия остается плохо диагностируемой врачами – педиатрами первичного звена, что не дает достоверной информации о распространенности В-12 дефицитной анемии среди детей в Российской Федерации. Причинами В-12 дефицитной анемии чаще являются низкое поступление витамина В-12 с пищей. Реже нарушение всасывания в ЖКТ и наследственные заболевания с В-12 дефицитной анемией, что представляет собой важное диагностическое значение для практикующих врачей-педиатров.

*Цель работы:* анализ клинического случая В-12 дефицитной анемии у ребенка 4 месяцев.

## Материалы и методы исследования

Проведен анализ амбулаторной карты развития и истории болезни ребенка 4 месяцев, находившейся на стационарном лечении в Институте неотложной и восстановительной хирургии (ИНВХ) им. В.К. Гусака в отделении детской онкогематологии.

## Результаты исследования

Ребенок поступил в клинику с жалобами матери на снижение аппетита, плохую прибавку массы тела, бледность кожных покровов с желтушным оттенком, вялость, адинамию. При осмотре обращает на себя внимание выраженная бледность кожных покровов и видимых слизистых, с восковидным оттенком. Правильного телосложения, пониженного питания Гипотрофия I ст. Тургор тканей снижен, выражена мышечная гипотония. Ребенок безэмоционален, неуверенно держит голову, неохотно, непродолжительно гулит, не пытается поворачиваться со спины на живот. Перкуторно над легкими - ясный легочный звук, аускультативно выслушивается пуэрильное дыхание. Частота дыхания 25 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 124 в минуту. Выслушивается систолический шум на верхушке и в V точке. Печень выступает на 1,5 см ниже реберной дуги, край эластичный. Селезенка на 2 см выступает из-под края реберной дуги, эластичная, безболезненная.

При опросе было выявлено, что мать ребенка долгое время страдает анемией, периодически отмечает желтушность склер, не обследована. Вирусный гепатит в анамнезе отрицает. Мальчик находится на естественном вскармливании.

Из анамнеза известно, что мальчик от III беременности, протекавшей с угрозой прерывания, I срочных родов, масса тела при рождении 2800 г, родился с признаками внутриутробной задержки развития плода.

В клинике ребенок обследован: общий анализ крови при поступлении – эр. 1,3 Т/л, Нв 51г/л, ц.п 1,2, ретикулоциты 0,4%, Л - 4,0 Г/л, э - 3, с - 7, л - 84, м - 6, тромбоциты - 88 Г/л., СОЭ - 19 мм/час.

Миелограмма: бласты - 6,5%; лимфоидные клетки - 10,0%; гранулоцитарный ряд: 38%; лимфоциты - 8,25%; моноциты - 2,5%; плазматические клетки - 0,25%; эритроидный ряд - 45%; мегакариоцитарный ряд: функция и количество мегакариоцитов снижены. Наблюдается полисегментация ядер мегакариоцитов.

Наблюдаются митозы клеток эритроидного ростка, гигантские палочкоядерные нейтрофилы, встречаются тельца Жолли.

Была назначена терапия: цианокобаламин 1 мг/кг/сут, мальтофер, витамин Е, кальциум – Д 3.

Выполнен контрольный анализ крови на 8 день: эр - 3,26 Т/л, Hb - 104 г/л, ц.п.: 0,9; рет. - 12‰; тромбоциты - 672 Г/л; Л - 6,8 Г/л; мц - 1; э - 3; п - 1; с - 38; л - 49; м - 8; СОЭ 5 мм/ч.

Таким образом, развитие В-12 дефицитной анемии у ребенка 4 месяцев, обусловлено отягченным анамнезом и недостаточным поступлением витамина в организм.

*[1]М.В. Васендина, [2]Е.А. Егорова*

# НАРУШЕНИЕ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЁННЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

*[1]ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Свт. Луки» МЗ РФ*
*[2]ГУ «ЛГДМБ №3» ЛНР*

Особую актуальность представляет поиск и исследование предикторов возникновения церебральной дисфункции у детей в раннем неонатальном периоде, а также взаимосвязь гемодинамических изменений и функциональности регулирующих систем новорождённого. Не менее важным является изучение вопросов сопряжённости внутриутробной гипоксии и гемодинамических нарушений.

В связи с этим, целью нашей работы стало изучение развития церебральной дисфункции у новорождённых, перенесших внутриутробную гипоксию.

## Материалы и методы

Под наблюдением находились 123 новорождённых детей, перенесших внутриутробную гипоксию и переведённых на второй этап выхаживания на базе ГУ «ЛГМДБ№3» ЛНР. В ходе исследования ретроспективно были проанализированы следующие документы: обменная карта беременной, история развития новорождённого ребёнка. Всем детям проводили динамическую нейросонографию и электроэнцефалографию для сравнительной оценки состояния здоровья новорождённых.

## Результаты и обсуждение

Анализ полученных данных показал, что у 98 (79,67%) новорождённых наблюдался синдром угнетения функции ЦНС, который проявлялся снижением рефлексов периода новорождённости, двигательной активности и мышечного тонуса. На ЭЭГ у этих детей выявлялись очаги медленной активности и редукции корковой ритмики. Синдром гипервозбудимости был выявлен в 16,26% случаев (у 20 исследуемых детей). У 62 (50,41%) детей отмечался гипертензионный синдром, который выражался частыми срыгиванием, нарушением сна и положительным симптомом Грефе. На долю судорожного синдрома пришлось 18,69% случаев (у 23 детей), при этом у этой группы детей при проведении электроэнцефалографии наблюдались признаки пароксизмальных изменений. При оценке результатов нейросонографии у 37 детей (30,08%) структурной патологии головного мозга не выявлено, у 51 (41,46%) ребёнка – выявлены признаки незрелости центральной нервной системы и у 11 (8,94%) обнаружены признаки ликвородинамических нарушений.

*Выводы.* Данные клинических исследований свидетельствуют о влиянии внутриутробной гипоксии на развития церебральной дисфункции у новорождённых детей. Установлена более высокая частота развития синдрома угнетения функции ЦНС и гипертензионного синдрома у исследуемых детей, перенесших внутриутробную гипоксию.

*О.Ф. Гаврилова*

# ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ И ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

*ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», Евпатория, Республика Крым*

*Цель исследования:* анализ в сравнительном аспекте кристаллограмм детей с рецидивирующим бронхитом и с хроническим тонзиллитом, в динамике до и после санаторно-курортного лечения.

## Материалы и методы

В исследование было взято 76 детей с рецидивирующим бронхитом, находившихся на санаторно-курортном лечении в ГБУ РК «Санаторий для детей и детей с родителями «Радуга». Лечебный комплекс включал: климатолечение, ЛФК, адекватный двигательный режим, массаж мышц спины, электрофорез рапы на грудную клетку, ингаляции с календулой и ароматерапию. Вторая группа детей с хроническим тонзиллитом в количестве 50 детей из евпаторийского санатория «Смена» получала комплекс санаторно-курортного лечения, который включал адекватный санаторно-курортный I или II режим, сбалансированное полноценное питание, климатолечение соответственно возрасту и сезону года, гальваногрязевые аппликации на область подчелюстных лимфоузлов, а также тепловлажные ингаляции минеральной воды. Были проведены исследования кристаллограмм слюны в динамике до и после санаторно-курортного лечения. Суть кристаллографического метода состоит в анализе фигур кристаллизации, образующихся при высушивании слюны. Изучение твердокристаллических структур проводили микрометодом кристаллизации слюны на предметном стекле. В качестве кристаллообразующего вещества использовали 0,9% раствор NaCl. Характер кристаллографического рисунка учитывали при 70-75% однотипности структур в препарате. Кристаллографический рисунок слюны с 0,9% раствором NaCl у здорового ребёнка представлен в виде разрозненных кристаллов NaCl. При различной патологии или аллергизации организма по характеру кристаллографических рисунков слюны можно косвенно судить о наличии в организме воспалительного процесса или аллергического компонента. Если количество разветвленных систем в кристаллографическом рисунке было меньше 70%, воспалительный процесс считали слабо выраженным.

## Результаты

До лечения у детей с рецидивирующим бронхитом кристаллографические исследования позволили выявить выраженный воспалительный процесс у 48% детей, наличие аллергического компонента у 40%, слабовыраженный воспалительный процесс у 2% и только у 10% детей кристаллографический рисунок соответствовал нормальному состоянию здоровья. После проведенного курса лечения определялась благоприятная динамика в нормализации кристаллического рисунка слюны. Так количество детей с выраженным воспалительным процессом снизилось до 19%, у 39% воспалительный процесс выявился в слабовыраженной форме. Количество больных с аллергическим компонентом снизилось до 17%. Число детей с нормальным кристаллографическим рисунком возросло с 10% до 25% после лечения.

В группе детей с хроническим тонзиллитом в кристаллограммах воспалительный процесс также выявлялся у 50% детей, слабовыраженный воспалительный процесс у 5%, наличие аллергического компонента у 30% детей и лишь у 15% - кристаллограммы соответствовали норме. После лечения определялась более благоприятная тенденция к нормализации состояния здоровья по анализу кристаллограмм в данной группе обследованных детей. Так количество детей с воспалительным процессом снизилось до 12%, у 47% детей уменьшилась активность воспалительного процесса, значительно снизилось число детей с наличием в организме аллергического компонента до 6%, а также у 35% детей кристаллограммы показали нормализацию состояния здоровья.

Таким образом, анализ кристаллографических рисунков слюны детей дан-

ных групп при поступлении на санаторно-курортное лечение показал наличие в организме воспалительного процесса у половины детей (48-50%). Число детей, имеющих в организме аллергический компонент, составляло от 30% до 40%. Курс санаторно-курортного лечения оказал благоприятное воздействие на состояние организма данной категории больных, значительно уменьшив количество детей с воспалительным процессом (12-19%), а также снизив аллергизацию организма. У 35% детей с хроническим тонзиллитом после санаторно-курортного лечения кристаллограммы соответствовали нормальной картине. Однако следует отметить, что кристаллографический метод должен рассматриваться как дополнительный диагностический тест, трактовку его результатов следует обязательно проводить в комплексе с другими лабораторными и клиническими исследованиями.

*Ч. Ганчимэг, Н. Уянгахорол, Б. Ариунсанаа, Г. Эрдэнэтуяа*

# РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ, ВЫЯВЛЯЮЩЕГО ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ У МЛАДЕНЦЕВ, РОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ Г. УЛААНБААТАРА В МОНГОЛИИ

*Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук*

Распространённость первичного врождённого гипотиреоза (ПВГ) в мире колеблется от 1:1000 до 1:7336, а средняя заболеваемость ПВГ при скрининге новорожденных составляет 1:4000.

В развивающихся странах Восточной Азии ежегодно выявляется 40 000 случаев ПВГ. Врожденный гипотиреоз возникает вследствие недостаточной секреции тиреоидных гормонов у новорожденных и представляет собой заболевание, вызывающее задержку умственного и физического развития. Мы обследовали более 34000 доношенных новорожденных с 2008 года по настоящее время и обнаружили уровень заболеваемости ПВГ 1:2000, но не определяли его частоту у больных, недоношенных детей и детей с низкой массой тела при рождении. В основу наших исследований легло то, что по стандартам других стран заболеваемость ПВГ в данной когорте пациентов в 10 раз выше, чем у доношенных детей.

*Цель:* выявить ПВГ у больных, недоношенных и маловесных детей, рожденных в родильных домах путем скринингового исследования новорожденных, определить средний уровень тиреотропного гормона (ТТГ) в крови доношенных и недоношенных, маловесных и больных детей грудного возраста.

## Материалы и методы

Взято по 5 капель крови из пяток больных, недоношенных или сроком беременности менее 37 недель, низкой массой тела при рождении или массой тела при рождении <2500 г, родившихся в период с 23.01.2023 по 23.02.2023 в родильном доме путем скрининга новорожденных. Исследование проводили с помощью фермент-связанных антител на аппарате «Delfia-2» компании «Perkin-Elmer» в Центральном госпитале Монгольского Национального университета медицинских наук. Уровень ТТГ >10 ед/мл считался положительным. Этим детям повторно исследовали уровень ТТГ, а также свободного тироксина и трийодтиронина. Информированное согласие было получено от родителей и опекунов детей, участвовавших в исследовании.

## Результаты

Из общего числа 1428 младенцев образцы были собраны у 214 больных, недоношенных и маловесных детей при рождении: 62,3% – из Амгаланского роддома, 12,7% – из Национального центра матерей и новорожденных, 19,9% – из Хурейского роддома и 5,2% – из столичного роддома. Из них 108 детей с положительным ответом были взяты в качестве больных, а 1320 детей с нормальным ТТГ – в качестве контрольной группы. Средний уровень ТТГ составил 20±15,52 в основной группе и 4,18±2,60 в контрольной группе ($p<0,01$). 108 детей с положительным результатом были вызваны, повторно обследованы, у 1 ребенка был подтвержден ПВГ.

При включении больных, недоношенных и маловесных детей в скрининг новорожденных, рожденных в стационарах, количество случаев первичного врожденного гипотиреоза составляет 1:1428, что выше результатов предыдущих исследований (1:2000).

Уровни тиреотропного гормона у больных, недоношенных, маловесных детей на 1,09% ниже, чем у доношенных детей.

*О.И. Гармаш*

# ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ У ДЕТЕЙ С ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В САНАТОРИЙ ЗА 35 ЛЕТ

*ГБУ здравоохранения Республики Крым «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория*

За последнее десятилетие, с широким внедрением новых, эффективных генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), произошли серьезные изменения в стратегии лечения ревматоидного артрита (РА): в ее основу легла концепция «Treat to target» («Лечение до достижения цели»). Подчеркивается, что базовая составляющая стратегии – активная ранняя агрессивная терапия метотрексатом (МТ). Механизм действия метотрексата при ревматоидном артрите связан с иммуномодулирующим и противовоспалительным действием препарата и обусловлен индукцией апоптоза быстропролифелирующих клеток (активированных Т-лимфоцитов, фибробластов, синовиоцитов), ингибицией синтеза противовоспалительных цитокинов (интерлейкин (ИЛ)-1, фактор некроза опухоли альфа), усилением синтеза противовоспалительных цитокинов ИЛ-4, ИЛ-10 и подавлением активности металлопротеиназ.

Проведен сравнительный анализ клинических и лабораторных показателей у 554 с ювенильным ревматоидным артритом при поступлении в санаторий за 35 лет за период с 1985 по 2020 год. Дети были разделены на группы с 1985 год по 1999 год (1 группа-92 ребенка), с 2000 по 2010 годы (2 группа-263 ребенка) и с 2011 по 2019 годы (3 группа-199 детей) и 112 детей, которые получали лечение метотрексатом в 2011-2019 годы (4 группа). Анализировались частота форм заболевания, активность воспалительного процесса, характер течения заболевания, воспалительные изменения и функциональная недостаточность суставов. Изучались уровень СОЭ, гемоглобина, лейкоцитарного индекса интоксикации, а также содержание показателей иммуноглобулинов классов А, М, G, циркулирующих иммунных комплексов, а также Т- и В-лимфоцитов.

Проведенный анализ при поступлении в санаторий показал увеличение суставной формы заболевания у детей 3 и 4 групп по сравнению с 1 группой (78,3% - 96,5% и 97,3% соответственно), параллельно уменьшилось количество детей с системной формой заболевания почти в 8 раз между 1 и 4 группой (21,7% и 2,7%). В то же время в период 1985-1999 и 2000-2010 годы больше чем в полтора раза при поступлении в санаторий уменьшилось число детей в фазе ремиссии заболевания (57,6% - 1 группа и 33,6% - 4 группа). Соответственно увеличилось число детей в 4 группе с активностью заболевания как с минимальной, так и с умеренной.

Применение базисной терапии в последние десятилетия привело к существенному уменьшению больных с быстро прогрессирующим течением заболевания почти в 10 раз (19,6% - 1 группа и 2% - 4 группа). Также уменьшилось число детей с функциональной недостаточностью суставов в 4 группе. Более чем в 2 раза увеличилось число детей без воспалительных изменений в суставах (11,9% в 1 группе и 26% в 4 группе) и соответственно уменьшилось число детей с экссудативно-пролиферативными изменениями в суставах (1,56 раза), с пролиферативными и пролиферативно- фиброзными в 1,2 раза. В 3 и 4 группах больных увеличилось число детей с олигоартритами.

Проведенный анализ лабораторных данных показал, что уровень СОЭ при поступлении в санаторий на протяжении 35 лет практически не изменился. Также нет особой динамики уровня гемоглобина. В то же время наблюдается существенная динамика лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), при этом в 1 группе - ЛИИ 0,44±0,029, во 2 группе - 0,53±0,2, в 3 группе - 0,58±0,024 и в 4 группе - 0,6265±0,032 ($p \leq 0,01$ по сравнению с 1 группой). Несмотря на то, что показатели ЛИИ находятся в диапазоне компенсированная недостаточность (ЛИИ - 2,1-7,0), увеличение показателя в группе детей с ЮРА, получающих метотрексат, свидетельствует о нарастании интоксикации. Индекс иммунологической реактивности (ИИР) в 1 группе определялся как неудовлетворительный (ИИР - 10,76±0,97); во 2 и 3 группе группе – уровень ИИР достиг удовлетворительного (7,75±0,38 и 7,9±0,4, соответственно $p \leq 0,001$ по сравнению с 1 группой), и 4

группе уровень ИИР еще уменьшился, находясь в диапазоне удовлетворительных показателей (6,5±0,73, p ≤0,001 по сравнению с 1 группой).

Анализ показателей иммуноглобулинов классов А, М, G, циркулирующих иммунных комплексов, а также Т- и В -лимфоцитов выявил следующее. Иммуноглобулины класса А, как показатель гуморального иммунитета, на протяжении 35 лет находились в диапазоне возрастных значений. Иммуноглобулины класса М, обеспечивающие первичный иммунный ответ, во все группах наблюдаемых больных находились в диапазоне возрастной нормы, при этом отмечалось достоверное увеличение содержания иммуноглобулинов класса М во 2 и 3 группах по сравнению с первой группой больных. Иммуноглобулины класса G, основные антитела сыворотки крови, у детей с ЮРА при поступлении в санаторий на протяжении 35 лет находились практически в одинаковом диапазоне возрастных значений.

Состояние клеточного звена иммунитета оценивали по уровню Т-лимфоцитов, который находился чуть ниже нормы в 1 группе больных (58,1±2,73%) и продолжал снижаться в 2 и 3 группах (45,5±3,4 и 48,6±2,9, p≤0,01 по сравнению с 1 группой). Уровень гуморального иммунитета по содержанию В -лимфоцитов находился в диапазоне возрастной нормы во всех группах больных. Особенно выраженные изменения уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) наблюдались на протяжении 35 лет. Повышенный уровень ЦИК в 1 группе (134,3±28,2), во 2 группе несколько уменьшился (104,4±6,5), и достоверно уменьшился более чем в 3 раза в 3 группе (5,9±5,8, p≤0,01).

Таким образом, можно сказать, что за 35 лет изменилась картина заболевания. Применение базисной терапии (метотрексат) способствовало существенному уменьшению больных с системной формой заболевания, с быстро прогрессирующим течением. Также уменьшилось число детей с функциональной недостаточностью суставов и увеличилось количество детей без признаков воспалительных изменений в суставах. Изменение лабораторных показателей в первую очередь касалось уменьшению уровня циркулирующих иммунных комплексов, расчетных показателей, отражающих уровень иммунологической реактивности и лейкоцитарной интоксикации. Следовательно, применение базисной терапии метотрексатом, оказывая иммуномодулирующее действие, способствовало существенному снижению циркулирующих иммунных комплексов, что положительно влияло на суставной синдром и сопровождалось в дальнейшем улучшением функциональных способностей больного.

*Т.А. Сиротченко, И.Н. Головина, А.В. Миргородская*

# ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России*

Детское ожирение – одна из самых серьезных проблем общественного здравоохранения 21-го века. Предполагается, что к 2025 году ожирением будет страдать 72 миллиона детей. Дети с избыточной массой тела (ИМТ) и ожирением (Ож), скорее всего, будут страдать ожирением и в зрелом возрасте, поэтому профилактика детского ожирения нуждается в высоком приоритете с раннего возраста. Наиболее частый вид ожирения у детей раннего возраста связан с избыточным поступлением калорий в условиях гиподинамии, отсутствием режима питания и отдыха, эмоциональными нагрузками, влиянием образования и семейных традиций, изменениями микробиоценоза кишечника, социальными влияниями (агрессивная реклама нездорового питания), а также с наследственной предрасположенностью – конституционально-экзогенное (простое, идиопатическое) ожирение.

По достижению возраста 1 год суточный рацион практически не контролируется педиатрами, зато в большей степени связан с привычками и характером питания в семье. Именно поэтому для детей раннего возраста важным является то, что именно ест ребенок и какова его двигательная активность.

Нами были проанализированы факторы риска, способствующие развитию избыточной массы тела/ожирения, у детей 2-3 лет, посещающих детские дошкольные учреждения (ДДУ) г. Луганска. Нами была отмечена высокая распространенность избыточной массы тела (18,2-21,4%) и ожирения (4,8-6,2%) у детей в возрасте 2-3 лет. В динамике наблюдения по годам выявлено, что максимальная заболеваемость ожирением отмечалась в период разгара Covid-19, когда дети находились на домашнем режиме (8,9% – 2019 год, 7,8% – 2020 год). Показатели распространенности ИМТ и Ож были в 1,7-2,1 раза выше у мальчиков, нежели у девочек.

С помощью анализа рационов в течение последних 5 лет нами были выявлены значимые нарушения, которые связаны как с питанием в ДДУ, так и с семейными пищевыми привычками. Отмечается наличие в рационах детей раннего возраста вареной колбасы и сосисок (28,5%), снижение, а зачастую и отсутствие потребления свежих овощей (55,0%) и, в меньшей степени, фруктов (35,0%), ежедневное избыточное потребление сахара и кондитерских изделий (65,5%), раннее употребление сладких соков и газированных напитков (35,5%), что приводит к суточному избытку калорий (превышение возрастных норм в 3,4-4,2 раза).

В то же время стрессовые факторы (затяжной военный конфликт в регионе) также нашли отражение в эпидемиологических показателях ИМТ и Ож. Так, в 2014 году в когорте 2-3 летних воспитанников ДДУ здоровыми были 68,6% детей, ИМТ имели 13,7% детей, Ож – 7,6%, недостаток массы тела – 10,1%. В 2022 году данные показатели достоверно отличались: здоровые дети – 63,1%, ИМТ – 21,0%, Ож – 15,4%, недостаток массы регистрировался всего у 0,5% детей раннего возраста. Дети, рожденные в пандемию Covid-19, в 2,0 раза чаще страдали ожирением и в 1,53 раза чаще имели ИМТ.

Таким образом, особенности пищевого поведения, которое во многом зависит от социальных условий, а также наличие стрессовых постоянно действующих факторов играют большую роль в формировании ожирения/избыточной массы тела в раннем возрасте, что повышает ответственность педиатров и демонстрирует важность ранних профилактических мероприятий.

*А.В. Дубовая, В.Н. Соколов, Ю.В. Науменко*

# ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*
*Кафедра педиатрии №3*

*Актуальность.* Лечение аритмий представляет собой один из наиболее сложных разделов клинической педиатрии. Это объясняется многообразием клинических форм аритмий, отсутствием единого понимания механизмов их возникновения, и, следовательно, общепринятых методов лечения. Условно все нарушения ритма, встречающиеся в детском и подростковом возрасте, можно разделить на тахиаритмию, брадиаритмию и экстрасистолию. Экстрасистолия является наиболее частым вариантом аритмии в детском возрасте (около 50% всех случаев). Выбор лечебно-профилактических мероприятий часто оказывается наиболее сложной проблемой, стоящей перед врачом при ведении больного с экстрасистолией.

*Цель:* уметь диагностировать и определять тактику ведения ребенка с аритмией.

## Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 67 детей (35 мальчиков и 32 девочки) в возрасте от 12 до 17 лет с различными видами нарушения ритма сердца и были представлены суправентрикулярной экстрасистолией (28 чел., 41,7%), синусовой тахикардией (10 чел., 14,9%), желудочковой экстрасистолией (3 чел., 4,4%), синусовой брадикардией (9 чел., 13,4%), синусовой аритмией (11 чел., 16,4%), миграцией водителя ритма по предсердиям (6 чел., 8,9%). В контрольную группу вошли 60 здоровых сверстников (40 мальчиков и 20девочек). Комплексную оценку состояния сердечно-сосудистой системы проводили на основании данных клинического осмотра, стандартной электрокардиографии (ЭКГ) в 12 отведениях, холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ), эхокардиографии (ЭхоКГ). По показаниям выполняли суточное мониторирование артериального давления. Обработку результатов исследования проводили методами вариационной и альтернативной статистики с использованием лицензионного программного пакета MedStat.

## Результаты

Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на сердцебиение (55 чел., 82%), среди них 28 (50%) детей отмечали сердцебиение при физической нагрузке, 27 (49%) чел. – в покое, повышенную утомляемость (15 чел., 22,3%), головные боли (10 чел., 14,9%), слабость (14 чел., 20,8%). Кроме того, 10 (14,9%) детей отмечали боль в области сердца, 5 (7,4%) пациентов предъявляли жалобы на нарушение сна. В 13 (19,4%) случаях пациенты были направлены для динамического наблюдения с установленным диагнозом, в 54 (80,5%) случаях диагноз был верифицирован в ходе обследования. Цель медикаментозной терапии при желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) – подавить желудочковую эктопическую активность и предотвратить развитие аритмогенной дисфункции миокарда. Для купирования частой желудочковой экстрасистолии применяли лидокаин (1% раствор 1-3 мг/кг массы в 10-15 мл изотонического раствора), аймалин 2,5% раствор. Для лечения желудочковой аритмии препаратами первого ряда являлись β-адреноблокаторы (тразикор, обзидан, вискен, пропранолол и др.). У всех пациентов с ЖЭ наблюдалась положительная динамика в виде уменьшения количества ЖЭ за сутки на 50% и более. При наличии у ребенка частой или полиморфной ЖЭ, в случае неэффективности β-адреноблокаторов или блокаторов кальциевых каналов, назначали антиаритмические препараты I или III класса (С).

*Выводы:* залогом успешного лечения нарушений ритма сердца у детей является ранняя диагностика и правильно подобранная терапия. Эффективность лечения оценивается по улучшению субъективного и объективного состояния пациента, результатам физикального обследования, данным стандартной ЭКГ и холтеровского мониторирования.

*[1]А.В. Дубовая, [1]Н.А. Усенко, [1]Е.В. Бордюгова, [2]Конов В.Г.*

# КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ СЕПТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ

*[1]ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России*
*[2]Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака*

Снижение качества жизни (КЖ) детей и подростков с врождёнными пороками сердца (ВПС) подтверждено многими исследованиями. Среди детей и подростков из общей популяции выявлено существенное влияние физических нагрузок (ФН) на снижение показателей депрессии и тревожности. У пациентов со сложными ВПС после их коррекции отмечается повышение КЖ в результате выполнения программ физической реабилитации. Учитывая полученные данные, целесообразно проводить оценку КЖ у детей с септальными ВПС в отдаленном периоде после оперативной коррекции.

*Цель работы:* оценка влияния физической реабилитации на качество жизни пациентов с септальными ВПС в отдаленном периоде после оперативной коррекции.

## Материалы и методы исследования

Обследованы 132 ребенка в возрасте 8-13 лет, из них 96 пациентов имели корригированные ВПС: дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) – 22 (22,9%) детей, дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – 44 (45,8%) пациентов, сочетание ДМЖП и ДМПП – 12 (12,5%) пациентов, сочетание ДМЖП и ОАП – 18 (18,8%) обследуемых. В основную группу и группу сравнения вошли по 48 пациентов с корригированными ВПС, в контрольную группу – 36 здоровых детей.

Программа реабилитации пациентов проводилась в течение 1 года и в основной группе включала в себя выполнение ФН и курсовой прием убидекаренона. Обследуемые группы сравнения получали убидекаренон без дополнительных ФН.

До начала реабилитации и после ее завершения проведена оценка качества жизни с использованием русскоязычной версии международного общего опросника PedsQL™ 4.0 Generic Core для детей 8-12 лет и 13-18 лет.

## Результаты исследования

До начала реабилитации у детей основной группы физический компонент КЖ составил 67,6±5,8 б., психосоциальный компонент КЖ – 69,8±4,2 б., общий уровень КЖ – 69,0±3,6 б., что не имело достоверного различия ($p>0,05$) с пациентами группы сравнения, у которых эти показатели составили 69,1±4,9 б., 70,5±4,0 б. и 70,0±3,2 б. соответственно. Дети из группы контроля, в отличии от пациентов с септальными ВПС в отдаленном периоде после оперативной коррекции, имели статистически значимо ($p<0,0001$) выше показатели КЖ: физический компонент – 82,4±3,6 б., психосоциальный компонент – 75,9±3,5 б., общий уровень КЖ – 78,1±2,6 б.

После выполнения программы реабилитации у пациентов основной группы выявлены достоверно ($p<0,0001$) выше, чем у пациентов из группы сравнения, показатели физического компонента КЖ (82,2±3,9 б. и 69,4±5,0 б.), психосоциального компонента КЖ (74,9±3,3 б. и 70,4±3,5 б.), а также КЖ по общему баллу (77,4±2,4 б. и 70,0±2,8 б.).

Кроме того, после проведенной реабилитации у пациентов основной группы отмечено статистически значимое повышение показателя «Эмоциональное функционирование» с 73,0±7,7 б. до 75,3±8,3 б. ($p=0,002$), «Социальное функционирование» – с 73,1±7,1 б. до 76,0±7,0 б. ($p=0,001$) и «Школьное функционирование» – с 63,3±6,4 б. до 73,3±4,9 б. ($p<0,0001$). Общий балл КЖ у детей основной группы повысился на 12,1%, в основном за счет повышения физического компонента КЖ (на 21,6%) и показателей КЖ по шкале «Школьное функционирование» (на 15,8%). У обследуемых из группы сравнения отмечалась тенденция к повышению показателей КЖ по общему баллу и физическому компоненту, однако без достижения статистической значимости.

Выводы. У пациентов с септальными ВПС в отдаленном периоде после оперативной коррекции регистрируется снижение КЖ в сравнении со здоровыми детьми. Выполнение физической реабилитации в комплексе с применением препарата убидекаренон улучшает КЖ по общему баллу и всем изучаемым компонентам у детей с корригированными септальными ВПС.

*Л.В. Елисеева, А.В. Курганова, Е.Г. Семеняк, В.П. Татаурова*

# БАЛЬНЕОЛЕЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ КОРРЕКЦИЮ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

*ГБУЗ РК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория*

Для достижения оптимальных результатов реабилитации пациентов с врождёнными пороками сердца (ВПС), перенесших хирургическую коррекцию порока, наиболее физиологически адекватным этапом, способствующим улучшению регуляторных процессов сердечной деятельности, кардиогемодинамики, повышению защитных сил и сопротивляемости растущего организма является санаторный этап.

Известно благоприятное влияние хлоридных натриевых ванн (ХНВ) на функциональное состояние сердечно-сосудистой, вегетативной нервной систем, кардиогемодинамики при различных заболеваниях. ХНВ способствуют нормализации активности симпатико-адреналовой системы, улучшают микроциркуляцию, восстанавливают проницаемость сосудов, снижают общее периферическое сопротивление.

В последние годы в бальнеотерапии все шире применяются сухие углекислые ванны (СУВ), позволяющие за счет специальных установок воздействовать на пациента углекислым газом и исключить механическое (гидростатическое) и температурное действие воды, ингаляционный компонент водной процедуры, что даёт возможность применять данный вид бальнеолечения у пациентов с низкими адаптационными резервами сердечно-сосудистой и дыхательной систем. СУВ обеспечивают выраженный кардиотонический, противовоспалительный, саногенетический эффекты, способствуют перестройке функциональных резервов, восстановлению нарушенных функций организма. Многогранное влияние ХНВ и СУВ на организм обосновывает их применение при сердечно-сосудистых заболеваниях детского возраста, в том числе и на санаторно-курортном этапе.

Под нашим наблюдением находилось 77 детей в возрасте 8-15 лет после хирургической коррекции ВПС – дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) и дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП).

Группу исследования I составили 35 детей с ВПС, которые получали ХНВ минерализацией 10 г/л, Т 36-37°С, №8, через день на фоне базового санаторно-курортного лечения. Группу исследования II составили 42 ребёнка с ВПС, получавших СУВ температурой 28°С, $CO_2$ 18%, длительностью – 10 мин, №8, через день в аналогичном комплексе санаторно-курортного лечения. По показаниям детям обеих групп назначали процедуры для санации очагов хронической инфекции (тепловлажные ингаляции минеральной воды, гальваногрязевые аппликации на область подчелюстных лимфоузлов).

Санаторно-курортное лечение с применением ХНВ и СУВ все дети с врождёнными оперированными пороками сердца (ДМПП и ДМЖП) перенесли хорошо.

ХНВ в комплексе санаторно-курортного лечения оказывали положительное влияние на вегетативную регуляцию сердечной деятельности у больных с симпатикотонией, гиперсимпатикотонией, улучшение состояния вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения (в 1,9 раза), реже регистрировался асимпатикотонический тип вегетативной реактивности (в 1,3 раза). Отмечено наиболее благоприятное изменение гемодинамики с экономизацией её показателей, улучшение показателей церебральной гемодинамики, тенденция к повышению и нормализации исходно сниженного пульсового полушарного кровенаполнения, повышение тонуса артериальных сосудов. В то же время, сохранялись признаки затруднения церебрального венозного оттока по гипертоническому типу у 58,3% детей, что необходимо учитывать при назначении ХНВ. Предложенный лечебный комплекс обладает тонизирующим действием и может быть рекомендован детям с гипотонией артериальных сосудов, дисфункцией вегетативной нервной системы, со сниженным пульсовым полушарным кровенаполнением без признаков затруднения венозного оттока.

Под влиянием комплексного санаторно-курортного лечения с применением СУВ, наиболее отчетливая положительная динамика отмечалась по показателям функциональных резервов сердца. В 1,5 раза увеличилось количество детей с высоким уровнем резервов сердечно-сосу-

дистой системы. Отмечался выраженный ваготонический эффект, о чем свидетельствовало снижение ЧСС, тенденция к снижению АД, улучшение вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения по данным клиноортостатической пробы. Регистрировалось улучшение состояния центральной гемодинамики, нормализация показателей УОК (46,9±1,95 усл.ед.), тенденция к улучшению процессов проводимости. Под влиянием комплексного санаторно-курортного лечения с применением СУВ у детей с ВПС прослеживался ваготонический эффект, сосудорасширяющее и гипотензивное действие. Проведенные исследования позволяют рекомендовать данный комплекс для больных с повышенным артериальным давлением, повышенным тонусом артериальных сосудов и осторожно назначать больным с гипотонией и ваготонией.

*Ю.В. Каменева*

# НАРУШЕНИЯ ПИГМЕНТАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*
*Научный руководитель – д.мед.н., проф. Дубовая А.В.*

В практике врача-педиатра нередко встречаются пигментные нарушения в виде пятен, которые имеют различное происхождение при сходной клинической картине. Наиболее часто у детей раннего возраста встречаются пятна цвета «кофе с молоком», они бывают различных размеров и форм. Эти пятна отличаются светло-коричневым цветом, иногда с желтоватым оттенком. В ряде случаев такие пятна могут свидетельствовать о генетически обусловленном системном заболевании. Множественные пятна патогномоничны для нейрофиброматоза, могут наблюдаться при других факоматозах (туберозный склероз, синдром Олбрайта, синдром эпителиального невуса и др.).

*Цель исследования.* Проанализировать встречаемость пигментных нарушений среди детей раннего возраста, проходивших плановый осмотр у врача-педиатра консультативного приема Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака в 2022-2023 году.

## Материалы и методы

Изучение амбулаторной карты развития детей раннего возраста, собственное наблюдение (опрос, сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования), наблюдение детей с пигментными нарушениями в динамике.

## Результаты исследования

Проанализирована встречаемость пигментных нарушений среди детей раннего возраста, проходящих плановый осмотр у врача-педиатра. Пигментные нарушения были выявлены у 30 детей. У большинства осмотренных детей (86,6%) выявлены пятна в количестве 2 и более. Наиболее часто встречались пятна цвета «кофе с молоком», имеющие четкие границы и разнообразную форму. В основном пятна располагались на туловище и конечностях, иногда в крупных складках – подмышечных и паховых. Размер пятен варьировал от 3-4 мм до 2 см. На момент первичного осмотра нельзя было исключить возможность начала манифестации факоматозов. У 6% детей пигментные пятна располагались в волосистой части головы, что послужило основанием для направления их для дальнейшего неврологического осмотра. Родители девочки 3-х лет жаловались на наличие косоглазия левого глаза. На коже ребенка с рождения имеются пятна «кофе с молоком». Офтальмоскопия левого глаза: бледный с сероватым оттенком и четкими границами диск зрительного нерва. Результаты зрительных вызванных потенциалов: со стороны левого глаза имеются нарушения функций волокон зрительного нерва. МРТ головного мозга: глиома левого зрительного нерва, немногочисленные очаговые изменения ствола мозга, гемисферы мозжечка и базальных ядер слева. Установлен окончательный клинический диагноз: глиома зрительного нерва левого глаза, нейрофиброматоз I типа, частичная атрофия зрительного нерва. Под длительным наблюдением находился мальчик 8-ми лет. С раннего возраста отмечалось появление множественных кофейных пятен на туловище и нижних конечностях. В возрасте 8-ми лет мать ребенка отметила прогрессивное снижение слуха. МРТ головного мозга: объемные образования в области внутренних слуховых проходов и цистерн мосто-мозжечковых углов. Поражение левой лобной области неясного генеза. По результатам проведенного обследования установлен клинический диагноз: нейрофиброматоз II типа, невриномы слуховых нервов, новообразование лобной доли слева. Двусторонняя нейросенсорная тугоухость III степени, глухота II степени.

*Выводы.* Считается, что единичные пятна цвета «кофе с молоком» могут встречаться у здоровых лиц. Однако множественные пятна у детей раннего возраста требуют длительного диспансерного наблюдения, осмотра членов семьи, дополнительных методов исследований. У детей раннего возраста дифференциальный диагноз таких пятен особенно сложен. Это связано с тем, что большинство факоматозов с системными проявлениями характеризуются возрастной зависимостью появления других клинических симптомов.

*М.М. Караманешта, Т.А. Сиротченко*

# ОСЛОЖНЕННОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА У ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ЗАТЯЖНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава РФ*

Сахарный диабет 1 типа (СД 1 типа) у подростков может вызывать как непосредственные, так и отсроченные осложнения. Наиболее серьезным непосредственным осложнением является диабетический кетоацидоз, а к отсроченным осложнениям, как правило, относят психические проблемы или нарушения со стороны кровеносных сосудов. Чем лучше контроль СД 1 типа, тем меньше вероятность возникновения осложнений. Синдром Мориака (СМ) является достаточно редким метаболическим осложнением СД 1 типа, которое возникает только у детей и подростков с недостаточным гликемическим контролем. Заболеваемость и распространенность синдрома Мориака неизвестна, что может быть связано с недостаточностью знания среди врачей об этом клиническом состоянии из-за редкой встречаемости данного патологического состояния. Чаще СМ возникает в подростковом возрасте, как критическом периоде для пациентов, страдающих сахарным диабетом 1 типа. Развитие данного осложнения традиционно наблюдается у пациентов из социально-неблагополучных семей, где отсутствует полноценный контроль за состоянием ребенка, а также контроль непрерывности и адекватности инсулинотерапии. Но, по нашему мнению, социально-неблагополучные условия, к которым безусловно можно отнести затяжной военный конфликт также могут спровоцировать формирование данного синдрома.

Считается, что диагностика синдрома Мориака возможна только после достижения пациентом 15-16-летнего возраста при условии подтвержденной задержки физического и полового развития, но выявленный нами клинический случай заставляет думать об ином механизме его формирования. Данный клинический случай доказывает, что затяжной военный конфликт, вынужденная частая смена места жительства в сочетании с отсутствием правильной оценки состояния ребенка и неудовлетворительным гликемическим контролем со стороны врачей амбулаторного звена и врачей-специалистов, спровоцировали хроническую гипергликемию и привели к формированию синдрома Мориака у ребенка из обычной социально-благополучной семьи, вынужденно оказавшейся в социально-неблагополучных условиях. Хроническая стрессовая ситуация безусловно явилась катализатором развития данного тяжелого метаболического осложнения СД 1 типа.

У 12-летнего подростка с СМ диагноз СД 1 типа был поставлен в дошкольном возрасте, была назначена заместительная инсулинотерапия. В связи с военными действиями семья была вынуждена покинуть место жительства, в последующем меняла его более 20 раз. Обращаемость за медицинской помощью за 2014-2022 гг. составила 34 эпизода, из них 2 – стационарное лечение. Важно, что родители подростка отмечали после 8-ми лет значительное отставание в росте в сравнении со сверстниками, но рекомендаций от педиатров не получали. На момент исследования параметры физического развития подростка: рост 123 см (<3 перцентиля, SDS:< -2), масса тела – 22 кг, ИМТ – 14,54 м/м$^2$ (<3 перцентиля, SDS:< -2,), что соответствует возрасту 9 лет. При этом окончательный прогнозируемый рост ребенка -157,5см. Поскольку данные изменения физического развития не развиваются за короткий временной период, вероятным является небрежное отношение к динамической оценке физического и полового развития у подростков СД 1 типа. Данный клинический случай доказывает, что развитие тяжелых осложнений напрямую зависит от влияния внешних социальных факторов, где затяжной военный конфликт выступает как мощнейший социальный и стрессовый негативный фактор.

[1]Н.Н. Конопко, Н.А. [2,3]Тонких

# ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА РАЗВИТИЕ АРИТМОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

[1]ДМЦ Управления делами Президента РФ, г. Москва
[2]ФГБОУ ВО ДонГМУ МЗ РФ, г. Донецк,
[3]ФГБУ «ИНВХ им. В.К. Гусака» МЗ РФ, г. Донецк

Экстрасистолию (ЭС) у детей в большинстве случаев связывают с различной сопутствующей кардиальной или экстракардиальной патологией, однако у 10-40% пациентов тщательное клиническое обследование не позволяет выявить причину возникновения аритмии. При этом идиопатическая экстрасистолия (ИЭС) в ряде случаев сопровождается развитием осложнений.

*Цель работы:* выявление факторов, влияющих на развитие аритмогенных осложнений ИЭС у детей.

## Материалы и методы

Комплексное клиническое обследование проведено 196 пациентам (118 мал., 78 дев.) с ИЭС: анализ жалоб, оценка объективного статуса, общеклинические и биохимические показатели, инструментальное исследование, оценка дисплазии соединительной ткани по критериям Т. Милковской-Димитровой, А. Каркашовой в модификации Р.Р. Шиляева, С.Н. Шальновой. Изучение динамики клинического течения ИЭС у детей в катамнезе от 6 мес. до 10 лет выявило различное течение ИЭС: благоприятное у 116 чел. (49 дев., 67 мал.): исчезновение ЭС у 14 (12,1±3,0 %) чел., уменьшение ее количества у 102 (87,9±3,0 %) чел.; неблагоприятное – у 49 чел. (16 дев., 33 мал.): дилятация полостей сердца у 16 чел. (5 дев., 11 мал.); пароксизмальная тахикардия – у 15 чел. (6 дев., 9 мал.); сердечная недостаточность – у 11 чел. (3 дев., 8 мал.). У 31 (13 дев., 18 мал.) пациента аритмогенные осложнения на протяжении периода наблюдения отсутствовали, однако, несмотря на лечение, которое они получали согласно действующим протоколам, позитивная динамика в клинической, электрокардиографической, эхокардиографической характеристике ЭС отсутствовала, что явилось основанием для констатации неопределенного течения заболевания. Для осуществления поставленной цели был использован нейросетевой метод построения моделей прогнозирования, который имеет возможность выявления минимального набора факторных признаков, в наибольшей степени влияющих на развитие осложнений.

## Результаты

Нами выявлены различные признаки дисплазии соединительной ткани (ДСТ) у 165 (84,2±2,6%) детей с ИЭС, что было достоверно ($p<0,05$) выше, чем у здоровых сверстников (50 чел., 66,7±5,8%). У пациентов с ИЭС в сравнении со здоровыми достоверно чаще ($p<0,01$) регистрировались: гиперэластичность кожи (56 чел.; 28,6±3,2% и 5 чел.; 6,7±2,5% соответственно), астеническое строение тела (60 чел.; 30,6±3,3% и 6 чел.; 8,0±2,7%), гипермобильность суставов (40 чел.; 20,4±3,9% и 7 чел.; 9,3±2,9%). Деформация грудной клетки выявлена только у пациентов с ИЭС (17,3±2,1%). У детей с осложнениями (40,8±7,0%) и неопределенным (57,9±11,3%) течением максимальная степень ДСТ регистрировалась достоверно чаще ($p<0,01$) в сравнении с благоприятным (14,4±3,6%) прогнозом. Обращало внимание, что множественные аберрантные хорды (АХ) (более двух) в левом желудочке у детей с благоприятным течением отсутствовали в отличие от пациентов с неопределенным (19,4±4,3%) и неблагоприятным (28,6±5,0%) течением. Установлено, что в наибольшей степени риск развития осложнений ИЭС определяют 17 признаков, включающие данные анамнеза, количественную и качественную характеристику ЭС, оценку адаптационных резервов миокарда, показатели внутрисердечной гемодинамики, в том числе наличие множественных АХ и высокую степень дисплазии соединительной ткани.

*Выводы.* Полученные данные подтверждают значение дисплазии соединительной ткани как одного из значимых факторов в прогнозе развития аритмогенных осложнений ИЭС у детей.

*Н.В. Конышева, С.В. Налетов, И.А. Сидоренко, О.С. Налетова*

## ПРОТИВОГРИБКОВАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ С ИНВАЗИВНЫМИ МИКОЗАМИ

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*

*Цель работы* – заострить внимание педиатров на проблеме грибковых заболеваний органов дыхания у детей и их рациональной терапии.

Причиной развития микозов у детей является колонизация кожи и слизистых патогенными или условно-патогенными штаммами грибов: плесневых (*Aspergillus, Mucor*), дрожжеподобных (*Candida*), эндемичных диморфных (*Blastomyces, Coccidioides, Histoplasma*), пневмоцист (*Pneumocystis*). Наиболее часто в клинике выявляются грибы кандида (*C. albicans*), аспергиллы и пневмоцисты. При определенных условиях грибы из состава микрофлоры кожи и слизистых приобретают патогенность и вызывают инвазивный вариант микоза. Это кандидоз половых органов у матери во время настоящей беременности и родов, недоношенность, внутриутробные пороки или родовые травмы, иммунодефицит любого происхождения, ВИЧ-инфицирование и СПИД, пролонгированные искусственная вентиляция легких и катетеризация центральных вен, агранулоцитоз, хронические расстройства питания, малабсорбция, туберкулез легких, дисбиоз, массивная терапия антибиотиками, глюкокортикоидами и цитостатиками, гемобластозы и злокачественные опухоли, хронические эндокринные заболевания. При генерализованных формах грибы могут распространяться из очагов микоза в другие органы гематогенно или лимфогенно. Наиболее тяжелыми формами являются пневмомикоз, грибковый менингоэнцефалит и грибковый сепсис.

Лечение микозов у детей обязательно включает антимикотические препараты системного действия (Итраконазол, Амфотерицин В, Флуконазол, Кетоконазол и др.); иммунокорректоры, поливитамины, детоксикационные и десенсибилизирующие средства. Длительность курса лечения инвазивного микоза не менее 2 недель или даже 6 недель после ликвидации симптомов. Наиболее безопасным у грудных детей является производное триазолов флуконазол в дозе 5-7 мг/кг, но не более 200 мг в сутки внутривенно или внутрь, при тяжелых формах доза может - до 12-15 мг/кг в сутки. Макроциклический антибиотик, принадлежащий к полиеновому ряду, Амфотерицин В - наиболее эффективный антимикотик, эталонный по действию на грибковую клетку. При внутривенном введении он попадает практически во все ткани, не проникает только через гематоэнцефалический барьер. Детям: в/венно, вначале 0,25 мг/кг (основание) в сутки в 5% растворе глюкозы в течение 6 часов; при хорошей переносимости дозу увеличивают на 0,125-0,25 мг/кг ежедневно или через день до максимальной - 1 мг/кг (или 30 мг/м$^2$). В целях повышения эффективности при одновременном снижении побочных явлений получена липосомальная форма препарата (Амбизом). Липидная оболочка частиц препарата способствует большей продолжительности действия и лучшему транспорту через тканевые барьеры. При микозе центральной нервной системы возможно эндотекальное введение препарата. Препарат группы азолов - Итраконазол (Орунгал) обладает очень широким спектром действия, может использоваться неопределенно долго при хронических и рецидивирующих формах у взрослых. Антигрибковая терапия проводится под контролем ферментов печени (АЛТ, АСТ) и клиренса креатинина.

*Заключение.* Педиатры должны внимательно относиться к первым признакам микоза у детей, вовремя назначать не менее, чем на 2 недели, антимикотическую терапию во избежание развития тяжелых инвазивных форм заболевания (грибковой пневмонии, менингоэнцефалита, сепсиса).

*[1]А.В. Дубовая, [1]Е.В. Бордюгова, [2]В.Г. Конов, [1]К.С. Кошеленко*

# АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У РЕБЕНКА С АНОМАЛИЕЙ АРНОЛЬДА-КИАРИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*[1]ФГБОУ ВО ДонГМУ МЗ России, г. Донецк,*
*[2]ФГБУ «ИНВХ им. В.К. Гусака» МЗ России, г. Донецк*

*Цель исследования.* Анализ клинического случая артериальной гипертензии у ребенка 12 лет с аномалией Арнольда-Киари и метаболическим синдромом.

## Материалы и методы

Амбулаторная карта развития ребенка, собственное наблюдение (опрос, сбор анамнеза, физикальные и лабораторные обследования), медицинская литература за последние 5 лет.

## Результаты исследования

Ребенок 12 лет, на консультативном приеме предъявлял жалобы на головную боль, головокружение, боль в области сердца колющего характера, повышение артериального давления до 150/100 мм.рт. ст., лишний вес. В течение 6 мес. амбулаторно получал седативную, антигипертензивную, кардиотрофическую терапию с непродолжительным эффектом.

Родился от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 16, 23, 30-31 нед., многоводием, анемией беременных, гестационным сахарным диабетом, I родов в срок. Родился с задержкой внутриутробного развития. В первом полугодии жизни отмечалась гипотрофия I ст., анемия. С 2 мес. на искусственном вскармливании. С 6 мес. в рационе преобладала манная каша на коровьем молоке. Избыточную массу тела имеет с 5 лет.

При объективном осмотре физическое развитие чрезмерное, дисгармоничное за счет высоких показателей (P>97) массы тела, роста, окружности грудной клетки. Распределение жировой клетчатки по абдоминальному типу, гинекомастия, на животе и бедрах стрии розового цвета. В подмышечных и паховых складках, локтевых сгибах, на шее черный акантоз. В крови гиперхолестеринемия, коэффициент атерогенности 3,30, т.е. существует угроза развития атеросклероза. Исследован уровень холестерина у матери и родной сестры – в пределах нормы. Скрининг генов LDLR, APOB, PCSK9, LDLRAP1, ABCG5, ABCG8, CYP7A1 отрицательный, что отвергло предположение о семейной гиперхолестеринемии. В процессе дифференциального диагноза были исключены акромегалия, гипотиреоз, сахарный диабет, болезнь Иценко-Кушинга. В связи с головной болью проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга с ангиографией, что выявило асимметричное расширение желудочковой системы, пролапс миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие с латеродислокацией зуба С2 относительно суставной фасетки С1 влево и уменьшением сагиттального размера позвоночного канала на уровне зубовидного отростка С2, признаки нестабильности гемодинамики. Обнаружено снижение интенсивности МР-сигнала от кровотока правой позвоночной артерии в сегментах V4-V5 на фоне ее выраженной извитости и малого диаметра. Заключение невролога: «Аномалия краниовертебрального перехода, вариант синдрома Арнольда-Киари с рефлекторной пирамидной недостаточностью. Гипоплазия и извитость правой позвоночной артерии».

Пациенту установлен клинический диагноз: (I15) Вторичная артериальная гипертензия.

Сопутствующий: Метаболический синдром. (Q07.0) Аномалия кранио-вертебрального перехода Арнольда-Киари с рефлекторной пирамидной недостаточностью. Гипоплазия и извитость правой позвоночной артерии.

*Выводы.* Артериальная гипертензия у ребенка с аномалией Арнольд-Киари и метаболическим синдромом является редким сочетанием нозологий, каждая из которых может поддерживать повышение артериального давления.

Изучение анамнестических данных, клинических проявлений, анализ лабораторных и инструментальных обследований позволяют установить правильный диагноз.

*А.В. Курганова, Е.Г. Семеняк*

# ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ФАКТОРАМИ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

*ГБУЗРК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации»*
*Республика Крым, г. Евпатория*

Целью данной работы является научное обоснование применения лечебных комплексов у детей с факторами риска по туберкулезу на курортном этапе в санаториях нетуберкулезного профиля.

## Материалы и методы

Выбор комплекса санаторно–курортного лечения с включением различных природных и преформированных физических факторов у детей группы риска по туберкулезу основывался на исходных клинических, функциональных и лабораторных данных. Учитывались также характеристики симпатоадреналовой системы, состояние функциональных резервов и вегетативной реактивности, вегетативного тонуса, неспецифической резистентности, иммунологической защиты и физической работоспособности по данным велоэргометрии. В зависимости от показателей исходного состояния назначалась та или иная лечебная методика.

Под нашим наблюдением находилось 250 детей в возрасте 9-15 лет, прибывших на лечение в санаторий с заболеваниями верхних дыхательных путей: из них с рецидивирующим бронхитом 110 детей, с хроническим тонзиллитом 140 детей с положительной реакцией Манту. Данная категория относится к группе повышенного риска заболевания туберкулезом. Комплекс лечения включал гальваногрязелечение по рефлекторно-сегментарным методикам или в комплексе с хлоридными натриевыми ваннами, галотерапию, ингаляционную терапию на фоне ЛФК, массажа мышц грудной клетки, климатолечения по I–II режиму соответственно сезону года.

## Результаты

При исходно сниженных (относительно должных возрастных величин) показателях физической работоспособности, неспецифической резистентности и функциональных резервов назначалась методика сегментарно–рефлекторного воздействия. Больным хроническим тонзиллитом в виде гальваногрязелечения на область подчелюстных лимфоузлов, при рецидивирующем бронхите на межлопаточную область. Детям с исходно гипокинетическим типом кровообращения, высоким уровнем нейротизма и тревожности, сниженными функциональными резервами кардиореспираторной системы, в комплекс лечения назначалась аэрофитотерапия с эфирными маслами растений (лимона, пихты, апельсина). Для детей с ваготоническим типом вегетативной регуляции сердечной деятельности, незначительно сниженными значениями форсированной жизненной емкости легких, при средних резервах сердечно – сосудистой системы, был эффективным комплекс санаторно-курортного лечения, включающий методику велотренинга.

У детей с рецидивирующим бронхитом с нарушенным состоянием иммунокомпетентной системы, эйтоническим типом вегетативной регуляции сердечной деятельности, удовлетворительными резервами функции кардиореспираторной системы, благоприятная динамика наблюдалась под влиянием комплексного лечения, включающего галотерапию.

Наиболее благоприятное, достоверно выраженное воздействие на ответные показатели оказал комплекс лечения с включением хлоридных натриевых ванн (10-20 г/л) и гальваногрязелечения.

Таким образом, обоснованы дифференцированные комплексы санаторно-курортного лечения детей с факторами риска заболевания туберкулезом, включающие минеральные ванны (хлоридные натриевые ванны 20 г/л), методики грязелечения, аэрофитотерапию с использованием эфирных масел растений, галотерапию с учетом исходного состояния и функциональных резервов сердечно-сосудистой системы данной категории детей.

*Д.О. Ластков, В.В. Попович*

# СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ДОНБАССА: ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ И ПОСЛЕДСТВИЙ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫХ СОСТОЯНИЙ

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*

*Цель работы* состояла в оценке влияния тяжелых металлов на заболеваемость и распространенность болезней глаз и придаточного аппарата у детей и подростков экокризисного региона, в т.ч. в условиях последствий военного и эпидемического дистресса.

С началом локального военного конфликта у детей и подростков наблюдается достоверный рост патологии зрения. Последствия стресс-индуцированных состояний усугубили неблагоприятное действие тяжелых металлов на уровни заболеваемости патологией зрения.

## Материалы и методы

В качестве объекта окружающей среды нами была выбрана почва г. Донецка, а в качестве модели загрязнения – концентрация 12 тяжелых металлов и металлоидов.

Выполнены расчет и анализ уровней заболеваемости и распространенности болезней глаз среди детского и подросткового населения с учетом гендерных различий по самым «загрязненному» (Б.) и «чистому» (В.) районам (не пострадавшим от боевых действий до 2022 г.).

## Результаты и обсуждение

Обращает на себя внимание условия эко-кризисного региона последствия стресс-индуцированных состояний, где происходит неблагоприятное действие тяжелых металлов на уровни заболеваемости патологией зрения детей и подростков (Ba, Hg) . Максимальные показатели заболеваемости и распространенности патологии зрения, как правило, отмечаются в не пострадавших от боевых действий районах, что обусловлено преобладанием острых заболеваний (конъюнктивиты инфекционной природы). Данная закономерность сильнее выражена в уровнях как заболеваемости, так и распространенности, а также болезней глаз у детей и подростков характерны следующие закономерности в I и IV периоды максимальные показатели и в гендерных группах отмечаются в районах П., В. и К., а минимальные (ниже среднегородских) – в районе Б.; во II-III периодах наибольшие показатели – в районах П. и В., наименьшие – в районе К. Различия с минимальными районными уровнями значимы. Из особенностей следует отметить наименьшие в III-IV периодах уровни распространенности болезней в группе школьников (7-14 лет) района П. Гендерные различия недостоверны и зависят от степени загрязнения, наблюдается тенденция к превалированию распространенности среди девочек, среднегородские показатели заболеваемости в разные периоды определяют противоположные тенденции, что обусловлено межрайонными отличиями: если в районах Б. (I-IV) и К. (II-IV) преобладает заболеваемость девочек, то в районах В. и П. (I-II у обоих) чаще болеют мальчики.

*Выводы.* Острые заболевания, чаще встречающиеся у детей дошкольного возраста, приводят к достоверным различиям в уровнях заболеваемости со школьниками, и, напротив, показатели распространенности, определяемые миопией, значимо больше в группе детей школьного возраста. Гендерные различия отсутствуют у детей, а у подросткового населения носят противоположный характер: если у подростков болезни органа зрения значимо преобладают у девушек, то у мальчиков меньше. Уровни распространенности в течение всех анализируемых периодов у школьников были выше, чем у дошкольников (0-6 лет): значимо по городу (I-III), району Б. (I, III-IV), району К. (I, III) за исключением района П. (обратная достоверная зависимость в III-IV).

*Л.П. Лепихова*

# ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОДХОДА ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА, ВЫЗВАННОГО ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*

Лабораторная диагностика инфекционного мононуклеоза является очень важным этапом диагностики поиска, так как позволяет установить не только этиологию заболевания, но и в дальнейшем имеет определяющее значение при оценке течения инфекционного процесса и адекватно проводимой терапии.

*Цель.* Выявление особенностей диагностики инфекционного мононуклеоза у детей.

## Результаты и обсуждение

Классическими клинико-лабораторными проявлениями инфекционного мононуклеоза являются лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом и появление более 10% одноядерных клеток крови (атипичных мононуклеаров). Особенности гемоцитограммы, в первую очередь, позволяют исключить заболевание бактериальной природы. В тоже время при острых респираторных вирусных инфекциях с «мононуклеозоподобным» синдромом, либо же у детей раннего возраста в виде стертой, бессимптомной форм инфекционного мононуклеоза, ПЦР (полимеразная цепная реакция) диагностика превосходит серологические методы диагностики и имеет решающее значение в дифференциальной диагностике. Диагноз данного заболевания подтверждается наличием не менее двух клинико-лабораторных признаков, обнаруженных в сыворотке крови; специфических антител и патогенной ДНК. Важно отметить, что наличие вируса только в лейкоцитах или слюне не является достаточным для подтверждения диагноза. ПЦР обычно показывает положительный результат в начале болезни, когда симптомы только начинают проявляться. Это связано с тем, что вирусная ДНК уже присутствует в крови на ранних стадиях инфекции. Однако, для подтверждения диагноза острого инфекционного мононуклеоза, необходимо провести дополнительные исследования. Иммунофлюоресцентный анализ (ИФА) является одним из таких дополнительных методов. Он позволяет выявить антитела к вирусу Эпштейна-Барр. Однако, результаты ИФА-маркеров обычно становятся положительными только спустя неделю после появления симптомов болезни и в периоде реконвалесценции, когда иммунная система начинает активно бороться с вирусом.

Основными маркерами, позволяющими подтвердить различные формы инфекционного мононуклеоза, являются: первичная инфекция – EA IgG (+), VCA (антитела к капсидному антигену) IgM (+) и ПЦР (+); раннее перенесенная Эпштейна-Барр вирусная инфекция – VCA IgM (-/+), EBNA (антитела к ядерному антигену) IgG (+); латентная форма – EA (ранние антигены) IgG (-/+), EBNA IgG (+++), и ПЦР (-/+).

*Выводы.* Таким образом, можно сделать заключение о том, что целенаправленный и ступенчатый подход к обследованию больного позволяет своевременно и на раннем этапе выявить ошибки в диагностике инфекционного мононуклеоза.

*А.В. Налетов, Д.И. Масюта, Л.Ф. Чалая, Г.В. Зуева*

# РОЛЬ ТОПИЧЕСКИХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТА

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*

Воспалительные процессы в глотке являются одними из самых распространенных заболеваний в мире. Острый тонзиллофарингит (ОТФ) – острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки (небные миндалины, лимфоидные фолликулы задней стенки глотки). Согласно Клиническим рекомендациям по лечению ОТФ (НМАО, 2021), помимо системных, этиотропных (противовирусных и антибактериальных) препаратов, которые назначаются по соответствующим показаниям, большое значение в лечении данной патологии имеют топические противовоспалительные, симптоматические средства. Назначение топических антимикробных препаратов имеет ряд преимуществ. Они могут создавать высокую концентрацию в очаге воспаления, оказывают выраженное влияние на биопленки, обладают активностью в отношении вирусов и грибов, тем самым обеспечивая эффективность, в том числе и в отношении устойчивых возбудителей. Кроме того данная группа препаратов обладает низкой системной биодоступностью и с меньшей вероятностью приводят к формированию лекарственной резистентности, тем самым снижая риск развития нежелательных явлений. Местное лечение ОТФ имеет целью максимально быстро облегчить симптомы заболевания, профилактика вторичного инфицирования повреждений слизистой оболочки, назначаемый местный препарат должен обладать одновременно антибактериальным, противогрибковым, обезболивающим и прямым противовоспалительным действием.

Топические лекарственные препараты выпускаются в виде спреев, растворов для полоскания или таблеток для рассасывания. У детей при отсутствии навыков полоскания горла и опасности аспирации при рассасывании таблеток, предпочтительна форма спрея. Ввиду риска реактивного ларингоспазма, топические препараты назначаются с возраста 2,5-3 лет.

Препараты бензидамина относятся к группе нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Бензидамин имеет высокий профиль безопасности без системных побочных действий и хорошо проникает в воспаленные ткани. Молекула бензидамина состоит из 2 фрагментов. Один фрагмент структурно подобен местному анестетику (лидокаину), что обеспечивает быстрое обезболевание, другой фрагмент является НПВС, обеспечивая длительный обезболивающий эффект. По сравнению с лидокаином бензидамин обладает дополнительным ароматическим кольцом (бензольное кольцо), поэтому молекула бензидамина более стабильна. Кроме того, бензидамин обладает более крупной молекулой и молекулярной массой, чем лидокаин. Все это обеспечивает более выраженное и длительное обезболивание, что подтверждено исследованиями. Бензидамин эффективно проникает в очаг воспаления, так как в отличие от большинства НПВС он имеет основные свойства и по градиенту pH стремится в очаг воспаления, где среда кислая. Фрагменты молекулы бензидамина похожи и на хорошо известные противогрибковые и антимикробные препараты, тем самым придавая ему дополнительные такие свойства. Еще одним антибактериальным механизмом действия бензидамина является остановка процесса питания и размножения патогенной клетки путем обволакивания ее мембраны. Исследования показывают эффективные концентрации бензидамина в очаге воспаления и в отношении биопленок. Дополнительным эффектом применения данного препарата является то, что бензидамин после применения (когда концентрация в очаге наиболее высокая) стимулирует открытие нейтрофильных ловушек, что является антимикробным иммуномодулирующим действием. В отличие от антисептиков бензидамин эффективно действует на всех трех фазах вирусного поражения (адгезия, абсорбция и репликация) и на всех стадиях воспаления (альтерация, экссудация и репарация). Доказана противовирусная активность препарата против герпес-вирусной инфекции, гриппа H1N1. По последним доклиническим исследованиям бензидамин при лечебно-профилактической схеме введения

подавляет цитопатологическое действие вируса SARS-CoV-2 в культуре клеток. Также, в отличие от антисептиков препарат оказывает минимальное токсическое действие на лимфоциты.

Проведенный ряд клинических исследований показал высокую эффективность препаратов бензидамина в педиатрической практике при лечении ОТФ.

*Е.В. Пшеничная, Е.В. Астафьева*

# ФИБРИНОГЕН КАК БИОМАРКЕР ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ВАСКУЛИТОМ

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*

*Целью работы* явилось повышение качества прогностической значимости биомаркера гломерулонефрита у детей с геморрагическим васкулитом на основании изучения содержания фибриногена (ФИБ).

## Материал и методы

Обследованы 108 детей с геморрагическим васкулитом (ГВ), в т.ч. 87 с абдоминальной формой (АФ), 21 – с суставной формой (СФ). В процессе исследования, ретроспективно, из числа больных с АФ, сформирована также группа из 25 с сформировавшимся гломерулонефритом (ГНГВ). Контрольную группу составили 23 здоровых сверстников. ФИБ определяли полуавтоматическим четырехканальным анализатором гемостаза «Реалайт 1204»; референсные значения 2–4 г/л.

## Результаты и обсуждение

Анализ показал, что в дебюте ГВ наиболее высокие средние значения ФИБ выявлены у детей с АФ (4,72±0,3 г/л) и, особенно, у тех 25 пациентов, у которых, несмотря на общепринятое, традиционное лечение развился ГНГВ (7,17±0,6 г/л). При этом уровень показателя при ГНГВ оказался статистически значимо выше не только, установленного у детей контрольной группы и больных с СФ (3,54±0,5 г/л), но с АФ (4,72±0,3 г/л). Изложенное позволило предположить наличие связи между повышенным содержанием ФИБ в дебюте АФ ГВ и вероятным развитием у них ГНГВ. Определяя прогностическое значение изучаемого показателя в случаях развития ГНГВ, осуществлено раздельное рассмотрение содержания ФИБ у детей с ГНГВ и с АФ васкулита без такового. Выяснилось, что при ГНГВ среднее значение показателя составило 7,2 г/л, при ДИ – 95,00% – 6,7 г/л и ДИ – 95,00% – 7,7 г/л, со статистическим отклонением 1,1, минимальным содержанием 5,6 г/л и максимальным 11,3 г/л; медианой (МЕ) равной 7,2 г/л (25% – 6,4 г/л и 75% – 7,5 г/л). В то же время у 32 детей с АФ васкулита без признаков ГНГВ, среднее значение показателя оказалось равным 4,1 г/л, при ДИ – 95,00% – 3,8 г/л и ДИ – 95,00% – 4,4 г/л, со статистическим отклонением 1,0, минимальным содержанием 2,5 г/л и максимальным 6,3 г/л. При этом МЕ составила 4,0 г/л (3,1 г/л – 4,1 г/л). Анализ распределения остатков свидетельствовал о математической адекватности модели, что было подтверждено величиной коэффициента $\chi^2$ = 86,7 P=0,0000. Наряду с этим полученные спецификационные таблицы позволили оценить дискриминирующую способность математической модели в виде достаточно высоких диагностических характеристик: с чувствительностью – 95,2%; специфичностью – 96,9%.

*Заключение.* Полученные результаты определяют целесообразность использования определения уровня фибриногена в крови в качестве высокоинформативного прогностического биомаркера развития гломерулонефрита у детей с ГВ.

*А.Г. Роговцова, О.В. Петренко, Д.И. Кравченко*

# ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА СНА У ИНСТИТУАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

*ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» МЗ РФ*

Сон является неотъемлемой частью физического, умственного и психического здоровья ребенка. Позднее засыпание, раннее пробуждение, уменьшение продолжительности сна могут приводить к развитию различных соматических и психологических патологических состояний, нарастанию эмоционального дисбаланса. Нарушения сна у школьников влечет снижение успеваемости, отклонения в поведении, а также нейрокогнивные расстройства, поскольку именно в период сна происходит формирование устойчивых межнейрональных связей, восстановление состояния организма, процессы, направленные запоминание информации, наиболее интенсивный линейный рост костей у ребенка. Данные о частоте нарушений сна у воспитанников детских домов неоднозначны.

*Цель:* определить показатели качества сна у институализированных детей и их сверстников, воспитывающихся в семьях.

## Материалы и методы

В основную группу вошли 92 ребенка, которые являются воспитанниками детского дома г. Луганска и Центра Социально-психологической реабилитации детей «СПАС» г. Стаханов в возрасте 7 - 10 лет. Группу контроля составили 86 детей, проживающие в полных семьях. Для оценки показателей качества сна использовалась русскоязычная версия опросника Children's Sleep Habits Questionnaire, которая заполнялась воспитателями и родителями.

## Результаты и обсуждение

Суммарный показатель количества проблем со сном значимо не отличался между исследуемыми группами и составил в 1й и 2й группе 45,64±7,42 и 47,25±7,31 баллов соответственно. Результаты продолжительности сна и трудности засыпания были значимо выше в группе институализированных детей. Оценка продолжительности сна составила 3,91±2,04 балла в группе детей, проживающих в детском доме и 2,97±1,3 – в группе детей из семей (p=0,003), а задержка наступления сна – 1,98±1,02 и 1,06±0,58 балла соответственно (p=0,002). Также, у воспитанников детского дома значимо ниже определялись результаты по таким аспектам, как дневная сонливость, показатели составили 9,14±2,05 и 12,06±3,19 баллов (p=0,0004), тревожности сна 4,72±1,13 и 7,18±2,06 балла соответственно (p=0,0002) и сопротивления укладыванию 7,42±1,27 и 11,18±2,71 балла соответственно, p=0,0004). Данные результаты могут быть обусловлены тем, что воспитанники детских домов имеют четкий режим дня и меньшее количество эмоционально окрашенных событий, что способствует более спокойному и быстрому засыпанию.

В ходе исследования высоких значений полученных результатов относительно общей популяции, было установлено, что из 92 детей, воспитывающихся в детском доме, у 27 детей (29,34%) величина суммарных нарушений сна составляла свыше 90 центиля, а в группе контроля таких детей было лишь 11 (12,79%). При более детальном анализе мы установили, что 37 детей, проживающие в семьях (43,02%) по шкале «Сопротивление укладыванию» имели показатель свыше 90 центиля. Полученные результаты объясняются энергичными подвижными играми в вечернее время, активным использованием смартфона и просмотром телевизора. По шкале «Задержка наступления сна» показатели выше 90 центиля были установлены у 48 (52,17%) детей из детского дома и только у троих детей из группы контроля ($\chi 2$ = 19,2631, p=0,00009). Также статистически достоверно значимая разница отличий определялась по шкале «Ночные пробуждения». Результаты можно считать высокими у 41 (44,56%) воспитанника детского дома и у 9 (10,47%) детей, проживающих в полной семье ($\chi 2$=6,80624, p=0,006).

Результаты проведенного исследования показали, что у институализированных детей определяется достаточно высокая частота нарушений сна некоторых показателей, характеризующих его качество: продолжительности и задержки наступления сна. Кроме того, получен-

ные данные коррелируют с показателями тревожности и агрессивности, что, в свою очередь, требует внедрения мероприятий, направленных на оптимизацию эмоционального фона у детей, проживающих в детских домах.

*Е.Г. Семеняк*

# ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КЛИМАТО-ПОГОДНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЕВПАТОРИЙСКОГО КУРОРТА НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

*ГБУЗРК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», РФ, г. Евпатория*

Евпаторийский курорт является климатическим, грязевым и бальнеотерапевтическим. Климат Евпатории сочетает черты степного и приморского равнинного курорта на берегу Каламитского залива Чёрного моря. Приморско-степной климат Евпатории является весьма благоприятным, умеренно влажным, без резких колебаний температуры, с мягким зимним периодом, что делает Евпаторийский курорт комфортным для лечения круглый год.

*Цель работы:* изучение влияния климато-погодных особенностей Евпаторийского курорта на клинико-функциональные, лабораторные показатели детей с заболеваниями органов дыхания на момент поступления в санаторий.

## Материалы и методы

Под наблюдением находилось 160 детей с заболеваниями верхних дыхательных путей в фазе ремиссии, из них 83 (51,9%) девочек и 77 (48,1%) мальчиков. Средний возраст детей составил 12,9±0,2. Дети находились на санаторно-курортном лечении в санаториях г. Евпатория. Группы сформированы путем случайной выборки, с учетом сезонов года.

## Результаты

При первичном врачебном осмотре у трети детей с РБ в фазе ремиссии выявилась бледность кожных покровов, видимых слизистых оболочек. Пальпаторно определялись небольшие безболезненные лимфатические узлы в подчелюстной области, незначительно выраженные аускультативные и перкуторные нарушения кардио-респираторной системы, чаще в весеннем и зимнем сезонах года. Иммунный статус детей с РБ по данным общего клинического анализа крови, иммуноглобулинов (Ig) классов А, М, G, гемолитической активности комплемента, лизоцима у большинства детей (78,9%) не выходили за пределы нормативных значений. Анализ данных по сезонам выявил незначительное напряжение иммуно-компетентных систем, чаще в весеннем и зимнем сезонах года. Состояние местного иммунитета оценивалось по данным секреторного иммуноглобулина А (IgA) слюны. Во всех сравниваемых группах, кроме летнего сезона, имело место незначительно выраженное снижение уровня антителогенеза на слизистых оболочках ротовой полости, более выраженное в зимнем сезоне (23,7±3,6 $p<0,01$; 24,8±4,2; 25,0±2,1;). В летнем сезоне показатель секреторного IgA соответствовал возрастной норме (35,2±3,8 мг/%). По данным кристаллографии слюны определялось наличие признаков воспалительного процесса у большинства (56,1%) детей с РБ весной, осенью и зимой, в сравнении с летней группой, где преобладали аллергические компоненты у 40,0% детей. По данным спирографии у 87,7% детей с РБ во всех группах показатели ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ находились в пределах нормы. Наблюдалось достоверное снижение ($p<0,01$) показателей ПОС, МОС25, МОС50 у 45,7%, что отражало нарушение проводимости на уровне крупных и средних бронхов. Данные нарушения более выражены в зимнем и весеннем сезонах года (ПОС% 68,4±4,3 и 64,0±3,9; МОС25% 69,3±4,7 и 62,6±3,9; МОС50% 84,5±5,6 и 77,7±5,4 соответственно). В летнем и осеннем сезонах у большинства детей показатели соответствовали возрастной норме (ПОС% 74,6±3,5 и 71,8±4,0; МОС25% 78,3±4,6 и 71,3±5,2; МОС50% 93,9±5,8 и 95,0±6,1).

*Выводы.* Проведенные исследования по изучению влияния климато-погодных особенностей сезонов года выявили различия в сезонном аспекте исходных клинико-функциональных, лабораторных показателей. В летнем и осеннем сезонах выраженность отклонений показателей была значительно меньше, чем в весеннем и зимнем сезонах года.

*А.В. Дубовая, А.П. Дудчак, В.В. Сосна*

# ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*

Нормальный сосудистый эндотелий считается гарантом сердечно-сосудистого здоровья, тогда как аномалии сосудистого эндотелия являются основной причиной множества сердечно-сосудистых заболеваний, таких как атеросклероз, старение, гипертония, ожирение и диабет. Воздействуя на функциональный компонент ремоделирования сосудов, можно предотвратить/замедлить прогрессирование структурной перестройки сосудистой стенки и, следовательно, повлиять на развитие инсулинорезистентности (ИР) и артериальной гипертензии (АГ). Ранняя (доклиническая) диагностика состояния сосудистого русла у детей с АГ имеет большое значение в профилактике развития клинической кардиоваскулярной стадии заболевания в подростковом возрасте.

*Цель исследования* – изучить факторы риска развития эндотелиальной дисфункции у детей с артериальной гипертензией с различными значениями индекса массы тела (ИМТ).

## Материалы и методы

Обследованы 64 ребенка, у 22 детей диагностированы вторичные формы АГ, что явилось критерием исключения. У наблюдаемых детей определяли окружность талии (ОТ), ИМТ (индекс массы тела – вес/рост$^2$) оценивали при помощи процентильных таблиц для определенного возраста и пола. В основную группу включено 36 детей в возрасте от 13 до 18 лет, из них 25 (69%) юношей и 11 (31%) девушек, в зависимости от уровня артериального давления и ИМТ. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту с группами наблюдения, уровнем АД от 10 до 94‰ с нормальными значениями ИМТ. Возраст детей с АГ достоверно не отличался от возраста детей контрольной группы ($p > 0,05$). Деление на подгруппы проводилось в зависимости от стадии артериальной гипертензии: у 20 (56%) из этих детей установлена лабильная АГ (1-я подгруппа) и у 16 (44%) – стабильная АГ (2-я подгруппа). Группу сравнения составили 18 детей без АГ, но с избыточной массой тела.

Для оценки функционального состояния эндотелия у детей артериальной гипертензией использовали дуплексное ультразвуковое исследование периферических артерий с оценкой изменения диаметра плечевой артерии (ДПА) до и после ишемии конечности. Во время проведения пробы происходит эндотелий-опосредованное выделение NO, что вызывает расширение сосудов, которое можно количественно определить как показатель вазомоторной функции. Суть метода заключается в возрастании напряжения сдвига в результате увеличения кровотока по периферической артерии.

## Результаты и обсуждение

Дети с АГ предъявляли жалобы на головные боли на фоне психоэмоциональных нагрузок, метеозависимость; головокружения при ортостазе и поворотах головы, слабость, повышенную утомляемость, плохое самочувствие, дискомфорт и кратковременные колющие боли в области сердца, купирующиеся самостоятельно или приемом седативных средств. Исходный ДПА перед проведением пробы с реактивной гиперемией у детей контрольной группы составил 0,31±0,015 см, у детей группы сравнения - 0,34±0,05 см. Постокклюзионная гиперемия сопровождалась увеличением ДПА ($p<0,05$) во всех группах исследуемых. При сопоставлении значений коэффициента дилатации была выявлена зависимость ДПА от массы тела и от выраженности АГ. Соответственно увеличению ДПА увеличивалась и исходная скорость кровотока. Максимальные значения скорости отмечены при стабильной стадии АГ.

*Заключение.* У детей с нормальной массой тела и АГ (1-я подгруппа в группе сравнения), а также у детей контрольной группы вазоконстрикции зафиксировано не было. Оценка изменения диаметра плечевой артерии выявила недостаточную дилатацию у детей с избыточной массой, однако, наибольшая степень недостаточной вазодилатации определялась у детей со стабильной артериальной гипертензией.

*Г.Э. Сухарева*

# ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ – КАЗУИСТИКА? (собственные наблюдения)

*ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» Ордена Трудового Красного Знамени Медицинский институт имени С.И. Георгиевского*
*г. Симферополь, Россия*

Учитывая редкую встречаемость и трудность диагностики для педиатров и детских кардиологов острого коронарного синдрома (ОКС) с развитием инфаркта миокарда (ИМ) приводим собственные наблюдения этой патологии у детей. Наиболее частой причиной развития ОКС у детей являются врожденные аномалии коронарных артерий (КА), а также их приобретенная патология (коронариты). Врожденная патология КА (аномалия Бланда-Уайта-Гарленда) - это аномальное отхождение левой КА от легочной артерии (АОЛКА от ЛА), которая составляет от 0,5% в детской популяции. Коронаритами наиболее часто осложняются системные васкулиты, а также некоторые инфекционные заболевания. У детей также встречаются посттравматические ИМ.

*Цель.* Привлечь внимание педиатров, детских кардиологов и семейных врачей к проблеме ОКС у детей.

## Материалы

Под нашим наблюдением в РДКБ (г. Симферополь) находились 9 детей с ИМ, из которых 4 – с аномальным отхождением левой коронарной артерии от легочной артерии (АОЛКА или синдром Бланда-Уайта-Гарленда), 2 – с системным васкулитом (синдромом Кавасаки и неспецифическим аортоартериитом – синдромом Такаясу), один ребенок с посттравматическим ИМ, а также 1 больной с тромбофилией и 1 ребенок с ИМ при опухоли сердца.

## Результаты и их обсуждение

Ребенок М., 4 месяцев с АОЛКА умер вследствие развившегося ИМ, второй ребенок К. в 10 месяцев был направлен в «НПМЦ детской кардиологии и кардиохирургии» (г. Киев), где ему после проведения зондирования полостей сердца и коронарографии был подтвержден диагноз - АОЛКА от ЛА и была успешно проведена операция аорто-коронарного шунтирования. Девочка В., 12 лет с болезнью Такаясу была экстренно транспортирована в «НИИССХ им. Н.М. Амосова», где у нее развился инфаркт папиллярной мышцы с отрывом створки МК, что потребовало протезирования МК. Произведена ревизия АК и наложен бандаж восходящей аорты. В препарате МК обнаружена миксоматозная дегенерация с поверхностной пролиферацией. При патологогистологическом исследовании в препарате, полученном из стенки аорты были найдены изменения, характерные для НАА (болезнь Такаясу). Мальчик М., 2 года 7 мес., был направлен в «НПМЦ детской кардиологии и кардиохирургии» с диагнозом: болезнь Кавасаки. Множественные аневризмы КА. Постинфарктный кардиосклероз. Аневризма передне-верхушечной зоны левого желудочка. Ребенку было проведено хирургическое вмешательство: аневризма ЛЖ вскрыта, произведена резекция аневризмы, эндовентрикулопластика и маммарно-коронарное шунтирование (LIMA – LAD). У ребенка В., 7 лет, после ушиба грудной клетки развился посттравматический ИМ в средней трети межжелудочковой перегородки, который был успешно прооперирован – выполнено аорто-коронарное шунтирование. В настоящее время ребенку 20 лет, состояние его удовлетворительное. У больного С., 16 лет с тромбофилией, тромбофлебитом нижних конечностей остро развилась тромбоэмболия ветвей легочной артерии, а через год он умер от острого ИМ.

*Заключение.* Таким образом, ИМ у детей встречается чаще, чем диагностируется. Настороженность практических врачей и своевременная диагностика данной патологии позволят улучшить прогноз заболевания, снизить риск летального исхода и уменьшить инвалидизацию.

*Е.Н. Толченникова, Е.В. Прохоров*

# ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» МЗ РФ*

В настоящее время очевидный научно-практический интерес представляет изучение влияния герпесвирусов на частоту развития и характер течения соматической патологии, в т.ч. и поражений сердца у детей. На сегодня своеобразие клинических проявлений кардиальной патологии, в частности при Эпштейн-Барр вирусной инфекцией (ЭБВИ), во многом обусловлено иммуносупрессивным действием вирусов, дисбалансом клеточного и гуморального иммунного ответа, сдвигами параметров цитокинового и интерферонового статуса, нарушениями процесса апоптоза, а также механизмами, которые обеспечивают долгосрочную персистенцию и возможности участия вирусов в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых поражений. Тем не менее, до настоящего времени отсутствует единое мнение о характере и сроках появления кардиальных осложнений при ЭБВИ. Согласно данным специальной литературы и собственным исследованиям поражения сердца при ЭБВИ достаточно разнообразны. В частности, в случае острого течения инфекции, примерно у каждого десятого диагностируют миокардит (10,0-12,5%), значительно реже – эндокардит (2,5%).

Миокардит при типичном, ассоциированном с Эпштейн-Барр вирусом, инфекционном мононуклеозе, чаще протекает в легкой и среднетяжелой форме. Однако в случаях генерализованной инфекции миокардит может приобретать тяжелое течение с исходом в дилатационную кардиомиопатию и даже приводить к летальному исходу. Исследователями доказана высокая тропность вируса Эпштена-Барра к кардиомиоцитам с нарушением в них метаболизма и развитием воспалительного процесса. На ЭКГ могут быть разнообразные нарушения (отрицательный зубец Т с депрессией сегмента ST, изменения длительности интервала PQ, блокады правой, левой ножек пучка Гиса).

В свою очередь, эндокардит при ЭБВИ в большинстве случаев наблюдается у детей с сопутствующим врожденным пороком сердца или фоновыми заболеваниями (сахарный диабет, первичный иммунодефицит, ВИЧ-инфекция), характеризуется преимущественно подострым течением. При этом, аортальный клапан поражается в трети случаев (до 35%), митральный – в 20-25% случаев, трикуспидальный – в 5-7%.

При хронической ЭБВИ поражение сердца по данным обследований 56 детей, находившихся на обследовании и лечении в РДКБ, встречалось в 37,0 % случаев преимущественно в виде вторичной кардиопатии, которая, наряду с клиническими проявлениями (приглушенность тонов, систолический шум на верхушке и в V точке), характеризовалась изменениями на ЭКГ в виде нарушений ритма сердца (синусовая аритмия, брадиаритмия, миграция водителя ритма, AV-блокада I ст.), процессов реполяризации в миокарде. Важное значение в диагностике поражений сердечно-сосудистой системы при ЭБВИ у детей приобретают данные лабораторные методы исследования, таких как повышение активности кардиоспецифических ферментов (креатинкиназа, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, α-гидроксибутиратдегидрогеназа), определение антикардиальных антител к эндотелию, кардиомиоцитам, уровень сывороточных тропонинов, количественное определение сывороточной концентрации антимиокардиальных аутоантител.

У детей с герпесвирусными инфекциями изменения со стороны сердца встречаются с достаточно высокой частотой, обусловлены несколькими механизмами (как следствие непосредственного влияния вирусов, так и в качестве триггерного фактора). В случае острого течения инфекции диагностируют миокардит (10,0% – 12,5 %), эндокардит (2,5 %). При хроническом течении регистрируется вторичная кардиопатия (37,0 %), различные нарушения ритма сердца.

*[1,2]Н.А. Тонких, [1]А.В. Дубовая*

# ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В ЦИФРОВУЮ ЭПОХУ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

*[1]ФГБОУ ВО ДонГМУ МЗ РФ, г. Донецк,*
*[2]ФГБУ «ИНВХ им. В.К. Гусака» МЗ РФ, г. Донецк*

В настоящее время невозможно представить повседневную жизнь без электронных носителей. Согласно полученным данным, 67% населения имеют мобильные телефоны, 57% – используют различные электронные ресурсы, 45% являются активными пользователями социальных сетей. Помимо гиперинформационного стресса, реалиями сегодняшнего дня является наслаивание нескольких стрессовых факторов: 2014 г. – начало боевых действий на Донбассе, 2020-2022 гг. – пандемия Covid-19, с февраля 2022 г. по настоящее время – активизация боевых действий. Все это негативно влияет на здоровье детей.

*Цель работы:* оценить зависимость от смартфонов и влияние гаджетов на здоровье детей в условиях хронического стресса.

## Материалы и методы

Аналитический метод, включающий анализ литературы и интернет-ресурсов; статистический метод обработки информации, использование адаптированной анкеты-опросника. В работе приняло участие 87 детей 7-17 лет обоего пола, обратившихся на консультативный прием в поликлинику ИНВХ им. В.К. Гусака за период 2022-2023 гг.

## Результаты и обсуждение

Основным времяпровождением детей от 7 до 17 лет, проживающих на территории Донецкого региона, является общение в интернете (84,2±2,6%). Почти постоянно «он-лайн» находятся 40,8±7,0% детей в возрасте до 10 лет; 66,7±5,8% подростков в возрасте 14-17 лет. Суммарная продолжительность экранного времени даже у детей младшего школьного возраста превышает 8-10 часов в сутки. Доказано, что мозг в хроническом режиме потребления информации получает данные, но не анализирует, не осознает, не структурирует их; мышление как функция не формируется; познавательные навыки атрофируются. Установлена связь между использованием смартфонов и признаками синдрома дефицита внимания, сокращением времени сна, психическим благополучием. Независимо от возраста длительность «экранного» времени более 2 часов приводила к снижению продолжительности сна у 57,9±11,3% чел.; расстройствам сна – у 30,6±3,3% чел.; нарушениям коммуникации – у 40,8±7,0% чел.

Из-за сложившейся в настоящее время ситуации ~100% детей ведут малоподвижный образ жизни, что на фоне хронического психоэмоционального стресса способствовало развитию высокого уровня тревожности у 42,5±6,8% чел., формированию избыточной массы тела – у 24,2±2,7% чел., повышению АД – у 18,2±2,3% чел. Эти формы психоэмоционального напряжения прогностически неблагоприятны в плане риска развития нарушения здоровья, в т.ч. репродуктивного (неврозы, соматические заболевания, нарушения менструального цикла и др.). Полученные данные подтверждают необходимость проводить разъяснительные беседы по использованию смартфонов у детей: во время ожидания вызова не подносить смартфон к уху; замена звонков текстовыми сообщениями; исключение разговоров в лифте, подземном переходе, метро, во время приема пищи и за два часа до сна; обязательное выключение устройств на ночь; пользование телефоном только для связи.

*Выводы.* Совокупность нескольких стрессовых факторов значительно обострила уровень нервно-психического напряжения всех жителей Донбасса, что является предрасполагающим фактором в возникновении широкого круга психо-патологических нарушений и заболеваний соматического профиля. Необходима психопрофилактика и своевременная терапия психических расстройств для предупреждения хронизации имеющейся патологии и манифестации новых заболеваний. Родители должны контролировать и регулировать доступ ребенка к экранам всех типов, а врачи должны спрашивать, обучать и помогать семьям разрабатывать планы использования средств массовой информации.

*Н.Н. Головченко, М.Ю. Сульженко, И.В. Грабарь, И.В. Гридина, В.И. Друпова*

# ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

*ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Свт. Луки» Минздрава России*

Паническое расстройство (F 41.0) – периодически повторяющиеся приступы паники, возникающие спонтанно, без видимой связи с внешними раздражителями и сопровождающиеся соматовегетативными симптомами, страхом смерти, потери контроля или сойти с ума. Термин "панические атаки" в качестве отдельной клинической единицы существует в зарубежной литературе с 1980 года.

Панические атаки (ПА) обычно возникают у людей в возрасте 20-40 лет, однако в настоящее время все чаще встречаются у детей в возрасте 10-15 лет и младше. Страдают примерно 3% подростков, девочки в 2 раза чаще, чем мальчики. Причинными факторами возникновения ПА могут быть как шоковые и субшоковые психические травмы, вызывающие острый испуг, так и затяжные психотравмирующие ситуации (у детей это длительная разлука с близкими, их гибель, тяжёлая болезнь родителей, смена места жительства и др.). В этиологии немалая роль принадлежит также некоторым факторам внутренних и внешних условий. В числе внутренних факторов особое значение имеют тревожно-мнительные черты характера и проявления психической незрелости в виде повышенной впечатлительности и внушаемости. Определённую роль играет, по-видимому, и рецессивно-генетическая передача: у родителей достоверно повышен процент тревожно-депрессивных расстройств. Основным способствующим ПА фактором внешних условий является неправильное воспитание типа потворствующей гиперпротекции с тревожными опасениями родителей по поводу жизни и здоровья ребёнка. Огромное значение для клинической реализации ПА имеет нарушение вегетативной регуляции (дисфункции верхнетеменной ассоциативной коры, парагиппокампальной извилины, таламуса, хвостатого ядра и амигдалярного отдела мозга, неравномерности созревания различных мозговых структур, в частности с повышенной активацией префронтальной зоны) при обусловленности конституциональными особенностями организма, а может быть и результатом натальных и постнатальных травм, нейроинфекций, интоксикаций. ПА могут быть спонтанными и спровоцированными. Факторы, провоцирующие криз, можно условно разделить на психогенные, физиогенные и биологические. Среди психогенных факторов следует выделить кульминации конфликтов и острые реакции на стресс. К физиогенным относятся чрезмерные физические нагрузки, инсоляция (другие виды перегрева), переохлаждение, интоксикации, метеотропные факторы. Биологические факторы включают в себя менструации, начало половой жизни, беременность, аборты, приём контрацептивных средств.

У детей преобладает страх темноты, одиночества, отрыва от матери, больницы; у подростков – страх открытых пространств, высоты, большого количества людей, катастрофы, падения, возможности "сойти с ума", заболеть неизлечимым заболеванием. В связи с этим могут предприниматься защитные формы поведения: не выходят на улицу, постоянно моют руки, требуют присутствия рядом родственников. В последующем страх перестаёт быть конкретным и проявляется общей тревогой, напряжённостью, немотивированной агрессией. К сожалению, такие приступы имеют и более отдалённые последствия, так как становятся фоном для формирования психопатологических черт характера, поскольку в динамике имеют тенденцию полностью не купироваться в межприступном периоде. Критерии, необходимые для диагностики ПА, следующие: 1) пароксизмальность; 2) полисистемные вегетативные симптомы; 3) эмоционально-аффективные расстройства, выраженность которых может колебаться от "ощущения дискомфорта" до "паники".

В связи с вышеперечисленным, поиск причины пароксизмального расстройства и триггера панических атак является первоочередным для успешной данных состояний. Лечение должно быть комплексным, индивидуальным и длительным, с учетом психологических и социальных факторов.

*Т.А. Сиротченко, В.В. Соннов*

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России*

Младенческая смертность – важнейший интегральный показатель, который характеризует доступность и эффективность оказания медицинской помощи детям и матерям.

*Цель работы* – определить основные резервы службы материнства и детства на основании анализа младенческой смертности за 2022 год в Луганской Народной Республике.

## Материалы и методы

Для исследования были использованы материалы статистических отчетов Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики, которые обработаны с помощью общепринятых методов статистического анализа.

## Результаты и обсуждение

Уровень младенческой смертности в Луганской Народной Республике за 2022 год составил 5,83 на 1000 детей, родившихся живыми.

Уровень перинатальной смертности составил 9,5 при соответствующих показателях мертворождаемости 7,0 и ранней неонатальной смертности – 2,5. Основными причинами перинатальных потерь при уровне 33,6 на 10000 детей, родившихся живыми, в структуре младенческой смертности, были внутриутробные инфекции, хроническая респираторная болезнь перинатального периода, нарушения, связанные со сроком беременности и размером плода и тяжелая асфиксия в родах. С целью предупреждения случаев заболеваний, связанных с перинатальным периодом, в Луганской Народной Республике внедрялись следующие мероприятия: полный охват беременных диспансерным наблюдением; подготовка врачей неонатологов, акушеров-гинекологов и анестезиологов -реаниматологов методам первичной реанимации новорожденных; своевременное консультирование новорожденных с тяжелой патологией республиканскими специалистами; качественная транспортировка новорожденных в перинатальный центр в соответствии с международными правилами и клиническими рекомендациями.

При уровне смертности от врожденных аномалий 14 на 10000 детей, родившихся живыми, основное внимание было направлено на модернизацию парка аппаратуры для ультразвуковой диагностики, внедрение современных методик пренатальной диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий, внедрение мероприятий по планированию семьи и повышение качества работы женских консультаций.

Третье место среди причин младенческой смертности занял синдром внезапной смерти. При этом, основное внимание было направлено на повышение качества профилактической работы с семьями группы медицинского и социального риска, проведение аудита за качеством оказания помощи беременным и детям первого года жизни.

С целью профилактики случаев смерти от инфекционных и паразитарных заболеваний, патологии нервной системы и системы кровообращения, в Луганской Народной Республике внедрялись клинические рекомендации по диагностике и лечению этих состояний. В 2022 году только 6,1% от общего количества детей первого года жизни умерли на догоспитальном этапе, что указывает на эффективную работу амбулаторно-поликлинического звена педиатрической службы.

По результатам работы сделан вывод, что использование современных организационных и лечебно-профилактических методик определило низкий уровень младенческой смертности в Луганской Народной Республике в 2022 году.

*[1]М.Ю. Сульженко, [1]Н.Н. Головченко, [2]А.Б. Лесина, [2]Е.Н. Евдокимова, [1]Д.С. Киселева, [1]А.И. Шпак*

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭХИНОКОККОЗА У РЕБЕНКА

*[1]ФГБОУ ВО «ЛГМУ им. Свт. Луки» Минздрава России*
*[2]ГУ «ЛРДКБ» ЛНР*

Научная проблема эхинококкоза занимает первое место по частоте проявлений инвазии и является одним из распространённых заболеваний и в тоже время сложно диагностируемых в Российской Федерации. На данный момент заболеваемость составляет в среднем 3-6 случаев на 100000 населения.

На начальных стадиях развития болезни диагностика эхинококкоза для клинициста является затруднительной, поскольку клинические проявления эхинококкоза на ранних стадиях развития практически отсутствуют. Чаще всего заболевание диагностируют случайным образом при проведении инструментальных методов диагностики: УЗИ печени, рентгенография органов грудной клетки, МРТ.

Пациент Д (мальчик), 3 года, госпитализирован в отделение детской онкогематологии ГУ ЛРДКБ ЛНР 23.01.2023 г. с предварительным диагнозом: «Анемия тяжелой степени».

Симптомы больного на момент поступления: выраженная бледность кожных покровов, стойкая лихорадка на фебрильных цифрах, изменения в гемограмме (анемия, тромбоцитопения), увеличение селезёнки (+ 5 сантиметров), увеличение шейных лимфоузлов до 1,5 см в диаметре, кровоточивость из слизистой носа.

Анамнез заболевания: со слов матери и предоставленных выписок ребенок наблюдался в НДСБ «ОХМАТДИТ» г. Киев с 9-ти месяцев, с диагнозами: анемия тяжёлой степени; лейкемоидная реакция; гепатоспленомегалия. (Диагнозы выставлены в 2021 г.).

Обследовался по месту жительства, после чего был направлен в ГУ ЛРДКБ ЛНР с предварительными диагнозами: болезнь накопления? хроническая железодефицитная анемия, токсикодермия рецидивирующее течения, синдром гепатоспленомегалии, образование селезёнки?

Из анамнеза жизни обращает на себя внимание тот факт, что в 2021 году ребенок перенес COVID-19, подтвержденный, тяжелое течение.

В отделении обследован (до лечения пациента хирургическим путем):

В клиническом анализе крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты – $4{,}27\times10^{12}$/л, тромбоциты – $83\times10^{9}$/л, лейкоциты – $5{,}4\times10^{9}$/л, п – 1%, с – 31%, э – 1%, м – 8%, л – 59%, СОЭ – 10 мм/ч, ретикулоциты – 0,6%.

Заключение МСКТ – признаки объёмных образований селезёнки (Лимфома?). Гепатоспленомегалия. Признаки тромбоза селезеночной вены.

Биохимические анализы крови – без особенностей. Анализы мочи – без особенностей. ПЦР вирус Эпштейна-Барр не выявлен. IgG к эхинококку – серая зона. Антитела к ВИЧ не выявлены.

В связи с развитием явлений гиперспленизма, а также учитывая диагностический характер манипуляции пациенту рекомендовано проведение спленэктомии.

Операция (спленэктомия) проведена 03.03.2023 г. Взят макропрепарат: селезёнка размером 15×7×6 см. Вес – 300 грамм.

Послеоперационный диагноз: объёмное образование селезёнки. Гиперспленизм. Анемия средней степени тяжести. Вторичная тромбоцитопения.

Протокол прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала) – заключение: эхинококкоз селезёнки.

Клинический анализ крови (после лечения хирургическим путем): гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – $4{,}32\times10^{12}$/л, тромбоциты – $510\times10^{9}$/л, лейкоциты – $8\times10^{9}$/л, п – 0%, с – 52%, э – 5%, м – 29%, л – 14%, СОЭ – 5 мм/ч, ретикулоциты – 0,7%.

Таким образом, случаи спленомегалии, иногда даже имеющие очевидные причины, могут оказаться не единственными, усугубляя клинику и течение процесса.

Подтвержденный эхинококкоз у данного пациента был неочевидным диагнозом вплоть до патогистологического результата.

Явления гиперспленизма купированы благодаря проведению спленэктомии.