

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



Архив клинической и экспериментальной медицины

ТОМ 33, Приложение 2

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 33, Приложение 2

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 К.П. Павлюченко

Э.Ф. Баринов А.П. Педорец

Ю.Г. Выхованец А.С. Прилуцкий

Г.А. Городник В.Н. Романенко

А.М. Кардаш Э.Я. Фисталь

Н.Е. Моногорова В.К. Чайка

С.В. Налетов

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Н.Н. Бондаренко (Донецк)

И.П. Вакуленко (Донецк)

С.В. Витрищак (Луганск)

В.К. Денисов (Донецк)

Ю.Ю. Елисеев (Саратов)

Т.Л. Зефирова (Казань)

С.Е. Золотухин (Донецк)

Б.В. Крылов (Санкт-Петербург)

Н.И. Латышевская (Волгоград)

Г.В. Лобанов (Донецк)

А.Д. Луговсков (Луганск)

Н.Г. Семикоз (Донецк)

Т.П. Тананакина (Луганск)

Д.В. Чуркин (Донецк)

Ответственный за выпуск: Д.Ю. Кустов

Представленные к печати материалы не рецензировались, публикуются в авторской редакции, сохранена орфография 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 №7 от 30.08.2024 г.
Журнал включен в "Перечень
рецензируемых научных изда-
ний, в которых должны быть
опубликованы основные науч-
ные результаты диссертаций".
Журнал зарегистрирован и
индексируется в Российском
индексе научного цитирования
(РИНЦ).

Дизайн, верстка, тех. сопровождение:

Кустов Д.Ю.

Подписано в печать: 01.10.2024
Формат 60x84/8
Гарнитура Cambria.
Усл. печ. л. 5.7
Печать офсетная.
Бумага Tecnis.
Заказ №07-10 Тираж 100 экз.

Адрес редакции:

83003, г. Донецк, пр. Ильича, 16
Телефон: +7(949)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

27 СЕНТЯБРЯ 2024 Г.

Г. ДОНЕЦК

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Г.И. Баешко, Н.Н. Канана</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ.....	6	СИНДРОМЕ ШЕЙТХАУЭРА-МАРИ-СЕНТОНА.....	19
<i>А.И. Бобровицкая, Р.Ф. Махматов, Л.А. Сухорукова, Р.А. Захаров</i> ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЙ ПЕРИОД И МОНИТОРИНГ ЗА ДЕТЬМИ, ПОЛУЧИВШИМИ ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В.....	7	<i>А.В. Дубовая, Е.В. Бордюгова, К.С. Кошеленко</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА РЕМХЕЛЬДА У РЕБЕНКА.....	20
<i>Е.В. Бордюгова, В.Г. Конов, Н.Л. Сысоева, А.В. Завгородняя, Л.В. Чупрова</i> НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	9	<i>А.В. Дубовая, Ю.В. Каменева, В.Г. Конов, Н.Л. Сысоева</i> КАРДИОМИОПАТИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОДИСТРОФИИ ДЮШЕННА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	21
<i>А.В. Бурлуцкая, Д.А. Иноземцева</i> АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У ДЕВОЧКИ 10 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	10	<i>А.В. Дубовая, Б. Ариунсанаа, Ю.В. Науменко</i> О ПРОБЛЕМАХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....	22
<i>А.В. Бурлуцкая, Д.А. Иноземцева</i> ГИСТИОЦИТАРНЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЛИМФАДЕНИТ: БОЛЕЗНЬ КИКУЧИ- ФУДЖИМОТО.....	11	<i>А.В. Дубовая, Н.А. Усенко, Е.В. Бордюгова, В.Г. Конов</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР.....	26
<i>А.В. Бурлуцкая, Д.А. Иноземцева</i> ЗНАНИЯ ПЕДИАТРОВ И РОДИТЕЛЕЙ О ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	12	<i>Л.В. Елисеева, В.П. Татаурова</i> ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗЕРВЫ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ДИНАМИКЕ САНАТОРНО- КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	27
<i>С.В. Власенко, Э.А. Османов</i> ВЛИЯНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГОВ- ДЕФЕКТОЛОГОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ.....	13	<i>И.Д. Ермакова, Н.А. Зенько</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.....	28
<i>О.Ф. Гаврилова</i> СОДЕРЖАНИЕ ЛИЗОЦИМА В СЛЮНЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 И ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ....	14	<i>И.Б. Ершова, А.Г. Роговцова, А.М. Левчин, М.В. Котова</i> ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	29
<i>О.И. Гармаш, А.В. Курганова, В.П. Татаурова, О.Е. Витринская, Л.А. Лутицкая</i> ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК С ДИСМЕНОРЕЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	15	<i>А.В. Курганова</i> ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ ШИРОЧАЙШИХ МЫШЦ СПИНЫ У ДЕТЕЙ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	31
<i>Н.Н. Головченко, М.Ю. Сульженко, И.В. Грабарь</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИЕЙ.....	16	<i>Р.Ф. Махматов, А.И. Бобровицкая, О.А. Лихобабина</i> СЛОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19.....	32
<i>Е.В. Дегтяренко</i> АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НЕТИПИЧНОЙ ФОРМЫ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА У РЕБЕНКА МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....	17	<i>В.В. Медведева, Н.П. Кучеренко, Л.А. Гончарова, Т.И. Коваленко, В.В. Сафонова</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.....	33
<i>Е.В. Демченко</i> СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С ДИСБИОЗОМ ПОЛОСТИ РТА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ.....	18	<i>В.В. Медведева, А.Ф. Смирнова, Г.В. Котлубей, В.В. Сафонова, В.С. Шевченко</i> ГЛАЗНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ.....	34
<i>С.С. Демченко, А.М. Бриль, С.И. Хода</i> ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ		<i>А.В. Миргородская, И.В. Грабарь</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ.....	35
		<i>А.Н. Провизион, О.А. Зубаревская</i> ОСОБЕННОСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И НЕДОСТАТОЧНОСТИ 25-ОН ВИТАМИНА D.....	36

<i>Т.В. Проценко, С.А. Боряк, И.Е. Милус, А.С. Горбенко</i> ОПЫТ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПИТАНИЯ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....	ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА.....	37	43
<i>Е.В. Пшеничная, Л.П. Лепихова</i> ПОРАЖЕНИЕ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ.....	<i>В.В. Соннов</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ В ЛНР.....	38	44
<i>Е.В. Пшеничная, М.А. Токарева</i> ХАРАКТЕР СОНОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ.....	<i>М.Ю. Сульженко, Н.Н. Головченко</i> СТРУКТУРА ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ В ЛНР.....	39	45
<i>М.С. Рамошкайте, Е.В. Демченко, О.И. Губанова</i> СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕВИ-ХОЛЛИСТЕРА.....	<i>В.П. Татаурова</i> САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С ПРИМЕНЕНИЕМ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН.....	40	46
<i>Е.Г. Семеняк</i> ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ.....	<i>Н.А. Тонких, Н.Н. Конопко</i> СЛОЖНОСТИ ВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА СО СКРЫТЫМ СИНДРОМОМ WPW НА ФОНЕ МИОКАРДИТА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....	41	47
<i>Т.А. Сиротченко, М.М. Караманешта</i> ЗАТЯЖНОЙ ВОЕННЫЙ КОНФЛИКТ КАК АТРИБУТИВНЫЙ ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ	<i>Н.И. Шабан, Р.Ф. Махмутов, О.Е. Журбий, Т.И. Шапченко</i> МАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ.....		49

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк,
ФГБУ «ИНВХ им. В.К. Гусака» Минздрава России, г. Донецк

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 многоликостью 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 тка-

ни.

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 также желудочковых экстрасистол (ЖЭ) до 12%. Нарушения проводимости сердца регистрировались у 8 (7,2%) детей с врожденными пороками сердца, которые были представлены 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.

ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЙ ПЕРИОД И МОНИТОРИНГ ЗА ДЕТЬМИ, ПОЛУЧИВШИМИ ВАКЦИНАЦИЮ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

В странах, где носительство HBsAg регистрируется около 2%, ВОЗ рекомендует вакцинацию против вирусного гепатита В новорожденных и детей раннего возраста.

Целью работы является изучение особенностей поствакцинального периода у детей раннего возраста, вакцинированных против вирусного гепатита В и разработать мониторинг их наблюдения.

Материалы и методы. Проведено ретроспективный анализ 56 амбулаторных карточек детей первого года жизни методом общей выборки. Дети были разделены на 2 группы: 1 группа (30) детей, вакцинированные Энджерикс по схеме: 0-1-6-12 мес. жизни, II - 26 детей не привитые против вирусного гепатита В.

Результаты и обсуждение. Катамнестическое наблюдение выявило, что вакцинированные дети болели реже в 1,6 раза по сравнению с не -вакцинированными. Особенно демонстративны различия между этими группами детей по числу заболеваний ОРВИ (3-4 раза и более в течение года). Детей, болеющих 3-4 и более раз ОРВИ среди вакцинированных, было меньше и болели реже в 3-7 раза по сравнению с невакцинированными. На первом году жизни дети, вакцинированные против вирусного гепатита В, – в 1,6 раза.

При оценке лабораторных данных у вакцинированных детей по сравнению с невакцинированными выявлено: 1) наличие у 4% детей вакциноассоциированной тромбоцитопении спустя 1 - 3 недели после 1-го или 2-го тура вакцинации; 2) в группе вакцинированных детей наблюдались изменения в гемограмме: более выраженный сдвиг палочкоядерных нейтрофилов, ускорение СОЭ, уменьшение количества тромбоцитов, что наряду с этим не выходило за пределы возрастной нормы.

При изучении специфической противоинфекционной защиты у вакцинированных детей было установлено, что хорошая специфическая противоинфекционная защита выявлена у 28,5% детей (анти - HBs – 353,6±0,99 мМЕ/мл), умеренная – у 45,9% (анти - HBs – 159,77±0,66 мМЕ/мл.), минимально необходимый уровень для иммунной защиты – у 25,6% (анти - HBs – 42,28±0,99 мМЕ/мл.). Однако, даже при низком

титре анти-HBs <10 мМЕ/мл. дети имеют достаточную специфическую противоинфекционную защиту – клетки «памяти» способны реагировать на инфекционный агент.

Следовательно, клинико-лабораторные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения особенностей течения поствакцинального периода у детей, вакцинированных против гепатита В, а также уточнения показаний и противопоказаний к вакцинации детей различного возраста и состояния здоровья.

С учетом вышеизложенного предложен следующий алгоритм отбора детей для противогепатитной вакцинации, а также этапное наблюдение в поствакцинальном периоде.

Первый этап – первичный дородовой патронаж осуществляется участковым педиатром в 1-ом триместре беременности с целью выявления эпидемиологических и физиологических аспектов у беременной женщины и постановки ее на учет в детской поликлинике.

Второй этап – вторичный дородовой патронаж осуществляется участковым педиатром в 3-ем триместре беременности с целью выяснения течения беременности, переносимых заболеваний, результатов обследования в генетическом центре и иммунологической лаборатории, даются рекомендации по уходу за новорожденным.

Третий этап – наблюдения на уровне физиологического отделения новорожденных осуществляется неонатологом для прогнозирования риска возникновения инфекционно-воспалительных заболеваний и затяжного характера не прямой гипербилирубинемии с использованием клинико-лабораторных критериев.

Четвертый этап – наблюдение в условиях детской поликлиники в течение первого года жизни и определение участковым педиатром билирубина с целью ранней диагностики затяжного характера не прямой гипербилирубинемии, лечения и профилактики.

Таким образом, организация наблюдения за детьми, вакцинированными и не вакцинированными против вирусного гепатита В состоит из нескольких этапов, каждый из которых имеет свои кон-

кретные цели и задачи. При выявлении у новорожденного желтушного синдрома необходимо проводить мониторинг с це-

лью своевременного выявления состояний, требующих дополнительных вмешательств.

НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк,
ФГБУ «ИНВХ им. В.К. Гусака» Минздрава России, г. Донецк

Острый коронарный синдром (ОКС) – группа клинических признаков или симптомов, позволяющих заподозрить острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. Частота встречаемости ОКС в детском возрасте – около 20 случаев на 1 млн детского населения. Среди причин – коронарогенные, некоронарогенные, у новорожденных при тяжелой асфиксии. Врожденная патология коронарных артерий м.б. изолированной или в сочетании с врожденными пороками сердца (ВПС) – тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов (ТМС), стеноз и коарктация аорты и др. Основные критерии диагностики – типичные изменения на электрокардиограмме (ЭКГ), отклонения в биохимическом анализе крови и эхокардиограмме (ЭхоКГ).

Цель работы: ознакомить с клиническим случаем ОКС у ребенка с ВПС.

Материалы и методы: история развития и болезни пациента.

Результат и обсуждение. Под нашим наблюдением с рождения находится пациент 17 лет. Пренатально установлен ВПС – ТМС, дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), открытый артериальный проток (ОАП). На 16 сут. жизни выполнено артериальное переключение, пластика ДМЖП, перевязка ОАП. В послеоперационном периоде – нарушения ритма сердца, длительная искусственная вентиляция легких (ИВЛ), инотропная поддержка, антиаритмическая терапия. Через 6 мес на ЭхоКГ: аортальный клапан (АоК) функционально двухстворчатый, градиент 15 мм рт.ст., умеренная недостаточность, увеличен левый желудочек (ЛЖ), ФВ 79%. Принимал каптоприл, верошпирон. Через 9 лет на ЭхоКГ: недостаточность АоК III-IV ст., недостаточность митрального клапана (МК) I-II ст., недостаточность трехстворчатого клапана (ТК) I-II ст., дилатация ЛЖ, ФВ 79%. Через 13 лет на ЭхоКГ: дилатация корня аорты, недостаточность АоК III ст., недостаточность МК I-II ст., недостаточность ТК I-II ст. Дилатация ЛЖ, ФВ 67%. Давление в легочной артерии 26 мм.рт.ст. Выполне-

на коронарография: окклюзионно-стенотических поражений не выявлено. Получал: эналаприл, верошпирон, гипотиазид. Проведена операция – протезирование АоК протезом Open Pivet №22 (Medtronic). Послеоперационный период осложнился ишемией миокарда со снижением сократительной способности, нарушением ритма сердца (трепетание предсердий, залпы желудочковой тахикардии, предсердная тахикардия, пароксизмальная форма). На 3 сут. после операции на ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, RR- 0,66 с, ЧСС 90 уд. в мин, PQ – 0,14с, QRS – 0,1с, QT – 0,355с, QTс – 0,436с. В I, aVL, депрессия ST до 2мм, в III, aVF элевация ST до 1 мм, з. Q до 3 мм в II, з. Q до 9 мм в III, з. Q до 6 мм в aVF. ЭхоКГ: Дилатация левых камер сердца. Акинез МЖП и верхушки. Движение задней стенки округленное. ФВ 42-46%. Сепарация листков перикарда 0,6 см. Через 3 мес – ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, ЧСС 81 уд в мин, PQ – 0,16с, QRS – 0,1с, QT – 0,372с, QTс – 0,433 с. В aVL, депрессия ST до 1мм, в III элевация ST до 1мм, з. Q до 3мм в II, з. Q до 9мм в III, з. Q до 4мм в aVF. ЭхоКГ: дилатация левых камер сердца, ФВ – 53%; ЧСС – 79 в мин. Недостаточность Ао протеза I ст., 2 потока через элемент. Интрамуральный фиброз среднего и передне-перегородочного сегментов, гипокинез; дискинезия МЖП. Получал варфарин, амиодарон, рамиприл, карведиол, торасемид. Через 4 года на ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, синусовая брадикардия, ЧСС 53-52 уд в мин, сохраняются патологические изменения зубца Q (з. Q до 3мм в II, з. Q до 9 мм в III, з. Q до 4 мм в aVF), гипертрофия левого желудочка. На ЭхоКГ – акинез базального и гипокинез среднего перегородочного сегментов в области МЖП. В семейном анамнезе инфаркт миокарда у отца ребенка в молодом возрасте.

Известно, что ТМС может сочетаться с аномалиями венечных сосудов. Несмотря на то, что при коронарографии перед протезированием АоК патологии не выявлено, повторная операция на сердце спровоцировала развитие ОКС.

АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА У ДЕВОЧКИ 10 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар

Антифосфолипидный синдром (АФС) — аутоиммунное мультисистемное заболевание, характеризующееся развитием венозных и/или артериальных тромбозов и/или акушерской патологии, возникающих на фоне гиперпродукции антифосфолипидных антител: к кардиолипину, волчаночному антикоагулянту и кофакторным белкам.

Цель исследования – продемонстрировать клинический случай вторичного АФС у девочки 10 лет.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ истории болезни девочки 10 лет с верифицированным диагнозом вторичный АФС в ГБУЗ «ДГКБ города Краснодара» МЗ КК.

Результаты и обсуждение. Девочка Е., 10 лет, экстренно поступила в ГБУЗ ДГКБ г. Краснодара с жалобами на повышение температуры до 37,6° С, боли в коленных и голеностопных суставах, их отечность, высыпания на коже с элементами изъязвления в дистальных отделах конечностей. Дебют заболевания 2 недели назад в виде острой интермиттирующей лихорадки до 39,2°С. На 3-й день заболевания присоединился суставной синдром в виде выраженных артралгий, отечности и нарушения функции коленных и голеностопных суставов. На 6-й день заболевания появились диффузные эритематозные высыпания с элементами изъязвления на пальцах кистей и стоп. Получала симптоматическую терапию. Спустя 2 недели от начала болезни обратились в ГБУЗ ДГКБ г. Краснодара с предварительным диагнозом: реактивный артрит, олигоартритический вариант. Системный васкулит не исключается. Вирусная пузырчатка – госпитализирована в специализированное отделение. При поступлении состояние средней степени тяжести. На коже диффузные эритематозно-папулезные высыпания 0,3-0,5 см на туловище и конечностях. На пальцах стоп везикулы с мутным содержимым с венчиком гиперемии, без зуда, болезненные при пальпации; элементы изъязвлений на кончиках пальцев рук и стоп. Сглаженность контуров коленных и голеностопных суставов, пальпация болезненна, функция

не нарушена. В общем анализе крови – склонность к тромбоцитозу – $480 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимическое исследование крови – СРБ 62 мг/л, АСЛО 415 МЕ/мл, ферритин 375 нг/мл, Д-димер 507 нг/мл. Липидограмма – снижение уровня ХС-ЛПВП до 0,69 ммоль/л. При исследовании гемостаза – повышение уровня АЧТВ до 48 сек. Иммунологическое исследование: антитела к ds ДНК 4,69 МЕ/мл, антиядерные антитела (ANA RNP/SM, ANA SM, ANA SS-A, ANA SS-B, ANA SCL-70, ANA Ribosomal P protein) – отрицательные; антикардиолипидные антитела (сумм. IgM, IgG, IgA) – 48,85 Ед/мл (N 0,0-10,0), антитела класса G к кардиолипину 67,5 Ед/мл (N 0,0-12,0), антитела класса M к кардиолипину 5,3 Ед/мл (N 0,0-12,0). Волчаночный антикоагулянт отрицательный. Инструментальное исследование: УЗИ коленных суставов (КС) и голеностопных суставов (ГС): в правом КС определяется жидкостный компонент до 3,5 мм. В левом КС – жидкостный компонент до 3,1 мм. Правый ГС – жидкостный компонент до 4,8 мм. Левый ГС – жидкостный компонент до 2,1 мм. УЗИ органов брюшной полости – эхографически признаки увеличения правой доли печени, утолщение стенок внутрипеченочных сосудов. На основании полученных данных, выставлен диагноз: Вторичный антифосфолипидный синдром, категория 2 b. Реактивный артрит, олигоартрикулярный вариант. Назначена патогенетическая терапия (деагреганты) и препараты хинолинового ряда, антибактериальная терапия, НПВС, антигистаминные препараты. На фоне проводимой терапии зафиксирована положительная динамика.

Изучение патогенетических основ АФС, его широкого клинического полиморфизма и подходов к патогенетической фармакотерапии продолжает оставаться одной из наиболее актуальных мультидисциплинарных проблем современной медицины, диктующих необходимость в объединение усилий специалистов различных областей медицины с целью своевременной диагностики, лечения и профилактики заболевания.

ГИСТИОЦИТАРНЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ ЛИМФАДЕНИТ: БОЛЕЗНЬ КИКУЧИ-ФУДЖИМОТО

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Краснодар

Болезнь Кикучи-Фуджимото (БКФ) является формой гистиоцитарного некротизирующего лимфаденита. Чаще страдают молодые женщины, медиана возраста 25-29 лет, однако заболевания встречается и у детей разных возрастных групп. Из-за редкой встречаемости, а также неспецифической клинической картины, в 40% случаев БКФ принимают за другие заболевания, сопровождающиеся лимфаденопатией. В большинстве случаев течение БКФ доброкачественное. В течение нескольких месяцев развивается регресс заболевания.

Цель исследования: проанализировать клинический случай БКФ у девочки 11 лет.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ истории болезни пациента 11 лет, находившейся на лечении в ГБУЗ ДККБ.

Результаты и обсуждение: девочка 11 лет поступила в приемное отделение ГБУЗ ДККБ с жалобами на периодические боли в животе. Из анамнеза известно, что боли сопровождают ребенка в течение 7-10 дней. При физикальном осмотре: состояние средней степени тяжести за счет болевого абдоминального синдрома, температура тела 36,8⁰С. периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Живот при пальпации мягкий, болезненная пальпация в правой подвздошной области, печень +2 см, селезенка не увеличена. При проведении лабораторных исследований выявлены: в биохимическом анализе крови повышение лактатдегидрогеназы до 490 Ед/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены в мезогастрии справа разнокалиберные, множественные, увеличенные лимфоузлы овальной формы, с четкими контурами однородной структуры, максимальным размером единичного узла 16×8 мм и умеренно инфильтрированной прядью сальника. В процессе динамического наблюдения боли в животе сохранялись. Не исключалась острая хирургиче-

ская патология. В связи с этим, назначена диагностическая лапароскопия, выявлено: в зоне илеоцекального перехода определяется инфильтрат, представленный конгломератом увеличенных лимфоузлов с подпаянной прядью большого сальника. По результатам биопсии лимфоузла: отмечается инфильтрация крупными элементами с морфологией центробластов, иммунобластов, схожие с клетками Ходжкина. Микроокружение представлено малыми лимфоцитами, гистиоцитами, единичными плазматическими клетками. Проведено иммуногистохимическое исследование: крупные клетки экспрессируют CD30, MUM1, PAX-5, Fascin, очаговая экспрессия EBER, в том числе на крупных клетках. Заключение: классическая лимфома Ходжкина, нодулярный склероз. Гематологом рекомендован пересмотр биопсийного материала на базе «ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева». Установлен диагноз - признаки лимфаденита Кикучи-Фуджимото, кариоректическая стадия. В лечении: антибактериальная терапия, анальгетики, перевязки. Ребенок выписан домой на 10 суток в удовлетворительном состоянии. В течение 6 месяцев после выписки из хирургического отделения состояние девочки удовлетворительное, болевой абдоминальный синдром не рецидивирует, появления новых симптомов не отмечено.

Данный клинический случай показал сложность диагностики очень редкой формы лимфаденопатии - БКФ. Это связано, прежде всего, с отсутствием опыта ведения таких пациентов и специфичной гистологической картины биоптата лимфоузла. Однако остаются трудности в диагностике данного заболевания, необходимо проводить дифференциальную диагностику со злокачественными гематологическими новообразованиями, инфекционной лимфаденопатией, аутоиммунными заболеваниями.

ЗНАНИЯ ПЕДИАТРОВ И РОДИТЕЛЕЙ О ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Краснодар

Папилломавирусная инфекция (ПВИ) занимает 1 место среди инфекций, передаваемых половым путем. ВОЗ, осознавая значимость проблемы рака шейки матки и других заболеваний, вызываемых ВПЧ, рекомендует включить плановую вакцинацию против ПВИ в национальные программы иммунизации.

Цель: оценить информированность педиатров и родителей о специфической профилактике заболеваний, вызванных ВПЧ у детей.

Методы и материалы. Проведено анкетирование, в котором приняли участие 139 педиатров и 408 родителей города Краснодара.

Результаты. 61% педиатров знают, что ВПЧ имеет половой путь передачи, 2% - контактный, а 35% - половой, контактный. 75% респондентов отметили, что пик инфицирования женщин ВПЧ приходится на возраст 16-25 лет, 71% - ВПЧ является причиной более 1/2 всех онкологических заболеваний у женщин, 46% - ВПЧ занимает 1 место среди инфекций, передаваемых половым путем. Знания врачей о формах заболеваний, вызванных ВПЧ: 84% - рак шейки матки, 79% - аногенитальные бородавки, 64% - рецидивирующий респираторный папилломатоз, 51% - рак вульвы и влагалища, 41% - рак полового члена, 38% - анальный рак, 33% - орофарингеальный рак. 92% респондентов знают о вакцинопрофилактике от ВПЧ, а 7% - не знают. 97% педиатров считают, что необходи-

мо проводить вакцинацию от ВПЧ. 94% респондентов знает, что вакцина против ВПЧ включена в национальный календарь прививок. 66% опрошенных считают, что вакцинация от ВПЧ показана подросткам обоего пола, 30% - девочкам, 2% - мальчикам. 50% специалистов знает сроки проведения вакцинации против ВПЧ у детей «до начала сексуальной активности» и 49% - 9-13 лет. 33% врачей знают о 4-х валентной вакцине, 28% - 2-х валентной, 38% - обеих вакцинах.

В анкетировании участвовало 408 родителей. 66% родителей проводят вакцинацию своим детям. Информированность родителей о вакцине против ВПЧ: 63% - знают. 84% респондентам рекомендовали вакцинацию против ВПЧ. 55% родителей знает о последствиях заболеваний, связанных с ВПЧ. 43% узнают о вакцинопрофилактике от педиатров, 35% - из интернета, 21% - от знакомых.

Опрошенные имеют различные знания об особенностях проявлений ВПЧ. 35% педиатров правильно представляют пути инфицирования, 7% не знают о существовании вакцины ВПЧ и 5% не включают вакцинацию в календарь прививок. 38% врачей ориентируются в вакцинах, хотя практически все знают о необходимости проводить вакцинацию. 15% родителей не были информированы педиатрами, хотя подавляющее большинство родителей (92%) хотели бы, чтобы педиатр сообщил им о вакцинации.

ВЛИЯНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГОВ-ДЕФЕКТОЛОГОВ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория, Республика Крым, Россия

Окружающий нас мир, в котором живёт современный ребёнок, а также образ жизни каждого из нас, значительно изменился. Разнообразные проблемы жизни общества, ухудшили экологическую обстановку во всем мире и в частности в России. Это все создает условия, при которых значительно ухудшился уровень нервно-психического и физического здоровья детей.

Большое внимание вызывает число детей с ограниченными возможностями здоровья, со слабо выраженной органической недостаточностью центральной нервной системы или с признаками её функциональной незрелости. Создание особых коррекционно-педагогических условий, основываются на основе личностно-ориентированного подхода, оптимальных для каждого ребенка, предполагает формирование адаптивной социально-образовательной среды, которая позволит добиться положительных результатов в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Цель: изучить эффективность организации коррекционной работы с детьми данной категории в течение реабилитационного курса и преемственностью в работе учителя - дефектолога и других профильных специалистов учреждения.

Материалы и методы. В Государственном бюджетном учреждении Республики Крым «Реабилитационный центра для детей и подростков с ограниченными возможностями» накоплен опыт взаимодействия в работе специалистов коррекционного процесса, которые работают в тесном контакте друг с другом и стремятся к тому, чтобы иметь единый подход к развитию каждого ребенка и единый стиль работы в целом.

Результаты и обсуждения. Проведен анализ эффективности реабилитации 256 детей с ОВЗ, проходивших курс реабили-

тации в условиях специализированного центра на протяжении 3-х лет. Курс реабилитации определяется, прежде всего, четкой организацией пребывания детей в условиях реабилитационного центра, правильным распределением нагрузки

Чтобы обеспечить такое единство в работе всех педагогов и специалистов были разработаны следующие задачи:

1. Создание психолого-педагогического отделения, специалистами которого являются: учителя-дефектологи, педагоги-психологи, учителя-логопеды, воспитатели, музыкальный руководитель, социальные педагоги, специалисты по адаптивной физкультуре.

2. Организация развивающей среды по направлениям работы специалистов.

3. Совместное диагностическое тестирование по всем видам деятельности детей. Определение «зоны ближайшего развития», индивидуальное планирование ближайших и перспективных задач и целей развития каждого ребенка согласно уровню развития, диагнозу и возрасту.

4. Мультидисциплинарная подготовка всех специалистов в проведении праздников, развлечений, тематических и интегрированных занятий с реализацией всех отдельно поставленных целей и задач.

В результате проведенного анализа эффективности разработанной программы педагогического взаимодействия выявлена положительная динамика в речевом развитии, социализации, бытовой адаптации.

Таким образом, вся деятельность психолого-педагогического состава специалистов, взаимодействие всех участников в реабилитационном процессе успешно помогает детям легко социально адаптироваться в обществе, подготовиться к школьному обучению и профессиональной ориентации.

СОДЕРЖАНИЕ ЛИЗОЦИМА В СЛЮНЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 И ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ РИСКА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

Лизоцим - это белок, обладающий ферментативными свойствами. Лизоцим разрушает мукополисахаридные белковые оболочки микробных клеток и наиболее активен в отношении грамположительных микроорганизмов; менее чувствителен к нему грамотрицательные бактерии. Наряду с антибактериальными свойствами лизоцим стимулирует неспецифическую реактивность организма, оказывает противовоспалительное и муколитическое действие, а также способствует ускорению репаративных процессов в тканях. Лизоцим слюны является маркером инфекции ротовой полости и гипергликемии, может быть тесно связан с гипертензией, ранней стадией сердечнососудистой патологии.

Целью исследования явилось изучение содержания лизоцима в слюне у детей, перенесших Covid-19 и детей из группы риска по артериальной гипертензии в динамике до и после санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы исследования. В первую группу исследования вошли 16 детей в возрасте от 10 до 16 лет, перенесших COVID -19 в 2021-2022 годах, находившихся, впоследствии, на санаторно-курортном лечении на базе ФГБОУ «Всероссийский детский центр «Алые паруса». Комплекс санаторно-курортного лечения включал климатолечение, адекватный санаторно-курортный режим (I или II); сбалансированное питание; ЛФК; массаж мышц спины и грудной клетки, ингаляции рапой, СКТ, АФТ. По показаниям была проведена санация хронических очагов инфекции. Вторую группу составили дети с риском развития артериальной гипертензии в количестве 31 человека, находившихся на санаторно-курортном лечении в ГБУ РК «Санаторий для детей и детей с родителями «Искра». Возраст детей от 10 до 16 лет. Комплекс санаторно-курортного лечения

включал адекватный санаторно-курортный режим (I или II), сбалансированное питание, климатолечение. Исследования содержания лизоцима в слюне проводились с использованием иммуноферментного набора для количественного определения человеческого лизоцима AssayMax Human Lysozyme ELISA Kit.

Результаты и обсуждения. До лечения у детей, перенесших COVID -19 содержание лизоцима в слюне было снижено. По среднестатистическим показателям оно составляло 18,5 мкг/мл. Значительное снижение данного фермента отмечалось у 19% детей. У детей из группы риска по артериальной гипертензии количество лизоцима в слюне также было снижено – 20,2 мкг/мл. Значительное снижение данного показателя отмечалось у 13% детей. После комплексного санаторно-курортного лечения у детей в обеих группах содержание лизоцима в слюне сохранилось сниженным, и лишь наметилась незначительная тенденция к его росту: в группе детей, перенесших COVID -19 – 21,5 мкг/мл, в группе риска по артериальной гипертензии – 22,3 мкг/мл. Значительное снижение фермента после санаторно-курортного лечения отмечалось только у 6% детей, перенесших COVID -19.

Таким образом, недостаточное содержание лизоцима в слюне, как показателя системы местного иммунитета, у данной категории обследованных детей может косвенно свидетельствовать о снижении эффективности иммунной системы. Комплексное санаторно-курортное лечение оказало незначительное положительное влияние на количество лизоцима в слюне, одного из гуморальных факторов неспецифической защиты организма от инфекционных агентов.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК С ДИСМЕННОРЕЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ГБУ здравоохранения Республики Крым «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория
ГБУРК «Клинический санаторий для детей и детей с родителями «Здравница»

Целью исследования явилась изучение влияния физиотерапевтических факторов, в частности трансцеребрального электрофореза раствора пирарцетама и/или электросонотерапия на динамику клинико-функциональных показателей девочек с дисменореей в процессе санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы. Проведено изучение клинико-функциональных показателей у 165 девочек с дисменореей при поступлении на санаторно-курортное лечение. Среди девочек с дисменореей при поступлении на санаторно-курортное лечение основной жалобой были боли внизу живота до начала и во время менструации, длительные менструации. Значительно реже отмечались вегетативные проявления в виде головных болей и головокружения. Почти у половины девочек отмечалась слабость как до, так и во время менструации, утомляемость, раздражительность и резкая смена настроения возрастала во время месячных. При этом по данным кольпоцитологического исследования гормональная функция яичников сохранена, патологии не выявлено по данным ультразвукового исследования. Оценка экстрагенитальных показателей, в частности показателей сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы выявила, что до начала лечения у девочек с дисменореей преобладала эйтония и напряжение процессов адаптации по данным вегетативной реактивности. Спектральный анализ исходного состояния детей с дисменореей показал, что почти у половины больных в спектре преобладали высокие частоты, свидетельствующие о повышенном влиянии парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, сбалансированное состояние ВНС регистрировалось в 3 раза реже.

Результаты и обсуждение. Показана эффективность применения лечебных методик у девочек с дисменореей, направленные

на восстановление нейрогуморальной регуляции менструальной функции путем нормализации нервной системы (трансцеребральный электрофорез раствора пирарцетама или электросонотерапия-седативные методы), нормализацию овариальной дисфункции (сидячие ванны с шалфеем). После санаторно-курортного лечения во всех группах девочек с дисменореей отмечалось уменьшение жалоб, при этом уменьшались жалобы на боли внизу живота и в области поясницы. Во время пребывания в санатории менструации прошли у трети девочек. Во время менструаций длительность и обильность месячных уменьшилась, снизились жалобы на головную боль, слабость, раздражительность, плаксивость. Динамика данных спектрального анализа ВСП и вегетативной реактивности девочек с дисменореей свидетельствовала о благоприятном влиянии санаторно-курортного лечения на состояние ВНС. При этом по данным клиноортостатической пробы уменьшилось количество детей с недостаточным вегетативным обеспечением в полтора раза. В группе девочек, получавших электрофорез с пирарцетамом регистрировался асимпатикотонический вариант ответной реакции чаще, чем во второй группе, получавшей электросон. Низкие показатели ЧСС сохранялись в обеих группах, что свидетельствовало о ваготоническом эффекте проводимого лечения. По данным спектрального анализа под влиянием санаторно-курортного лечения у девочек с дисменореей наблюдалось снижение выраженности парасимпатического влияния.

Проведенные исследования примененные лечебные комплексы в санаторно-курортном лечении девочек с дисменореей показали положительное влияние применяемых лечебных комплексов санаторно-курортного лечения на клинико-функциональные показатели девочек с дисменореей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИЕЙ

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России

Истинная распространенность перикардитов в популяции неясна ввиду отсутствия специфичных симптомов, которые часто маскируются под клиническую картину других заболеваний. Это приводит к тому, что среди всех обратившихся за медицинской помощью в стационар диагноз выставляется только в 0,2% случаев, в то время как признаки перикардита (активного или перенесенного в прошлом) обнаруживаются на аутопсиях в 1–6,1%.

Актуальной проблемой также остается поиск и устранение этиологического фактора. В детском возрасте основной причиной являются вирусы (Коксаки А и В, аденовирусы, герпесвирусы, вирусы гриппа и др.). Они вызывают до 30% перикардитов у детей. Причиной также могут стать бактериальные патогены (стафилококки, гемофильная палочка, стрептококки) и грибковая инфекция. К менее распространенным этиологическим факторам относятся: аутоиммунные процессы (СКВ, узелковый полиартериит и др.); аллергические заболевания; прием лекарств (цитостатики, антибактериальные препараты и др.); поражение почек (уремический перикардит); онкопатология (чаще при метастатических опухолях (лейкозах, лимфомах, саркомах)); облучение области сердца; тупая травма грудной клетки и различные повреждения сердца; постперикардитомный синдром (после операции на сердце).

Ведущим звеном в развитии воспалительного выпота в перикард является иммуноопосредованный процесс, запущенный непосредственно провоцирующим фактором (вирусы, бактерии, грибы, глистная инвазия, аутоиммунный процесс и др.). Причиной накопления экссудата в полости перикарда является дисбаланс между продукцией воспалительного выпота и всасыванием его здоровыми участками перикарда. Основной причиной нарушения гемодинамики при экссудативном перикардите (ЭП) является во всех случаях ограничение диастолического расслабления сердца.

Цель исследования: поиск этиологического фактора, оценка клинического течения и эффективности лечения у ребенка с ЭП.

Материалы и методы. Пациент М., 17

лет, жалоб не предъявлял (ребенок находится в доме-интернате для детей, диагноз: умственная отсталость). Изменения выявлены на ЭхоКС (на профосмотре). Месяц назад перенес ОРВИ.

Результаты и обсуждение. Общее состояние средней степени тяжести, m 53 кг, рост 172 см, отстает в нервно-психическом развитии, дефицит массы тела, ИМТ 17,9. Цвет кожных покровов бледный. Перкуторно границы сердца расширены влево +1,5 см. Аускультативно ритм правильный, тоны умеренно приглушены. АД - 115/70 мм рт.ст., sPO₂ - 100%, ЧСС - 80 в мин.

В клиническом анализе крови эозинофилы 10% (при поступлении) и 16% (через 3 дня).

Анализ кала на я/глист – отрицательный.

ЭхоКС при поступлении: умеренный перикардальный выпот. Сепарация листков перикарда. За ЗСЛЖ – 0,15 см. ПСПЖ 1,12 см, верхушка 1,12 см. Размеры камер в пределах нормы, сократительная функция удовлетворительная. ФВЛЖ - 61%. Данные промежуточных исследований с умеренной положительной динамикой. После проведенной антигельминтной терапии *ex juvantibus* общее состояние, объективные данные и данные ЭхоКС значительно улучшились. ЭхоКС через 12 дней: в полости перикарда сохраняется небольшое количество жидкости (до 5 мм). ФВ ЛЖ - 67 %. Отмечается положительная динамика.

Лечение ЭП осуществляли в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями. Питание белковое, усиленное по калоражу.

Целью медикаментозного лечения ЭП являлось подавление системного воспаления и снижение выпота в полость перикарда. Препаратом выбора являлся кетопрофен 100 мг 1 таб. 2 р/день в течение 4 нед. Также в терапию включены: верошпирон 25 мг 1 таб. 1 р/день 1 месяц, альбендазол 400 мг 1 таб. на ночь № 3, кардиотрофическая, антигистаминная терапия.

Отмечался положительный клинический эффект, документированный по ЭхоКГ на контрольном осмотре (исчезновение выпота) после завершения полной антигельминтной терапии.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ НЕТИПИЧНОЙ ФОРМЫ КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА У РЕБЕНКА МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

Цель – проанализировать клинический случай нетипичной формы кандидозного стоматита у ребенка младенческого возраста.

Материал и методы. Было проведено обследование и лечение ребенка в возрасте 2 месяцев на кафедре стоматологии детского возраста на базе ГБУ ДГСП г. Донецка с диагнозом кандидозный стоматит. Микробиологическое исследование биоматериала из полости рта (ПР) пациента было проведено в лаборатории медицинского центра «Био-лайн».

Результаты и обсуждение. Кандидозный стоматит в младенчестве, как правило, течет по типу острого кандидозного стоматита («молочницы») и при отсутствии серьезных общесоматических проблем относительно легко поддается лечению. Мать заметила белесоватый налет на языке у малыша через несколько дней после рождения, о чем сообщила педиатру. С учетом возраста пациента было принято решение ограничиться применением содового раствора для обработки ПР. Через пару дней мама отметила улучшение. Однако, спустя несколько дней налет вновь появился в большем количестве. Дополнительно было назначено применение орального раствора «Кандид». Также малышу мама начала давать препарат «Линекс форте». Данная лекарственная форма не предназначена для лечения этой возрастной категории. Через несколько дней у ребенка развился запор. Педиатр рекомендовал дополнительно курс таблеток «Флюконазол». Улучшения отмечено не было. Мама обратилась к врачу-стоматологу.

При выяснении истории течения беременности и родов, для установления возможной причины обсеменения полости рта новорожденного грибами рода *Candida*, нами установлено, что у матери была угроза выкидыша и по этой причине ей был установлен гинекологический pessary. Она отмечала наличие белесоватых выделений из половых путей, однако данный симптом часто наблюдается при установке pessaria.

При клиническом обследовании у ребенка на дорсальной поверхности языка отмечался плотный серо-желтый, тяжело снимающийся, возвышающийся над по-

верхностью слизистой налет. Такой налет характерен, как правило, для хронического кандидоза. Незначительные очаги налета фиксировались на небе и щеках. С учетом неэффективности ранее используемого раствора «Кандид» было принято решение обрабатывать ПР раствором натрия тетрабората, также был назначен «Лизобакт» (1/4 таблетки растереть до порошка и высыпать на язык). Дополнительно был назначен «Линекс капли для детей». Через неделю наступило клиническое улучшение со стороны ПР, налет практически исчез.

Однако, через неделю налет на языке вновь появился. Запор по-прежнему сохранялся. Ребенок был направлен на микробиологическое исследование из ПР. На время пока ожидания результатов анализа было принято решение изменить подход к местной терапии, а также проконсультироваться с сотрудниками кафедры педиатрии №3. Педиатр дал рекомендации по питанию матери, с целью нормализации стула ребенка, дополнительно к пробиотикам был назначен «Дюфалак». Местно же в ПР было рекомендовано применение слабого раствора «Хлорофиллипта» (1 чайная ложка раствора на стакан воды), раствор натрия тетрабората было решено чередовать с водным раствором метиленового синего.

Результаты микробиологического анализа свидетельствовали о наличии микст-инфекции: установлен избыточный рост грибов рода *Candida* и *Staphylococcus aureus*, при этом *Candida* была устойчива к клотримазолу.

Комплексный подход к лечению кандидозного стоматита дал эффект: исчез налет в ПР, нормализовался стул. В течение последующего месяца у ребенка не отмечалось клинических проявлений кандидозного стоматита.

Таким образом, изначальным источником кандидозной инфекции явились родовые пути матери. В дальнейшем было назначен противогрибковый препарат без учета чувствительности грибов. Применение «Кандида», к которому возбудитель был устойчив способствовало хронизации кандидоза. Комплексный подход к лечению у ребенка с нетипичной формой кандидоза, позволил добиться стойкого клинического выздоровления.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С ДИСБИОЗОМ ПОЛОСТИ РТА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

ФГБОУ ВО Дон ГМУ им. М. Горького МЗ РФ

В научных исследованиях последних лет достаточно подробно изучено основополагающее значение микробиоценоза организма в целом и индигенной флоры отдельно, причины появления нарушений микроэкологии в различных открытых биологических системах организма, таких как кожа, ротовая полость, ротоглотка, желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), мочевая система и т.д. Нормальный микробиоценоз является основой для здорового функционирования макроорганизма. Известно, что нарушения баланса микрофлоры может служить предиктором развития большого числа заболеваний.

Цель работы - оценить состояние соматического здоровья у детей, находящихся на ортодонтическом лечении съёмной аппаратурой с проявлениями дисбиоза полости рта путём анализа анамнеза жизни.

Материал и методы. Были изучены данные общей педиатрической карты, стоматологического обследования, результаты микробиологического исследования со слизистой оболочки полости рта в проекции съёмного ортодонтического аппарата.

Результаты и обсуждение. Были обследованы 199 детей 7-12 лет (104 девочки и 95 мальчиков), находящихся на ортодонтическом лечении съёмной пластиночной аппаратурой. Из них у 138 (63,3%) были проявления дисбиоза полости рта. Среди них у 86 обследованных (62,3%) была выявлена общесоматическая патология. Лидирующее место занимала патология ЛОР-органов – 28 (32,6%), а также ЖКТ – 19 (22,1%). Заболевания сердечно-сосудистой системы зафиксированы у 10 детей (11,6%), нервной системы – 6 (7%), мочевыделительной системы – 4 (4,6%), дыхательной системы – 5 (5,8%), опорно-двигательной – 2 (2,3%), органов зрения – 7 (8,1%). 43 детей (50%) ребенка страдали различными формами аллергии: пищевая, сезонная, лекарственная, бытовая отдельно или в комбинации). У 2 детей (2,3%) стоял диагноз атопический дерматит. Синдром дисплазии соединительной ткани был диагностирован у 2 детей (2,3%). У 1 ребёнка (1,2%) полный симптомокомплекс нарушения развития эктодермального листка, но диагноз не

установлен.

Так же при оценке соматического статуса были выявлены ряд состояний, которые могут быть симптомом соматической патологии, но при этом нарушений функций выявлено не было. К таким состояниям отнесли: кровотечения из носа, географический язык, повышенный ацетон, подковообразная почка, паховая грыжа, чрезмерное продукция потовых желёз ладоней, склонность к запорам, гемангиома тыльной поверхности кисти.

Результаты микробиологического исследования позволили установить, что состояние дисбиоза полости рта у этих детей характеризовались избыточным ростом следующих микроорганизмов: *Candida albicans*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Citrobacter freundii*. Вышеуказанные микроорганизмы чаще всего являются этиологически значимыми в развитии патологии ЛОР-органов и ЖКТ. Таким образом, можно предположить, что заболевания этих систем выступают одним из ведущих predisposing факторов в формировании дисбиоза полости рта у пациентов со съёмной ортодонтической аппаратурой.

Для устранения клинических проявлений дисбиоза полости рта у таких пациентов требуется снятие ортодонтического аппарата, что неизбежно приводит к рецидиву и увеличению сроков лечения зубочелюстной аномалии.

У пациентов с дисбиозом полости рта, находящихся на ортодонтическом лечении съёмной аппаратурой, были зафиксированы патологии различных органов и систем. Лидирующее место занимают заболевания ЛОР-органов и ЖКТ. Предположительно, именно данная соматическая патология является предиктором развития дисбиоза полости рта. Поэтому именно этой группе пациентов необходимо проведение патогенетически обоснованной профилактики дисбиоза, которая позволит сократить адаптационный период и будет препятствовать развитию нарушений микробиоценоза полости рта.

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ШЕЙТХАУЭРА-МАРИ-СЕНТОНА

ФГБОУ ВО Дон ГМУ им. М. Горького МЗ РФ

Синдром Шейтхауэра-Мари-Сентона (черепно-ключичный дизостоз) - генетическое заболевание, характеризующееся нарушениями развития черепа и ключицы. Это редкое состояние может проявляться различными симптомами в области лица и челюстей. Является пороком развития с аутосомно-доминантным типом наследования.

Цель исследования - изучить челюстно-лицевые проявления при синдроме Шейтхауэра-Мари-Сентона на основании современных литературных данных и собственных наблюдений.

Материалы и методы. Были изучены и обобщены данные современной литературы и собственных исследований, посвященные клиническим проявлениям при синдроме Шейтхауэра-Мари-Сентона. Проанализированы: анамнез заболевания и жизни ребёнка, данные внешнего осмотра тела пациента, внутри- и внеротовые фотографии, клинико-диагностические модели челюстей, данные рентгенологических методов исследования (ортопантомограмма, конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ)).

Результаты обследования. На приём к ортодонту с целью консультирования обратилась мама с ребёнком 11 лет с жалобами на задержку смены зубов на верхней и нижней челюсти, неправильное положение зубов. При внешнем осмотре девочки отмечается её отставание в росте по сравнению со сверстниками, диспропорция тела, укорочение средних фаланг пальцев. В анамнезе у ребёнка дисплазия тазобедренных суставов.

Объективно: выпуклый профиль за счёт выдвижения подбородка вперёд, нижняя треть лица увеличена, лицо асимметрично. Отмечается гипертелоризм, антимонголоидный разрез глаз. В полости рта: зубная формула не соответствует возрасту (задержка смены зубов), преддверие верхней челюсти мелкое, относительная макрогlossия, во фронтальном участке - обратное рецовое перекрытие. По дан-

ным КЛКТ обнаружены множественные сверхкомплектные образования на обеих челюстях, рассасывание корней временных зубов замедленно.

Девочка похожа на мать, у которой отмечается так же небольшой рост, диспропорция тела, гипертелоризм, укорочение средних фаланг пальцев. Матери в детстве удаляли несколько сверхкомплектных зубов, но комплектные зубы прорезались не все. Со слов матери у девочки молочные зубы начали прорезываться после года.

Поставлен ортодонтический диагноз: мезиальный прикус (верхняя микрогнатия), осложнённый двусторонним перекрестным (буккальная форма), ретрузия 31, 41, относительная макрогlossия, задержка прорезывания 11, 12, 21, 22, 32, 36, 42, 46. На основании данных объективного обследования, анамнеза жизни и заболевания, рентгенологического исследования можно предположить диагноз - синдром Шейтхауэра-Мари-Сентона или черепно-ключичный дизостоз. Для постановки окончательного диагноза девочка была направлена на консультацию к педиатру, эндокринологу и в медико-генетический центр.

Выводы. Отличительными челюстно-лицевыми признаками черепно-ключичного дизостоза является множественная ретенция постоянных зубов, наличие большого количества сверхкомплектных зубов, позднее прорезывание зубов, системная гипоплазия.

Для оказания полноценной эффективной помощи таким пациентам необходим только мультидисциплинарный подход с обязательным участием не только стоматолога, но и педиатра, врача-травматолога, кардиолога, психолога.

Применение современных медицинских технологий для лечения и профилактики врожденных синдромов с проявлениями в челюстно-лицевой области улучшает качество жизни пациентов, их реабилитацию и адаптацию в социуме.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА РЕМХЕЛЬДА У РЕБЕНКА

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

Цель – анализ клинического случая синдрома Ремхельда у ребенка 12 лет.

Материалы и методы. В работе использованы данные из амбулаторной карты пациента, наблюдения врачей (опрос, сбор анамнеза, физикальное и лабораторное обследование), а также анализ научной литературы последних пяти лет.

Результаты. Родители мальчика 12 лет обратились к педиатру с жалобами на приступы колющей боли в области сердца, ощущение тяжести в груди, нехватку воздуха, общую слабость, головокружение. Со слов родителей впервые вышеуказанные жалобы появились за 2 недели до обращения на фоне стресса.

Ребенок от I беременности, протекавшей на фоне анемии, преэклампсии тяжелой степени. Роды I, преждевременные путем кесарева сечения в сроке гестации 33-34 недели. Масса тела при рождении 1650,0 г. Находился в отделении интенсивной терапии новорожденных с диагнозом: «Задержка внутриутробного развития, гипопластическая форма, рассеянные ателектазы лёгких, недоношенность II степени». В возрасте 6 лет беспокоила боль в животе. Гастроэнтерологом выявлена дискинезия желчевыводящих путей, хронический колит. Аллергологический и наследственный анамнез не отягощены. На приеме у педиатра при аускультации сердца выслушан систолический шум на верхушке. На электрокардиограмме (ЭКГ) – ST на изолинии. Было рекомендовано проведение эхокардиографии (Эхо-КГ) и консультация кардиолога. На Эхо-КГ – пролапс передней створки митрального клапана, недостаточность I степени; недостаточность трёхстворчатого клапана I степени. Кардиологом установлен диагноз: «Вегетативная дисфункция по кардиальному типу. Пролапс митрального клапана». Ребенок направлен на госпитализацию в кардиологическое отделение для уточнения диагноза и назначения лечения. В отделении при объективном осмотре установлено дисгармоничное физическое развитие за счёт малой окружности грудной клетки. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. Выявлена избыточная гибкость в суставах. При аускультации сердца выслушивался короткий систолический шум на верхушке, щелчок митрального клапана

в горизонтальном положении. Живот при пальпации мягкий, пальпировалась сигмовидная кишка в виде плотного тяжа до 3 см в диаметре. Отмечалась склонность к запорам, стул 1 раз в 2-3 дня.

Выполнено суточное мониторирование ЭКГ – в ночное время брадикардия. Преходящая АВ-блокада 1 степени. Регистрировались паузы ритма: RR – 619-1588 мс, эпизоды депрессии сегмента ST до 218 мкВ во II, III, V5, V6, продолжительностью 3 минуты во время одной из лестничных проб, которая была проведена вскоре после приёма пищи. В течение суток наблюдалось удлинение QTc свыше 450 мс в течение 33 минут. В дневное и ночное время зарегистрирована транзиторная АВ-блокада 1 степени общей длительностью 3 ч 10 мин. При фиброгастродуоденоскопии в просвете желудка обнаружено большое количество густой слизи с примесью желчи. Экспресс-тест на *H. pylori* отрицательный. Умеренная гипоацидность. Гиперемия двенадцатиперстной кишки. Заключение: «Очаговая эритематозная гастропатия, дуоденопатия». При лабораторном обследовании патологии не выявлено.

На основании указанных жалоб, анамнеза, диагностического обследования установлен клинический диагноз основной: «Синдром Ремхельда» – внепищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (приступы кардиалгии, нехватки воздуха, депрессия сегмента ST во время лестничной пробы, проводимой после приёма пищи).

Сопутствующий диагноз: «Вегетативная дисфункция по кардиальному типу. Вегетативная дисфункция синусового узла. Дисплазия соединительной ткани: пролапс митрального клапана с митральной недостаточностью I степени, гипермобильный суставной синдром, долихосигма. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Хронический гастродуоденит, не ассоциированный с *H. pylori*, с нормальной секреторной функцией, период обострения». Рекомендовано: диета №5, витамин E, магне В6, элькар, пирацетам.

Синдром Ремхельда требует междисциплинарного подхода. Ранняя диагностика и назначение корректной терапии способствует предотвращению возможных осложнений и улучшению качества жизни.

КАРДИОМИОПАТИЯ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МИОДИСТРОФИИ ДЮШЕННА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк,
ФГБУ «ИНВХ им. В.К. Гусака» Минздрава России, г. Донецк

Прогрессирующая миодистрофия Дюшенна (ПМД) – это наиболее распространенное наследственно обусловленное нервно-мышечное заболевание, которое характеризуется нарастающей мышечной слабостью, атрофией мышц и двигательными нарушениями; полиорганностью, поскольку в патологический процесс вовлекаются сердечно-сосудистая и дыхательная системы.

Цель: анализ клинического случая кардиомиопатии при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна у ребенка 12 лет.

Материалы и методы: изучение амбулаторной карты развития ребенка, медицинской литературы за последние 10 лет, собственное наблюдение (опрос, сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования), подбор терапии согласно клиническим рекомендациям Минздрава Российской Федерации.

Результаты. Родители мальчика 12 лет обратились к кардиологу ФГБУ «ИНВХ им. В.К. Гусака» МЗ РФ с жалобами на учащенное сердцебиение в покое, двигательные нарушения. По данным ЭхоКГ выявлены признаки умеренной дилатации левого желудочка. Ребенок госпитализирован в отделение детской кардиологии и кардиохирургии.

Из анамнеза заболевания известно, что в возрасте 7 лет впервые у мальчика появились жалобы на нарушение походки, чувство слабости в ногах, затруднение ходьбы по ступенькам.

В 2019 году выставлен диагноз: прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна (генетически подтвержденная), выраженный миогенный тетрапарез, костно-суставные деформации, выраженное ограничение функции самообслуживания, отсутствие функции опоры, когнитивные нарушения.

При объективном осмотре: состояние ребенка средней степени тяжести по сер-

дечной патологии, тяжелое по основному неврологическому заболеванию. Говорит предложениями. Выраженная генерализованная гипотония мышц туловища и конечностей, преимущественно в проксимальных отделах конечностей. Псевдогипертрофии икроножных мышц, мышц предплечья и языка. Нейрогенные контрактуры голеностопных, коленных, локтевых суставов. Поясничный гиперлордоз. Ребенок самостоятельно сидит, не ходит, не стоит. Деятельность сердца ритмичная, умеренная тахикардия в покое. Короткий систолический шум в I, V точках. ЧСС – 110 уд/мин. АДпр.р. – 90/60 мм рт.ст.

При биохимическом исследовании крови выявлено повышение уровней АЛТ – 47 Ед/л (≤ 45), АСТ – 74 Ед/л (≤ 37), КФК-МВ – 145,7 Е/л (≤ 25). При выполнении электрокардиограммы зарегистрированы признаки перегрузки левых отделов сердца (S в V2+R в V5 > 32 мм). По данным ЭхоКГ размеры камер сердца, сократимость миокарда желудочков, систолическая функция желудочков, гемодинамика нормальные. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ зафиксирована тахикардия в течение времени наблюдения.

Ребенку подобрана медикаментозная терапия: карведилол (рекомендуется назначение препаратов группы бета-адреноблокаторы пациентам, имеющим жалобы на постоянно учащенное сердцебиение и/или имеющих по данным исследования синусовую тахикардию в течение суток), эналаприл (рекомендуется применение препаратов группы ингибиторы АПФ всем пациентам с возраста 6 лет независимо от наличия сердечно-сосудистых нарушений с целью профилактики развития кардиомиопатии), верошпирон, панангин, элькар.

Проблема поражения сердечно-сосудистой системы при нервно-мышечных заболеваниях актуальна, поскольку у многих больных выявляются кардиологические нарушения, требующие медикаментозной коррекции.

О ПРОБЛЕМАХ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

²Монгольский Национальный Университет Медицинских Наук

Реферат. Пневмония у детей – одно из самых частых, серьезных, потенциально угрожающих жизни заболеваний. Критерии диагностики и лечения пневмонии разработаны давно и четко сформулированы. Тем не менее, приходится сталкиваться с гиподиагностикой и нерациональной терапией, что наблюдается чаще на амбулаторном этапе. Заболеваемость внебольничной пневмонии среди детей до 15 лет более чем в 2 раза превышает заболеваемость для населения в целом. В статье на примере клинического разбора истории болезни ребенка показаны современные подходы к диагностике, дифференциальной диагностике и лечению больных пневмонией.

Ключевые слова: внегоспитальная пневмония, дети, лечение.

Пневмония – одно из наиболее частых серьезных заболеваний в детском возрасте – всегда привлекала к себе внимание педиатров. Однако, несмотря на обилие исследований по этой проблеме (а может быть и вследствие этого), многие ее аспекты трактуются по-разному, что создает трудности и снижает эффективность практической работы. Не случайно за последние 10 лет рекомендации по диагностике и лечению пневмоний публиковались профессиональными сообществами разных стран [3, 7]. Для «рентген положительных» пневмоний, по данным госпитализации в экономически развитых странах, заболеваемость составляет 1,5-3 на 1000 детей 0-15 лет и 3,4-6,8 у детей 0-5 лет. В России, по данным госпитализации, заболеваемость пневмонией составляет 5,3 на 1000 детей в возрасте 6 мес. – 5 лет [1]. Анализ использования рекомендаций демонстрирует разный, далеко не 100% уровень внедрения оптимальных подходов в амбулаторных и стационарных педиатрических учреждениях [4]. Определения понятия «пневмония» в разных рекомендациях существенно различаются, причем касаются они как оценки преобладающей этиологии, так и подходов к терапии. Максимум заболеваемости приходится на возраст 1-3 лет,

данные о более высокой заболеваемости детей 0-1 года включают новорожденных с привычной аспирацией пищи, врожденными дефектами, респираторно-синцициальным вирусным бронхолитом [2, 6]. Летальность при внебольничных пневмониях у детей до 5 лет в развивающихся странах может превышать 10%, в экономически развитых она во много раз ниже, не достигая 1% [5].

Цель – показать на примере клинического разбора клинического случая современные подходы к диагностике, дифференциальной диагностике и лечению больных пневмонией.

Методы исследования

Анализ литературных данных, ретроспективный анализ истории болезни ребенка 2-х лет.

Результаты

Девочка в возрасте 2 лет поступила в отделение для детей с респираторной патологией ЦГКБ №3 на 6-й день заболевания. При поступлении жалобы на повышение температуры тела до фебрильных цифр в течение 5 дней, сухой кашель приступообразного характера, беспокойство, рвоту, разжижение стула. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок лечился на дому участковым педиатром с диагнозом «ОРВИ, подозрение на левостороннюю пневмонию». Пневмония заподозрена в связи с асимметрией перкуторных и аускультативных звуков – ослабление дыхательных шумов (преимущественно слева), укорочение перкуторного звука. Со 2-го дня болезни получала макролиды, муколитики, при этом продолжала кашлять, температура тела увеличилась до 39,5°C. Доставлена в стационар на 5-й день болезни в связи с отсутствием эффекта от терапии. Из анамнеза жизни известно, что девочка родилась доношенной, антенатальный и постнатальный анамнез не отягощены, ис-

кусственное вскармливание с 3-го месяца жизни, вакцинирована согласно календаря прививок, контакта с инфекционными больными не было. На момент первичного осмотра температура тела 39,2°C, частота сердечных сокращений 146 уд/мин, частота дыхания – 56 в минуту, артериальное давление – 100/65 мм рт.ст. Отмечается одышка смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры. Аускультативно определяется ослабленное дыхание в нижних отделах, больше слева, там же выслушивались мелкопузырчатые влажные хрипы. В общем анализе крови: лейкоциты – 15,5 Г/л палочкоядерные нейтрофилы – 20%, сегментоядерные нейтрофилы – 56%, лимфоциты – 19% тромбоциты – 260 Г/л, СОЭ – 41 мм/ч. На основании жалоб, данных анамнеза заболевания, объективных данных, ребенку выставлен предварительный диагноз «внебольничная левосторонняя пневмония. ДН1». Рентгенография органов грудной клетки: первое исследование (при поступлении в стационар): сливная инфильтрация легочной ткани с более интенсивной тенью слева в нижнем медиальном отделе; второе исследование (через 2 дня) затемнение усилилось – тотальная левосторонняя пневмония, плащевидный плеврит. Комментарии по ведению пациента на догоспитальном этапе. В данном случае имело место острое респираторное заболевание у ребенка раннего возраста с признаками поражения нижних дыхательных путей, а не элементарная острая респираторная вирусная инфекция (высокая температура в течение нескольких дней, интоксикационный синдром, кашель, асимметрия физических данных в легких). Учитывая ранний возраст ребенка, была необходима госпитализация в стационар, а при несогласии родителей – организация соответствующего обследования (рентгенологического и лабораторного) для уточнения диагноза. В отношении терапии: если врач предполагал наличие у ребенка ОРВИ, то не стоило назначать антибактериальную терапию, если же – пневмонию, то стартовый антибиотик с точки зрения как международных рекомендаций, так и протокола лечения пневмонии у детей выбран неправильно: макролиды не являются стартовым антибиотиком для лечения пневмонии у детей раннего возраста. В данной ситуации наиболее целесообразным было бы назначение в качестве стартового антибиотика группы защищенных пенициллинов (амоксциллин/клавулат). Насколько информативны клиниче-

ские признаки для постановки диагноза пневмонии? По данным Американской академии семейной медицины строгими предикторами пневмонии являются лихорадка и цианоз, а также более чем один из следующих признаков респираторного дистресса: тахипноэ, кашель, расширение крыльев носа, втяжение участков грудной клетки, ослабление дыхательных шумов. Пневмония должна предполагаться, если тахипноэ возникает у пациента младше 2 лет с температурой выше 38°C. При отсутствии лихорадки наличие пневмонии у детей сомнительно. Оценивая клинические симптомы пациента при поступлении в стационар, можно сделать следующий комментарий по трактовке диагноза в стационаре. Ребенку справедливо был выставлен клинический диагноз внебольничной пневмонии, так как при оценке анамнеза, клинической картины и физических данных были правильно оценены и учтены клинические критерии постановки диагноза пневмонии. Вместе с тем следует отметить, что клинических данных для диагностики пневмонии недостаточно, обязательным компонентом диагностического процесса является рентгенологическое и лабораторно-диагностическое обследования. Краеугольный камень проблемы пневмонии у детей – это вопрос этиологии – определение наиболее вероятных возбудителей пневмонии. По данным В.К. Таточенко, у детей в возрасте от 6 месяцев до 4 лет при внебольничных бактериальных пневмониях наиболее частым возбудителем является пневмококк. Пневмококк лидирует и у детей старшего возраста. В начале лечения возбудитель пневмонии почти всегда не известен. Решение о назначении антибиотика определяется известной распространенностью патогенов у детей различных возрастных категорий, клиническими признаками, характерными для специфических патогенов. Возвращаясь к разбору данного клинического случая в отношении предполагаемой этиологии пневмонии, можно сделать следующий комментарий: анализируя ситуацию данного случая (ребенок был здоров до начала болезни, заболел в домашних условиях), можно полагать, что возбудителями пневмонии могут быть как вирусы, так и бактерии, среди которых наиболее распространенными в этой возрастной группе являются группа респираторных вирусов и бактерий (пневмококк, гемофильная палочка, моракселла и др.). Однако, поскольку ребенок входит в возрастную группу 1-5 лет и не имел се-

резных отягощающих преморбидных факторов риска, пневмония возникла в домашних условиях, выявленные изменения в общем анализе крови, можно предположить, что у ребенка внебольничная пневмония, вызванная бактериальной группой возбудителей, среди которых лидируют пневмококк и гемофильная палочка. Таким образом, рентгенологические и лабораторные данные не только подтвердили клинический диагноз пневмонии, но и указали на ее форму, локализацию и характер. Заболевание трактовалось как крупозная левосторонняя лобарная пневмония, осложненная левосторонним плащевидным плевритом. Поскольку лобарное поражение легких чаще всего ассоциируется с пневмококковой инфекцией, то, даже несмотря на отрицательный результат бактериологического посева крови, можно с большой степенью уверенности предполагать, что данная пневмония имеет пневмококковую этиологию. Вместе с тем, принимая во внимание ранний возраст ребенка, нельзя игнорировать возможность гемофильной инфекции, хотя для нее менее характерно развитие лобарной пневмонии. Кроме того, пневмония осложнилась плащевидным плевритом, что свидетельствует о ее тяжелом течении, но не противоречит пневмококковой природе пневмонии. Где должен лечиться ребенок с такой пневмонией? В данном случае ребенок был госпитализирован по причине осложненного течения пневмонии (развитие плащевидного плеврита) вследствие неадекватной стартовой антибиотикотерапии. Плащевидный плеврит – чаще встречается у детей раннего возраста при неспецифических тяжелых формах пневмонии. Рентгенологически определяется как лентовидная полоса на фоне снижения прозрачности легочной ткани. При благоприятном исходе болезни фибринозные массы полностью рассасываются, прозрачность легочного поля восстанавливается, однако при обострениях воспалительного процесса возможны рецидивы плеврита. Целью назначения антибиотиков является эрадикация возбудителей инфекционного процесса. Лечение, которое не ведет к эрадикации возбудителя, приводит к развитию осложнений, хронизации процесса, селекции и распространению резистентных штаммов. Согласно протоколу лечения внебольничной пневмонии, стартовая терапия внебольничной неосложненной пневмонии должна начинаться с золотого стандарта – полусинтетических пенициллинов (амоксциллин) или защищенных

пенициллинов (амоксциллин/клавулат). В стационаре ребенку проводилась антибактериальная терапия (амоксциллин + клавулановая кислота внутривенно каждые 6 ч, кларитромицин), внутривенное введение иммуноглобулина, оксигенотерапия, инфузионная дезинтоксикационная терапия, назначались препараты муколитического и отхаркивающего действия, симптоматическое лечение.

Результаты проведенной терапии. В состоянии ребенка отмечалась положительная динамика, сопровождавшаяся процессом рассасывания пневмонического очага и плеврита. Через 18 дней ребенок был выписан из стационара в реабилитационное отделение.

Выводы. Внебольничная пневмония остается серьезным заболеванием, которое может протекать не только в виде легких форм, но и как тяжелое, угрожающее жизни заболевание, особенно в раннем детском возрасте. Этиология современной пневмонии чаще всего имеет бактериальный характер и вызывается широким спектром возбудителей, среди которых лидируют пневмококк и гемофильная палочка. Исход пневмонии зависит от ранней диагностики и стартовой эмпирической антибактериальной терапии. Стандартизация современных протоколов по диагностике и лечению внебольничной пневмонии позволяет минимизировать ошибки на поликлиническом и стационарном этапах ведения больных, добиться сокращения сроков лечения, уменьшения летальных исходов и тяжелых осложнений.

A.V. Dubovaya, B. Ariunsanaa, Yu.V. Naumenko

ON THE PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PNEUMONIA IN PEDIATRIC PRACTICE

Abstract. *Pneumonia in children is one of the most common, serious, potentially life-threatening diseases. The criteria for the diagnosis and treatment of pneumonia have been developed long ago and are clearly formulated. Nevertheless, we have to deal with underdiagnosis and irrational therapy, which is observed more often at the outpatient stage. The incidence of community-acquired pneumonia among children under 15 years of age is more than 2 times higher than the incidence in the general population. The article shows modern approaches to diagnosis, differential diagnosis and treatment of patients with pneumonia using the example of a clinical analysis of a child's medical history.*

Key words: *community-acquired pneumonia, children, treatment.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакрадзе М.Д., Гадлия Д.Д., Рогова О.А. О проблемах диагностики и лечения пневмоний у детей // Педиатрическая фармакология – 2015. – №12(3). – С. 71-76.
2. Бакрадзе М.Д., Таточенко В.К., Полякова А.С. Низкая эффективность антибиотиков, назначаемых амбулаторно детям с пневмонией и острым средним отитом, как следствие несоблюдения клинических рекомендаций // Педиатрическая фармакология – 2016. – №13(5) –С. 425-431.
3. Домбровская Ю.Ф., Студеникин М.Я., Рачинский С.В. и др. Проект классификации клинических форм бронхолегочных заболеваний неспецифической этиологии у детей // Педиатрия. – 1973. – №9. – С. 3-7.
4. Куличенко Т.В., Байбарина Е.Н., Баранов А.А. Оценка качества стационарной помощи детям в регионах Российской Федерации // Вестник РАМН – 2016. – №71(3). – С. 214-223.
5. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. – М.: Боргес, 2019. – 300 с.
6. Таточенко В.К., Озерецковский Н.А. Иммунопрофилактика – 2020. 14-е изд. М.: Педиатръ, 2020. – 300 с.
7. Tatochenko V, Cherkasova E., Kuznetsova T. Acute tonsillitis and bronchitis in Russian primary pediatric care: Prevailing antibacterial treatment tactics and their optimization // Am. J. Pediatr. – 2018. – №4(3). – С. 46-51.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк,
ФГБУ «ИНВХ им. В.К. Гусака» Минздрава России, г. Донецк

Благодаря оптимизации методов диагностики и лечения значительно увеличилась выживаемость пациентов с врожденными пороками сердца (ВПС). В течение последних нескольких десятилетий все больше исследователей уделяют внимание повышению физической активности пациентов с ВПС. Переносимость физических нагрузок (ФН) является предиктором здоровья у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель работы: представить клинический пример эффективности применения методов физической реабилитации у пациентки с ВПС в отдаленном периоде после оперативной коррекции.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилась 15-летняя девочка Д., которой в раннем неонатальном периоде установлен диагноз «ВПС: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП)», а в возрасте 1 год и 2 месяца проведена хирургическая коррекция порока (шовная пластика ДМЖП в условиях искусственного кровообращения). В программу реабилитации включены физические нагрузки кратностью 2 раза в неделю по 60 минут и курсовой прием убидекарена. Эффективность метода оценивалась с помощью анализа данных, полученных при проведении тредмил-теста (ТТ) по модифицированному протоколу Bruce.

Результаты и обсуждение. Исследование функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы (ССС) с применением ТТ впервые проведено в 9 лет. Отмечалась низкая толерантность к физической нагрузке (ТФН), патологическая (гипотоническая) реакция гемодинами-

ки (артериальное давление (АД) на высоте нагрузки составляло 100/40 мм рт.ст.), низкий (0,6) хронотропный индекс (ХИ), снижение хронотропного и инотропного резервов (81 уд/мин и 10 мм рт.ст. соответственно), что свидетельствует о снижении функциональных возможностей ССС. Девочка получала курсовое лечение кардиотрофическими препаратами 1-2 раза в год. Через 4 года, в возрасте 13-ти лет, по данным ТТ положительная динамика не выявлена. Пациентке оптимизированы физические нагрузки, включен препарат убидекарена. При проведении ТТ в 15 лет зарегистрирована ТФН «выше средней», нормотонический тип гемодинамической реакции (АД на высоте нагрузки – 130/60 мм рт.ст.), нормальные показатели ХИ (0,8), повышение хронотропного и инотропного резервов (106 уд/мин и 35 мм рт.ст. соответственно) в сравнении с данными до проведения реабилитации. Выявлено увеличение объема выполненной работы на 339 кДж, что в 2 раза больше, чем в 13-летнем возрасте. За время наблюдения по данным стандартной электрокардиограммы (ЭКГ), суточного мониторирования ЭКГ и АД, эхокардиографии отрицательной динамики не выявлено.

Приведенный клинический пример подтверждает эффективность включения физических нагрузок в программу реабилитации детей с корригированными ВПС. В нашей работе продемонстрировано улучшение гемодинамических показателей обследуемой: максимального систолического АД, частоты сердечных сокращений, ХИ, хронотропного и инотропного резервов.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗЕРВЫ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ДИНАМИКЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ГБУЗ РК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

Для изучения толерантности к физической нагрузке, функциональных резервов миокарда у детей, перенесших хирургическую коррекцию врожденных пороков сердца (ВПС), была проведена проба с дозированной физической нагрузкой - велоэргометрия (ВЭМ, тест PWC170). Преимуществом этой пробы является точность дозирования нагрузки и высокая информативность.

Материалы и методы. Проводилась ступенчатая, возрастающая, прерывистая, субмаксимальная нагрузка. Физическая работоспособность рассчитывалась в ваттах на килограмм веса ребенка и во взаимосвязи с показателями гемодинамики: частотой сердечных сокращений (ЧСС), уровнем артериального давления (АД), ударным объемом крови (УО, по Н. А. Романцевой). Также рассчитывали показатели: двойное произведение (ДП), характеризующее уровень функциональных резервов сердечно-сосудистой системы, коэффициент расходования резервов миокарда (КРРМ), показатель экономичности работы сердца (ЭРС). Оценивали уровень максимального потребления кислорода при физической нагрузке (МПК), минутный объем крови (МОК) и сравнивали результаты исследования в динамике санаторно-курортной реабилитации.

Под нашим наблюдением находилось 102 ребенка 11-15 лет, перенесших хирургическую коррекцию ВПС - дефекта межпредсердной или межжелудочковой перегородки в динамике санаторно-курортного лечения. Пробу с дозированной физической нагрузкой (тест PWC170) все дети перенесли хорошо.

Результаты и обсуждение. По результатам проведенных исследований отмечено, что ЧСС и АД при выполнении нагрузки постепенно увеличивались, после трехминутного отдыха не приходили к исходному уровню и сохранялись в пределах возрастной нормы. Уровень функциональных резервов миокарда по показателю ДП до лечения соответствовал уровню «ниже среднего», после лечения - уровню «средний». При индивидуальном анализе отме-

чалось увеличение числа детей с эукинетическим типом кровообращения (25% и 44,4% соответственно до и после лечения). После трехминутного отдыха тип гемодинамики восстанавливался до исходного состояния как до, так и после лечения. Среди детей обследуемой группы сохранялась корреляция вышеуказанных показателей.

Под влиянием санаторно-курортного лечения отмечалось улучшение экономичности работы сердца по показателям КРРМ (1,70 усл. ед. и 1,45 усл. ед. соответственно до и после лечения) и ЭРС (3,34 усл. ед. и 3,08 усл. ед. соответственно до и после лечения), хотя они и не достигали возрастной нормы, что свидетельствовало о существующей недостаточной эффективности работы сердца. В динамике лечения отмечено незначительное повышение исходно сниженных показателей МПК (2,11 усл. ед. и 2,32 усл. ед. соответственно до и после лечения) и МПК на килограмм веса (0,046 усл. ед. и до 0,047 усл. ед. до и после лечения), характеризующих физическую аэробную работоспособность, как объективный критерий оценки общего состояния ребенка, тяжести заболевания. Показатели физической работоспособности (PWC170 и PWC/kg) после санаторно-курортной реабилитации увеличились соответственно с 92,9 Вт до 100,8 Вт и с 2,18 Вт/кг до 2,3 Вт/кг.

Таким образом, проба с дозированной физической нагрузкой (тест PWC170) является высокоинформативным методом определения физической работоспособности и оценки функциональных резервов миокарда у детей. Проведенный анализ данных ВЭМ свидетельствует о положительном влиянии санаторно-курортного лечения на работу сердца детей, оперированных по поводу ВПС. Санаторно-курортное лечение способствует повышению физической работоспособности в условиях экономизации расходования резервов системы кровообращения, но в данном случае не достигает должных величин. Полученные результаты свидетельствуют о необходимом расширении двигательного режима у детей с данной патологией.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗУБНЫХ ПАСТ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

Детский стоматолог, как и педиатр должны довести до сведения родителей то, что начинать уход за полостью рта ребенка необходимо с момента прорезывания первого зуба. У детей раннего возраста (0-3 года) следует использовать специальную детскую зубную пасту.

Цель - провести сравнительный анализ состава и свойств зубных паст для детей раннего возраста, представленных на рынке гигиенических средств ДНР.

Материал и методы. Нами были изучены и проанализированы инструкции к зубным пастам, а также данные стоматологической литературы и Интернет-источников.

Результаты и их обсуждение. Среди зубных паст для детей от 0 до 3 лет, представленных на рынке Донбасса, наиболее популярны следующие: «SPLAT Baby 0-3», «Умка», «R.O.C.S. baby».

В состав детской зубной пасты «SPLAT Baby 0-3» входят на 99,3% натуральные компоненты, которые абсолютно безопасны при проглатывании, паста гипоаллергенна. Комплексное действие пасты обеспечивает защиту от кариеса, интенсивное укрепление эмали, уход за десной и снижение ее чувствительности при прорезывании первых зубов. Расширенные клинические испытания, проведенные в Японии, доказали высокую эффективность данной зубной пасты. Благодаря чистящей основе, близкой по составу к зубной эмали (дикальцийфосфат дигидрат), паста «SPLAT Baby 0-3» разрушает мягкий налет и бережно очищает не зрелую эмаль молочных зубов, не повреждая ее. Запатентованная инновационная система защиты Luctatol сокращает риск образования кариеса, сохраняет дыхание свежим и предотвращает появление зубного налета на 96%. Очищение зубов от налета обеспечивают также натуральные молочные ферменты, которые обеспечивают защиту от бактерий. Гидроксипатит кальция (nHap), произведенный на основе яичной скорлупы, эффективно защищает от кариеса зубы малыша, хорошо усваивается и минерализует эмаль. Входящие в состав «SPLAT Baby 0-3» растительные экстракты ромашки, календулы, опунции, гель алоэ вера и L-Arginine снижают чувствительность десен при прорезывании и оказывают противовоспали-

тельное действие. Паста не содержит фтора, агрессивных абразивов, антисептиков, спирта, синтетических растворителей, искусственных красителей и консервантов, отсутствует лаурилсульфат, сахаринат и ментол.

Кремовая зубная паста для малышей от 0 до 3 лет «Умка» разработана на основе низкоабразивного диоксида кремния, который деликатно очищает неокрепшую эмаль молочных зубов. Экологически чистая натуральная основа пасты «Умка» делает ее безопасной при проглатывании. Экстракт липы, входящий в состав, снижает воспаление десен при прорезывании первых зубов, а экстракт зерен овса оказывает общеукрепляющее действие. «Умка» не содержит фтора, лаурилсульфата натрия, сахара, красителей, аллергенов.

Зубная паста «R.O.C.S. baby» (0-3 года) относится к категории бесфтористых, поэтому является безопасной, поскольку малыши полностью проглатывают пасту. «R.O.C.S. baby» содержит экстракт липы, обладающий мягким противовоспалительным действием, и природный сахарозаменитель ксилит, который способен подавлять активность кариесогенных микроорганизмов. Очищающие свойства пасты обусловлено наличием в ней дикальция фосфата и поливинилпирролидона, обладающего детоксицирующим действием. В то же время паста не содержит фтор, парабены, лаурилсульфат натрия, красители, антисептики и отдушки. Появилась также новинка паста «R.O.C.S. PRO BABY», в состав которой входит глицерофосфат кальция и хлорид магния – основные компоненты реминерализующего геля R.O.C.S. Medical Minerals. Пасты «R.O.C.S. baby» гипоаллергенны. Проведившиеся клинические исследования показали, что пасты R.O.C.S. обладают высоким очищающим и противоналетным действием. Пасты R.O.C.S. обеспечивают высокий уровень защиты зубов в детском возрасте.

Зубные пасты «SPLAT Baby 0-3», «Умка», «R.O.C.S. baby» соответствуют основным требованиям, предъявляемым к зубным пастам для детей раннего возраста. Они безопасны, при этом высокоэффективны: обладают минерализующим, противокариозным и противовоспалительным действием.

ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ УСЛОВИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

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

Нервно-психическое состояние ребенка отражает внутреннее благополучие функциональной деятельности органов и систем, кроме того, является неотъемлемым компонентом целостной картины поведения ребенка, его деятельности, отношения к миру, окружающим людям и самому себе.

Цель работы: изучить особенности нервно-психического статуса детей, как одну из сторон состояния здоровья в зависимости от социально-бытовых условий жизнедеятельности.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 407 детей, в возрасте от 7 до 16 лет. В зависимости от условий проживания детей, были выделены 3 группы: I группа - 116 детей, воспитывающиеся в детском доме (66 мальчика и 50 девочек); II группа - 139 детей, проживающих с родителями/родителем в неблагоприятных социально-бытовых условиях (76 мальчиков и 63 девочек); и III группа - 152 ребенка из полных семей в окружении социально-бытового благополучия (85 мальчиков и 67 девочек).

Для изучения нервно-психического статуса детей, нами была использована одна из самых известных проективных рисуночных методик исследования личности, предложена в 1948 г. Дж. Буком - «Дом-Дерево-Человек».

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным, воспитанников детского дома демонстрировали достаточно высокий уровень контактности и открытости - 73 (62,93%) человека, что превышало на 39,73% показатели детей, проживающих с родителем/родителями в неблагоприятных условиях ($p < 0,001$). На рисунках это считывалось в изображении открытой двери. Чаще всего дети рисовали жилой дом, что свидетельствует о сильной эмоциональной потребности тепла извне или о стремлении продемонстрировать искренность. Раскованность у детей II группы прослеживалась у 69 (49,64%) человек, но имела оттенок определенного пренебрежения правилами общения со взрослыми. В тоже время «замкнутость» была более характерна для I группы - 77 (66,34%) детей,

что оправдано особенностями проживания в интернатном учреждении, в большом и неоднородном коллективе. Тревожность была самой высокой у детей II группы, что превысило значения детей III группы на 55,95% ($p < 0,001$) и объясняется трудными социальными условиями проживания, наличием стрессовых ситуаций в повседневной жизни. Неуверенность в себе была на высоком уровне, как у воспитанников детского дома - у 82 (70,69%) человек, так и у детей, проживающих с родителями/родителем в неблагоприятных социально-бытовых условиях - у 96 (69,06%) обследуемых. Дети часто располагали рисунок на краю бумаги, фиксировались частые исправления/затирания рисунков, что указывает на неуверенность, тенденцию к угодничеству. В работах обращало на себя внимание изображение человека - в основном, дети рисовали маленького, без деталей - что характеризуется повышенной тревогой, эмоциональной зависимостью, чувством дискомфорта и скованности, тенденцией к замкнутости.

Показатель избегания проблемных ситуаций был значительно выше у детей, находящихся в неблагоприятных социально-бытовых условиях - у 87 (62,59%) человек, что связано с необходимостью приспособливаться к окружению или к определенной жизненной ситуации, достоверная разница по этому параметру была определена при сопоставлении результатов с другими сравниваемыми группами ($p < 0,001$). У 91 (65,47%) ребенка II группы имело место отсутствие линии основы (земли), что свидетельствует о чувстве незащищенности. 62 (53,45%) воспитанников детского дома и 26 (18,7%) детей, проживающих в неблагоприятных социально-бытовых условиях, изображали дом вдаль, что говорит о тенденции отграничиться от окружения. Враждебность или скрытую агрессию чаще демонстрировали дети II группы - 93 (66,91%) человека, что превышало показатели I группы на 40,86% ($p = 0,002$), а значения III группы - на 72,04% ($p < 0,001$).

Выводы. 1. Социально-бытовые условия жизнедеятельности играют весомую

роль в показателях нервно-психического статуса детей.

2. Воспитанники детского дома имели более высокую регистрацию таких параметров, как «замкнутость», «решительность», «чувствительность к окружению».

3. Среди детей, проживающих с роди-

телями/родителем в неблагоприятных социально-бытовых условиях, определялась более высокая частота регистрации таких критериев, как «раскованность», «тревожность», «беззащитность», «амбивалентность», «избегание проблемных ситуаций», «враждебность».

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ ШИРОЧАЙШИХ МЫШЦ СПИНЫ У ДЕТЕЙ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОД ВЛИЯНИЕМ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

ГБУ ЗРК «НИИ детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации», г. Евпатория

Целью исследования стало изучение состояния нервно-мышечной системы у детей со сколиотической болезнью и динамику под влиянием санаторно-курортного лечения.

Материалы и методы. Обследование 36 детей в возрасте 12-14 лет со сколиотической болезнью I-II степенью тяжести, проводилось до и после комплексного санаторно-курортного лечения. Состояние нервно-мышечной системы у детей со сколиотической болезнью оценивали по данным клинического ортопедического осмотра с определением силовой выносливости мышц туловища и показателей биоэлектрической активности (БА) широчайших мышц спины при максимальном произвольном сокращении по данным электромиографии (ЭМГ). Все дети получали ортопедический режим, щадяще-тонизирующий климатический и двигательный режим, сбалансированное питание, ЛФК, ручной массаж мышц спины, электростимуляцию мышц спины токами СМТ. Грязелечение в виде "ленты" вдоль позвоночника Т 39-40°C, продолжительностью 15 минут в комплексе с гидропланшетной терапией получали 20 детей. Хлоридные натриевые ванны 20 г/л, Т 36-37°C, продолжительностью 15 минут, через день получали 16 детей.

Результаты. По данным ЭМГ биоэлектрическая активность мышц спины характеризовалась умеренно сниженными (от 600 до 300 Мкв) и значительно сниженными показателями (ниже 300 Мкв) у большинства детей, более 80% как с I так и II

степенями тяжести. Асимметрия БА мышц наблюдалась у трети детей с I степенью сколиоза и 57% детей со II степенью. На вогнутой стороне преобладал более сниженный уровень биоэлектрической активности мышц по сравнению с выпуклой стороной. У детей отмечена различная динамика показателей ЭМГ в зависимости от разных лечебных комплексов. Под влиянием бальнеотерапии прирост исходно сниженных значений БА мышц спины составил на вогнутой стороне 36%, на выпуклой - 25,5%. У 55,5% наблюдалось симметричное повышение электрогенеза и силовой выносливости мышц спины. Под влиянием комплекса грязелечения с гидропланшетной терапией наблюдалась наиболее отчетливая благоприятная динамика показателей выносливости мышц у 78% больных. Улучшение функционального состояния нервно-мышечной системы имело место у 38,5% больных, о чем свидетельствовала динамика данных БА широчайших мышц спины (с $267,0 \pm 34,3$ Мкв до $355,0 \pm 40,4$ Мкв).

Таким образом, у детей со сколиотической болезнью имеют место нарушения функционального состояния нервно-мышечного аппарата уже на первых стадиях заболевания, что является важным диагностическим и прогностическим признаком. Санаторно-курортный этап реабилитации позволяет получить благоприятную динамику в состоянии клинико-функциональных показателей мышечного корсета спины.

СЛОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

Многочисленные международные публикации свидетельствуют о специфических изменениях в легких у детей при SARS-CoV-2. Однако, термин «пневмония» не отражает клинико-рентгенологические и морфологические признаки патологического процесса, который наблюдается при поражении легких этим вирусом. Следует оценивать такое поражение легких как пневмонит или интерстициопатия, что существенно меняет терапевтические подходы. Принимая во внимание сложности диагностического поиска у детей с внебольничной пневмонией, представляем вашему вниманию клинический пример.

Ребенок К. 9 лет, заболел остро с повышением температуры тела до 38,5°C. Появился сухой кашель, который сохраняется по настоящее время. Из анамнеза жизни известно, что наследственность не отягощена. Ребенок от первой физиологически протекавшей беременности, срочных самостоятельных родов. Вес при рождении 3540 г, рост 51 см. Раннее развитие соответствовало возрасту. Привит по графику. Из анамнеза заболевания известно, что неделю тому назад его семья вернулась из отпуска. По возвращении проведено исследование ПЦР на SARS-CoV-2 (результат отрицательный). Объективно: состояние средней тяжести. Температура 37,8°C. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Вес 27 кг, рост 128 см. Кожные покровы бледные, чистые, влажные. Слизистые чистые, умеренная гиперемия небных дужек. Небные миндалины гипертрофированы 2-й степени, налетов нет. Периферические лимфатические узлы по типу микрополиадамии, единичные, подвижные, безболезненные. Перкуторно границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Аускультативно тоны приглушены, чистые, ЧСС 96 /минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно жесткое дыхание проводится симметрично во все отделы легких, хрипов нет, ЧД 24 /минуту. Сатурация кислорода 98%. Живот мягкий при пальпации, доступен во всех отделах, безболезненный. Физотправления в норме. Рекомендовано

повторить ПЦР на SARS-CoV-2. На фоне терапии появилась слабость, потливость и на 5-е сутки от начала заболевания стойкая лихорадка до 39,00С, которая плохо купировалась на фоне жаропонижающей терапии. Зафиксировано снижение сатурации кислорода до 93%. Появились локальные симптомы со стороны легких: ослабление перкуторного звука и мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах слева. Гемограмма (на 7-й день болезни): эритроциты $4,15 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 118 Г/л, лейкоциты $18,9 \times 10^9$ /л, лимфоциты 22%, палочкоядерные 7%, сегментоядерные 65%, моноциты 4%, эозинфилы 2%, СОЭ 42 мм/ч. Нагрузочный эритроцитарный коэффициент 3,55 усл.ед. ($N=0,5-0,05$ усл.ед.); клеточно-фагоцитарный потенциал 402,12 усл.ед. ($N=471,9 \pm 12,5$ усл.ед.), иммунно-лимфоцитарный потенциал 116,40 усл.ед. ($N=618 \pm 17,8$ усл.ед.), аллергическая настроенность организма 105,82 усл.ед. ($N=337,0 \pm 14,9$ усл.ед.). ПЦР на SARS-CoV-2 отрицательный. Рентгенограмма органов грудной клетки (на 8-й день болезни): инфильтративные изменения в области нижней доли левого легкого. С учетом клинико-лабораторных и инструментальных данных установлен диагноз: Внебольничная, левосторонняя, нижнедолевая пневмония, средней тяжести, острое течение, ДН1. В соответствии с диагнозом была рекомендована антибактериальная (амоксиклав) и симптоматическая терапия. На фоне лечения на 3-и сутки снизилась температура до 37,70С, улучшилось самочувствие. Антибактериальную терапию получал (в течение 10 суток) с положительной клинико-лабораторной и рентгенологической динамикой.

Данный клинический пример демонстрирует сложности диагностики внебольничной пневмонии в период пандемии коронавирусной инфекции. Показатели расширенной гемограммы, в частности, НЭК отражают значительную метаболическую интоксикацию и недостаточную способность организма обеспечить кооперирующие взаимодействие клеток крови, обладающих фагоцитарной функцией, отвечать на антигенный раздражитель.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОРИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

Несмотря на существование эффективной и безопасной вакцины, вирус кори остается одной из основных причин смертности детей младше 5 лет во всем мире. Уникальной особенностью коревой инфекции является состояние иммунного подавления (временной иммуносупрессии, иммунодефицита, анергии), продолжающееся несколько месяцев после окончания острого периода болезни. Одним из проявлений данного состояния является отсутствие, либо резкое угнетение продукции интерферона I типа в случае развития какой-либо вирусной инфекции в ближайшие месяцы после перенесенной кори. Именно на период анергии приходится большинство смертей, связанных с корью, как результат присоединения вторичных вирусных, бактериальных либо паразитарных инфекций.

В 2023 году в Донецкой Народной Республике зарегистрировано 34 больных корью. Под нашим наблюдением в инфекционном боксовом отделении ЦГКБ №1 города Донецка находилось 10 детей и 16 взрослых. Диагноз «корь» был поставлен с учетом клинических и эпидемиологических данных (контакт с больным корью и отсутствие вакцинации). Все случаи были подтверждены методом иммуноферментного анализа (ИФА), выявлены антитела класса IgM с 5-го дня периода высыпания.

Клиническая картина кори у неиммунных лиц не изменилась. У 92% больных корь имела типичную клиническую картину. Тяжелая форма наблюдалась в 10% случаев, средне-тяжелая – в 50% и легкая – в 40 % случаев. У всех больных корь начиналась остро, с фебрильной лихорадки до 39 - 40°C, вялости и слабости. Симптомы катарального воспаления и нарастание их к началу высыпания наблюдались у всех больных. Длительность катарального синдрома до появления сыпи – 5-6 дней: сухой лающий кашель (88% случаев), ринит (97%), у 60% больных в легких выслушивалось жесткое дыхание, у 30% - сухие хрипы, у 10% - влажные мелкопузырчатые хрипы.

Гиперемия слизистых ротоглотки наблюдалась у всех больных, энантема – у 87% больных. Пятна Бельского-Филатова-Коплика в течение 3-4 дней выявлены

у 72% больных, которые в период высыпаний исчезали.

У 65,9% наблюдаемых нами детей выявлены коревой конъюнктивит, в 83% имелся синдром «сухого глаза», у взрослых синдром «сухого глаза» и коревой конъюнктивит наблюдался у всех обследуемых, в 52,2% имелся иридоциклит. Светобоязнь, резь в глазах и слезотечение выявлены у 57% больных.

Типичный внешний вид больного: одутловатость лица, отечность век, красные глаза. Экзантема появлялась у больных на 5-й и 6-й день болезни, в виде пятнисто-папулезной сыпи, сливного характера, на бледном фоне кожи, с характерной этапностью высыпания. Сыпь на лице – крупная, эритематозная. Подобная четкая этапность развития сыпи и в то же время стойкое ее сохранение на тех участках, где она уже появилась, с последующим переходом в пигментные элементы – признак патогномоничный для кори и не характерный для других экзантем. Геморрагический характер сыпи наблюдался у 37% больных.

У всех больных имел место волнообразный тип лихорадки, причем температура тела в период высыпания была выше, чем в катаральный период. Пик лихорадки был во второй день высыпания.

В периферической крови – лейкопения и лимфоцитоз (83%), у больных (17%) с бактериальным осложнением – лейкоцитоз.

Наиболее частым осложнением кори у детей раннего возраста был острый стенозирующий ларинготрахеит (15%), стоматит (17%), гнойный конъюнктивит (14%) и пневмония (2%).

Таким образом, корь по-прежнему является высококонтагиозным и опасным заболеванием, которое может привести к развитию тяжелых осложнений как в остром периоде болезни, так и в периоде послекоревой анергии.

Изменилась возрастная структура кори – увеличился процент заболевших взрослых.

Уменьшилась частота тяжелых форм и средне-тяжелых форм и увеличилась частота легких форм. Уменьшилась частота осложнений при кори у детей.

ГЛАЗНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

Корь часто осложняется поражением глаз, приводящим к слепоте. Блефароспазм, светобоязнь, легкая конъюнктивальная инъекция глазного яблока возникает на второй день заболевания, являясь предвестником сыпи. На 4–5 день болезни наряду с высыпаниями на коже отмечается усиление светобоязни и слизистое отделяемое из глаз. Для коревого конъюнктивита характерны появление на конъюнктиве пятен Бельского – Филатова (участки дегенерации и некроза эпителия) и яркая гиперемия. При тяжелом течении кори может возникнуть глубокий кератит и иридоциклит с помутнением и эрозией роговицы. На фоне коревого энцефалита развивается ретробульбарный неврит, отек диска зрительного нерва. В случае присоединения бактериальной флоры возникает гнойный конъюнктивит, блефарит, периорбитальная флегмона, вторичная глаукома, неврит зрительного нерва, дефицит витамина А, снижается острота зрения.

Цель исследования: изучить частоту и степень поражения глаз при кори у детей и взрослых в инфекционных стационарах Донецкого региона.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 135 детей в возрасте от 5 до 17 лет и 46 взрослых в возрасте от 20 до 31 года. Всем больным проводилась визометрия, осмотр при боковом освещении, биомикроскопия, офтальмоскопия, проба Ширмера.

Результаты. При обследовании детей острота зрения с коррекцией составила 1,0. При боковом освещении у 56 детей выявлена гиперемия слизистой, расширение

эписклеральных сосудов, пятна Бельского-Филатова, геморрагии, обильное гнойное отделяемое, у 33 детей имелась смешанная инъекция. При проведении пробы Ширмера у 112 детей она оказалась положительной. У одного ребенка, с тяжелым течением заболевания, выявлен частичный гемофтальм. У взрослых острота зрения колебалась от светопроекции до 1,0 с коррекцией. При боковом освещении и биомикроскопии у всех больных выявлена гиперемия слизистой, расширение эписклеральных сосудов, пятна Бельского-Филатова, геморрагии, обильное гнойное отделяемое, у 24 больных имелась смешанная инъекция, мелкие преципитаты. У 3-х больных в роговице выявлены инфильтраты, у одного пациента диагностировано расплавление роговицы. Проба Ширмера положительна у всех больных.

У наблюдаемых нами детей выявлены в основном поражение слизистой в виде коревого конъюнктивита в 65,9%, в 83% имелся синдром «сухого глаза». У взрослого контингента синдром «сухого глаза» и коревой конъюнктивит наблюдался у всех обследуемых, в 52,2% имелся иридоциклит и у одного больного гнойные язвы роговицы с расплавлением.

Таким образом, корь по-прежнему является высококонтагиозным и опасным заболеванием, которое может привести к развитию тяжелых офтальмологических осложнений как в остром периоде болезни, таких как конъюнктивит, кератит и в периоде послекоревой анергии – ретинит. А при развитии осложнений со стороны роговицы возможна серьезная потеря зрения.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ПОДРОСТКОВ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Коронавирусная инфекция и ее отдаленные последствия оказывают негативное влияние на качество жизни людей во всем мире. К отсроченным последствиям относят постковидный синдром. Постковидный синдром у детей (longCOVID) – это симптомокомплекс, возникающий у ребенка в течение 1-3 месяцев от начала заболевания и продолжающийся не менее 2 месяцев. По данным различных исследований данное состояние регистрируется у 35-98% педиатрических пациентов, перенесших COVID-19. Его развитие обусловлено воспалительным процессом, нарушениями иммунной и нервной регуляции, непосредственным токсическим действием вируса. Основные симптомы long COVID: непереносимость физических нагрузок, расстройства сна, психоэмоциональная неустойчивость, снижение когнитивных функций. Чаще всего от отдаленных последствий коронавируса страдают подростки.

Цель – определить наличие субклинических феноменов психосоматических расстройств у подростков с long COVID.

Материалы и методы. Нами было обследовано 55 подростков с long COVID, которые были госпитализированы по поводу COVID-19 в январе - июле 2023 года. Средний возраст пациентов был $13,4 \pm 1,2$ лет. Инструментом исследования был детский опросник невротизации (ДОН), оценивающий основные проявления невротических расстройств: депрессия (1), астения (2), нарушения поведения (3), вегетативные расстройства (4), нарушения сна (5), тревожность (6). На проведение исследования получено письменное согласие родителей.

Результаты. Установлено, что практически все подростки с long COVID (80,3%) имели нарушения сна (трудности засыпания, частые пробуждения в связи с «плохими снами», трудности при пробуждении), у половины пациентов (50,7%) преобладали признаки тревожности. Наиболее проблемными пациентами были подростки, которые имели сочетание факторов риска астении и тревожности (12,5%), у 25,5% - наблюдалось сочетание факторов вегетативных нарушений и астении, у 11,5% пациентов регистрировали сочетание нарушения поведения и тревожности. Нужно отметить, что астенический симптомокомплекс, характеризующийся повышенной сонливостью, субъективным отсутствием чувства сна, при объективно большей, чем обычно длительности сна, чувством усталости при пробуждении превалировал в случае комбинации невротических проявлений у большинства подростков (73,2%).

Таким образом, у подростков с постковидным синдромом превалируют признаки повышенной невротизации в виде нарушений сна, проявлений астении и тревожности. Феномен нарушений сна может учитываться, как наиболее распространенный маркер longCOVID, а повышение уровня тревожности, которое регистрировалось у каждого четвертого подростка, является начальным этапом формирования значимых невротических нарушений. Данные изменения требуют медикаментозной и психологической поддержки, динамического контроля, что легко сделать путем использования ДОН врачу амбулаторного звена.

ОСОБЕННОСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И НЕДОСТАТОЧНОСТИ 25-ОН ВИТАМИНА D

ФГБУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

Цель: изучить клинико-эпидемиологические особенности гнездной алопеции (ГА) у детей с хронической герпесвирусной инфекцией (ХГВИ) в зависимости от концентрации 25-ОН витамина D.

Материалы и методы. Проанализированы анамнестические, клинические данные (количество эпизодов, продолжительность последнего эпизода, клиническая тяжесть) и лабораторные показания (концентрация 25-ОН витамина D) у 11 детей ГА с ХГВИ в возрасте от 8 до 18 лет (средний возраст $15,1 \pm 2,8$ лет).

Результаты. Показано, что среди больных ГА с ХГВИ, в отличие больных ГА без ХГВИ, значимо чаще встречались дети с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы (до 24 нг/мл) – 9 (81,8%) и 1 (33,3%) больных соответственно. У больных ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы, в сравнении с больными ГА с ХГВИ с нормальной концентрацией 25-ОН

витамина D (от 24 до 53 нг/мл), дерматоз чаще имел более 2-х рецидивов – 6 (66,6%). При этом продолжительность рецидива дерматоза более 12 месяцев была у 4 (44,4%) детей больных ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы, и не у одного ребенка с нормальной концентрацией 25-ОН витамина D. У всех 9 (100%) детей больных ГА с ХГВИ с концентрацией 25-ОН витамина D ниже нормы были средне-тяжелые и тяжелые формы дерматоза, в то время как у детей больных ГА с ХГВИ с нормальной концентрацией 25-ОН витамина D – легкие формы ГА.

Полученные нами данные указывают на необходимость исследования показателей концентрации 25-ОН витамина у детей больных ГА с среднетяжелым течением, имеющим в анамнезе 2 и более эпизодов облысения особенно на фоне персистирующей ХГВИ.

ОПЫТ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПИТАНИЯ В ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

Увеличилось число больных с генетически детерминированным дерматозом – атопическим дерматитом (АтД) с торпидностью к проводимой терапии, частыми рецидивами, связанными с многочисленными триггерными факторами, прежде всего – пищевыми, в том числе вследствие лактозной непереносимости (ЛН). ЛН, являясь генетически детерминированным состоянием, влияет на барьерные свойства кожи и слизистых, при ее сочетании с АтД может влиять на выраженность проявлений и прогноз течения дерматоза. Это обосновывает поиск путей повышения эффективности терапии, используя сбалансированное питание с исключением триггерных факторов, к которым, при выявлении ЛН можно отнести ряд молочных продуктов

Цель работы: изучить клинко-эпидемиологические особенности АтД при различных видах ЛН и без нее и оценить эффективность разработанной стратегии ведения больных.

Материалы и методы. Под наблюдением было 115 больных АтД в возрасте от 1,5 до 18 лет. Обследование, установление диагноза АтД и его клинической формы, тяжести дерматоза и последующее лечение проводили в соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ. ЛН определяли в сыворотке крови цитогенетическим методом с использованием полимеразной цепной реакции с выделением генотипов ЛН С/С, ЛН С/Т, ЛН Т/Т. В зависимости от вида ЛН анализировали возраст дебюта дерматоза, число рецидивов в год, тяжесть АтД по индексу SCORAD (до 25, от 25 до 50, свыше 50). Разработанная стратегия ведения пациента включала, наряду с традиционной терапией, курсовой прием безлактозного пробиотика, контроль питания с соблюдением безлактозной диеты и ведением пищевого дневника, обучение родителей и/или пациента анализу пищевого поведения и правилам ухода за кожей для достижения долговременного эффекта. Пищевой дневник рекомендовали вести на бумажном носителе с заполнением следующих граф: «дата – время – пища (в т.ч. с указанием всех продуктов и особенностей приготовления – вареное, жареное, запеченное и др.) / лекарство (при его при-

еме) – состояние кожи – зуд – сон – характер кала». Анализировали состояние кожи и особенности питания при каждом визите (через 7-14 дней, через 1-3-6 месяцев), учитывая возможность отсроченной реакции кожи после приема потенциально-го пищевого триггера. В последующем 69 пациентов с ЛН С/С были распределены в 2 терапевтические группы: 1 группа – основная (30 больных), традиционную терапию сочетали с разработанной стратегией ведения, 2 группа – группа сравнения (30 больных), получали только традиционную терапию с рекомендациями гипоаллергенной диеты. Оценивали переносимость лечения, ближайшие результаты (по динамике индекса SCORAD – SCORAD1 – до лечения, SCORAD2 – через 4 недели лечения) и отдаленные результаты по числу рецидивов в течение 2-х лет наблюдения.

Результаты и обсуждение. Из 115 обследованных больных ЛН была выявлена у 92,6%, в том числе ЛН С/С – у 56,5%; ЛН С/Т – у 35,7%. АтД у больных с ЛН С/С имел более выраженные клинические проявления и более тяжелое течение. У больных с ЛН С/С установлен более ранний дебют дерматоза (в возрасте до 1 года – у 43,1%; в 1-3 года – у 21,5%). Во все возрастные периоды у больных с ЛН С/С преобладала эритемато-сквамозная форма АтД с лихенификацией: до 2-х лет – у 56,6%; от 2-х до 13 лет – у 46,2%; старше 13 лет – у 30%. Индекс SCORAD более 50 был у 30,8% больных с ЛН С/С; более 3-х рецидивов в год – у 57,3%. Переносимость лечения у всех больных была удовлетворительной. Ближайшие и отдаленные результаты показали преимущество разработанной стратегии. SCORAD2 составил в основной группе $10,12 \pm 1,02$, в группе сравнения – $18,71 \pm 2,11$. Ремиссия до 2-х лет была у 60% больных основной группы и лишь у 20% - в группе сравнения.

Разработанный подход к ведению больных АтД при ЛН хорошо переносится больными различного возраста, сопровождается более быстрым регрессом экссудативных проявлений сыпи, обеспечивает более длительную ремиссию. Ведение и анализ пищевого дневника мотивирует пациента и/или родителей к модификации образа жизни и поведенческих реакций.

ПОРАЖЕНИЕ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

Заболевания билиарного тракта (БТ) занимают одно из ведущих мест среди болезней органов пищеварения в детском возрасте. Среди наиболее частых заболеваний БТ у детей с инфекционным мононуклеозом (ИМ) исследователи определяют острый бескаменный (акалькулезный) холецистит (ОБХ) и острый ангиохолит (ОАХ). Из числа разнообразных причин ОБХ в детском возрасте, исследователи называют инфекционные заболевания. ВЭБ-инфекция, как основная причина ОБХ зарегистрирована в 38,2%.

Цель: комплексная оценка заболеваний БТ у детей в остром периоде ИМ по результатам клинических, лабораторно-инструментальных методов исследования.

Материалы и методы. Обследовано 64 ребенка с ИМ. Мальчиков было 32 (50,0%), девочек – 32 (50,0%). В возрасте от 3 до 5 лет под наблюдением находилось 19 (29,6%) детей, от 6 до 8 лет – 13 (20,3%), от 10 до 12 лет – 13 (20,3%), старше 12 лет – 19 (29,6%) больных. Контрольную группу составляли 35 практически здоровых сверстников. Дети обследовались в острый период заболевания. Всем больным проводилось полное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование, включая общие анализы крови и мочи, биохимические тесты (АЛТ, АСТ, тимоловые пробы), ультразвуковое исследование (УЗИ). Верификацию возбудителя осуществляли с помощью серологических (иммуноферментный анализ (ИФА) крови

на выявление специфических антител IgM и IgG) и молекулярно-генетических (полимеразная цепная реакция) методов исследования.

Результаты. По данным клинических проявлений (лихорадка, тошнота, рвота без примеси крови и желчи, боль, преимущественно в правом подреберье, положительные «пузырные» симптомы), лабораторных данных (лейкоцитоз, повышенный уровень С-реактивного белка, прямого билирубина, щелочной фосфатазы, γ -ГГТ), а также результатов УЗИ желчного пузыря (ЖП): признаки воспаления стенки в виде повышения эхоплотности, утолщения до 3,5 – 4,5 см, ее слоистости – у 40 (62,5%) больных выявлено осложнение ИМ со стороны БТ в виде ОБХ и в 10 (15,6%) случаях – ОАХ. Данные изменения у 17 (31,4%) пациентов наблюдались на фоне аномалий развития ЖП, таких как перегибы, перетяжки и S-образная деформация, а у 37 (68,5%) – без таковых. У каждого десятого ребенка (9,4%) при затяжном течении среднетяжелой формы ИМ в просвете ЖП определялись экзогенные включения, интимно прилежащие к стенкам пузыря по типу холестериновых полипов.

Таким образом, проведенное исследование позволяет заключить, что знание факторов риска осложнений со стороны ЖП позволяет своевременно назначить инструментальное обследование, обеспечить раннюю диагностику и назначение консервативной терапии заболевания.

ХАРАКТЕР СОНОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

Несмотря на достигнутые успехи в изучении вопросов патогенеза и лечения ЮИА, эффективность его терапии, до настоящего времени остается недостаточной. Более того, длительность заболевания и пролонгированная медикаментозная терапия закономерно сопровождаются развитием побочных эффектов со стороны ряда органов и систем. Важное место при этом занимает система пищеварения и, в частности, гепатобилиарная система.

Цель исследования. Оценка характера сонографических изменений гепатобилиарной системы у детей с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА).

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 45 пациентов с ЮИА в возрасте от 3-х до 12 лет в условиях Республиканской детской клинической больницы. Основную группу составили 22 (48,9%) больных, которые в качестве базисной терапии получали метотрексат (МТ) в сочетании с адалимумабом. В группу сравнения вошли 23 (51,1%) пациентов, получавших МТ в дозе 10-17,5 мг/неделю.

Обследование включало изучение жалоб, анамнеза, объективный осмотр. Сонографическое исследование проводилось с помощью цифровой ультразвуковой диагностической системы S8Exr BASIC C – 5 – 13 МГц. Оценивали размеры, гомогенность паренхимы печени, форму, размеры, толщину стенки, содержимое полости желчного пузыря (ЖП), наличие его деформаций.

Результаты и обсуждения. Суставная форма ЮИА диагностирована у большинства обследованных (41 чел. – 91,1%) обеих групп, системный вариант – у 4 (8,9%) пациентов основной группы. В основной

группе суставная форма ЮИА констатирована у 18 (40,0%) больных: у 8 (17,8%) чел. – олигоартикулярный, у 10 (22,2%) чел. – полиартикулярный варианты. В группе сравнения: у 18 (40,0%) чел. – олигоартикулярный и у 5 (11,1%) чел. полиартикулярный варианты соответственно. Установлено, что длительность заболевания составила от 3-х месяцев до 6 лет, в среднем $3,2 \pm 0,5$ года. Среди пациентов преобладали девочки – 27 (60,0%).

Сонографическое обследование гепатобилиарной системы у больных с ЮИА позволило выявить: гепатомегалию у 6 (27,2%) пациентов основной и у 10 (43,4%) детей группы сравнения; повышение эхогенности паренхимы печени – у 4 (17,3%) обследованных группы сравнения; деформацию ЖП – по 4 (что соответствует 17,3% в группе сравнения и 18,1% в основной сравнения; уменьшение размеров ЖП – у 1 (4,3%) больного группы сравнения, билиарный сладж – у 2 (9,0%) детей основной группы и у 6 (26,0%) больных группы сравнения.

Таким образом, у пациентов основной группы, получавших комбинированную иммуносупрессивную терапию при ЮИА, сонографические изменения ГБС были констатированы реже, чем в группе сравнения (8 (36,3%) и 6 (69,5%) больных соответственно), не достигая, однако, статистической значимости. Указанное свидетельствует о том, что Метотрексат оказывает ряд побочных эффектов, в частности, на гепатобилиарную систему, что необходимо помнить при ведении данной категории пациентов.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕВИ-ХОЛЛИСТЕРА

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

В последнее время участились случаи обращения пациентов в клинику с наследственными синдромами, сочетающимися с зубо-челюстными аномалиями, например, с синдромом Леви-Холлистера или лакримо-ауриколо-денто-дигитальным синдромом. Редкая встречаемость данной патологии, отсутствие литературных данных и практических решений затрудняет оказание полноценной и своевременной стоматологической помощи, определение этапности, объема и последовательности её оказания различными специалистами. Необходимость дальнейшего изучения данного вопроса является чрезвычайно актуальной.

Цель работы – изучить стоматологические проявления при синдроме Леви-Холлистера на основании современных литературных данных и собственных наблюдений.

Материалы и методы. Были изучены и обобщены данные современной литературы и собственных исследований, посвященные клиническим проявлениям при синдроме Леви-Холлистера. Проанализированы: анамнез жизни обоих родителей, анамнез жизни и заболевания ребёнка, заключение медико-генетического центра, фотографии лица и полости рта, антропометрические измерения контрольно-диагностических моделей челюстей, данные рентгенологических методов исследования (ортопантомограмма, конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ)).

Результаты и обсуждение. Синдром Леви-Холлистера или лакримо-ауриколо-денто-дигитальный синдром – редкое наследственное заболевание. При этом синдроме характерны: непроходимость носослезного канала, пороки развития слезных желез, ушей (с коротким завитком и недоразвитым противозавитком), зубов, кистей и предплечий. Заболевание дебютирует еще внутриутробно или сразу после рождения. Синдром Леви-Холлистера связан с мутациями генов FGFR2, FGFR3 и FGF10 и наследуется по аутосомно-доминантному типу.

На консультацию к ортодонту обрати-

лась мам мальчика Е., 11 лет с жалобами на отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти. При внешнем осмотре: кожные покровы бледные, сосудистый рисунок выражен, лицо симметричное, нижняя треть укорочена, супраментальная борозда углублена. Отмечаются недоразвитые чашеобразные уши, аномалия развития обеих кистей: недоразвитие 1-х пальцев обеих кистей, синдактилия 2 и 3 пальцев правой кисти, неполная синдактилия 2 и 3 пальцев левой кисти.

В полости рта: зубная формула не соответствует возрасту, отверткообразные резцы, преддверие верхней и нижней челюсти недоразвитые, уздечка верхней губы короткая, широкая, вплетается в небный шов. Был установлен ортодонтический диагноз: двусторонний перекрёстный прикус (буккальная форма), осложнённый глубоким, микрогнатия верхней и нижней челюсти, отверткообразные 11, 12 и 21, адентия 22, 25, 27, 47, 45, 43, 31, 32, 33, 35, 37, относительная макроглоссия, короткая уздечка верхней губы. По данным медико-генетического заключения мальчику установлен диагноз - синдром Леви-Холлистера.

Выводы. Характерными стоматологическими проявлениями при синдроме Леви-Холлистера являются: множественная первичная адентия, микрогнатия, аномалия формы отдельных зубов, гипоплазия.

Ввиду скудных литературных данных и сведений об оказании поэтапной стоматологической и ортодонтической помощи детям с синдромом Леви-Холлистера дальнейшее изучение данного вопроса является актуальным.

Нарушения функций зубочелюстной системы, наличие сложной сочетанной ортодонтической патологии на фоне общесоматической патологии у пациентов с лакримо-ауриколо-денто-дигитальным синдромом делают необходимым оказание им специализированной многопрофильной помощи и оформление группы инвалидности для возможности участия в государственных программах, направленных на их оздоровление и социальную адаптацию в современном обществе.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

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

Проблема профилактики туберкулеза у детей – одна из наиболее важных медико-социальных задач системы здравоохранения и современной педиатрии.

Целью исследования явилось изучение динамики неспецифической резистентности детей с факторами риска по туберкулезу на санаторно-курортном этапе.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 120 детей с заболеваниями органов дыхания и положительной реакцией Манту в возрасте от 9 до 15 лет, прибывших на санаторно-курортное лечение. В динамике проводились клинико-лабораторные исследования, включающие развернутый анализ крови с определением соотношения лимфоцитов к сегментоядерным нейтрофилам, которое позволяло судить о состоянии неспецифической резистентности организма, расчетные показатели лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), индекса иммунологической реактивности (ИИР). Изучалось состояние клеточного звена иммунитета (содержание Т- и В-лимфоцитов), окислительно-антиоксидантного гомеостаза. Больные с РБ получали комплексное санаторно-курортное лечение, включающее: санаторно-курортный режим, диету №15, групповую ЛФК (в группе заболеваний органов дыхания), ручной массаж мышц грудной клетки (10 процедур), ингаляционную терапию в виде ультразвуковых ингаляций с маслом алоэ и витамином С, гальваногрязелечение на межлопаточную область (0,05–0,06 мА/см², 15–20 минут, ежедневно, 10 процедур). Часть детей получала ароматерапию или галотерапию. Климатолечение с проведением воздушных и солнечных ванн, морских купаний по I–II режиму проводилось детям в соответствии с климатоподгонными условиями и показателями эквивалентно-эффективных температур (при ЭЭТ не ниже 19–18°C).

Результаты. При поступлении 52% детей предъявляли жалобы на снижение аппетита, повышенную утомляемость, повышенную раздражительность, реже головные боли, боли в области сердца. Среднее количество жалоб на одного ребенка составляло $2,9 \pm 0,2$. По данным общего клинического анализа крови показатели

гемоглобина и белой крови находились в пределах нормальных величин. Величина индекса иммунологической реактивности (ИИР) отражала неудовлетворительный уровень ($9,65 \pm 2,24$ усл.ед.); показатель ЛИИ – удовлетворительную величину лейкоцитарного индекса интоксикации ($0,54 \pm 0,07$ усл.ед.). По содержанию лимфоцитов наблюдалась реакция спокойной активации при нулевом уровне реактивности. Показатель соотношения лимфоцитов к сегментоядерным нейтрофилам (л:с/я) отражал удовлетворительный уровень неспецифической резистентности и составлял $0,74 \pm 0,05$ усл.ед. По данным клеточного звена иммунитета, у детей с более выраженной реакцией на туберкулин выявлено сниженное содержание Т-лимфоцитов, достоверно ниже, чем у детей с менее выраженной реакцией на туберкулин (соответственно $48,16 \pm 0,36$ и $46,81 \pm 0,49\%$, $p < 0,05$). У детей с более выраженной реакцией на туберкулин выявлен достоверно больший уровень В-лимфоцитов, (соответственно $21,2 \pm 0,6\%$ и $18,0 \pm 0,9\%$, $p < 0,05$). По среднему содержанию иммуноглобулинов А, М и G отмечен больший их уровень у детей с более активной реакцией на туберкулин. При этом различия по содержанию IgM у детей с разной выраженностью реакции на туберкулин (с папулой до 10 мм и более 10 мм) оказались достоверными: соответственно $1,54 \pm 0,14$ и $1,90 \pm 0,08$ г/л, ($p < 0,05$). По результатам изучения окислительно-антиоксидантного гомеостаза наблюдалась активация свободнорадикального окисления липидов, о чем свидетельствовало повышение уровня продуктов тиобарбитуровой кислоты (ТБК-активных продуктов) $12,77 \pm 1,24$ (нМ/мл) на фоне снижения функции антиоксидантных систем, антиоксидантных ферментов – супероксиддисмутазы (СОД) $0,82 \pm 0,12$ (Ед/мг Нb), церулоплазмينا $142,19 \pm 18,81$ (мг/л), каталазы $1,60 \pm 0,02$ (мМ/qHb×с), пероксидазной активности крови $3,55 \pm 0,08$ (мкМ/qHb×с).

Проведение санаторно-курортного лечения у детей из группы риска по туберкулезу способствовало достоверному снижению продуктов свободно-радикального окисления липидов: ТБК с $12,8 \pm 1,2$

до $5,5 \pm 0,6$ нМ/мл ($p < 0,05$), активации локальных антиоксидантных ферментов и нормализации основного антиоксиданта плазмы крови – церулоплазмينا; в 1,6 раза вырос уровень СОД, пероксидазная активность увеличилось в 1,1 раза. Изменения каталазной активности у детей менее выражены. Под влиянием санаторно-курортного лечения наблюдались благоприятные динамика гематологических и расчетных показателей крови в виде нормализации показателей ЛИИ (соответственно от $0,54 \pm 0,07$ до $0,7 \pm 0,03$ усл. ед.) и ИИР (соответственно от $9,65 \pm 2,24$ до

$8,50 \pm 0,7$ усл.ед.)

По результатам проведенных клинико-функциональных и лабораторных исследований обосновано применение природных и преформированных физических факторов с учетом отклонений показателей функциональных систем организма. Проведенное санаторно-курортное лечение у детей группы риска по туберкулезу позволило получить благоприятный результат эффективности у 62,5% детей в условиях детского общесоматического санатория, что уменьшает риск заболевания туберкулезом.

ЗАТЯЖНОЙ ВОЕННЫЙ КОНФЛИКТ КАК АТРИБУТИВНЫЙ ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

ФГБОУ ВО ЛГМУ им. Свт. Луки Минздрава России

Сахарный диабет 1 типа (СД 1) в подростковом возрасте является результатом сложного взаимодействия генетических факторов и факторов окружающей среды, где хронический стресс является достоверным фактором риска. К доказанным стрессовым факторам относят семейные, школьные, социальные, экономические проблемы, а в последние годы добавились COVID-19 и затяжной военный конфликт. Исследования, посвященные влиянию затяжного военного конфликта на течение СД 1 у подростков, не проводились, хотя негативное влияние данного фактора на состояние здоровья нельзя отрицать. У практического врача нет возможности применения множественных тестов для оценки психоэмоционального состояния пациента. Необходим простой инструмент для самостоятельного выявления факторов, влияющих на течение основного заболевания.

Целью нашего исследования была оценка влияния затяжного военного конфликта на уровень невротизации и тревожности подростков с СД 1.

В исследовании приняли участие 148 подростков с СД1 (12-17 лет), все случаи были впервые выявлены после 2015 года на территории ЛНР (ОГ), стаж заболевания $4,3 \pm 1,23$ года. Критерии отбора: удовлетворительный социальный статус, соблюдение врачебных рекомендаций, стандартная схема лечения. В контрольную группу (КГ) вошли здоровые подростки (143 человека), постоянно проживающие на территории ЛНР в течение 2015-2021 гг. Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Для выявления ряда психоэмоциональных и вегетативных нарушений нами был использован детский опросник невротизации (ДОН)

Следует отметить, что показатель шкалы «депрессия» у подростков с СД 1 превышал значения здоровых сверстников в 1,62 раза ($p < 0,01$), при этом «зацикленности» на заболевании у пациентов с СД 1 типа не было, в связи с отсутствием осложнений и небольшим стажем заболевания. Отме-

чались эмоциональная лабильность с раздражительностью, ухудшение взаимоотношений с членами семьи и сверстниками. На фоне депрессии снижалась школьная успеваемость (56%), отсутствовало желание продолжать учебу (28%), появились конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения (65%). Показатели «нарушений сна» в ОГ были значительно выше данных показателей КГ в 1,5-1,6 раза ($p < 0,05$). У 65% подростков с СД1 отмечались беспокойство и нервозность с период подготовки ко сну (КГ- 35,5%), почти половина (45,5%) обследованных жаловались на трудности засыпания (КГ-31,7%). Показатели по шкале «астения» имели достоверные отличия ($p = 0,015$) между ОГ и КГ. Большинство подростков ОГ (60,2%) жаловались на усталость, возникающую после рутинной нагрузки (КГ - 33,2%), усталость, сохраняющуюся после сна, отмечали около 50% обследованных (КГ - менее 30%). Это можно связать с наличием эндокринной патологии (соматогенная астения), которая играет ведущую роль в формировании энергодефицита со снижением стрессоустойчивости. Признаки «тревожности» в ОГ были более значимыми (средний уровень тревожности был у большинства подростков ОГ, в то время как в КГ – только у трети обследованных).

Таким образом, у большинства подростков с СД1 мы выявили значимые нарушения в виде изменений основных показателей (депрессия, астения, нарушения сна, тревожность, вегетативные расстройства), что может серьезно повлиять на способность полноценно восстанавливаться и компетентно справляться с трудностями и приводит к ухудшению контроля над СД1. Затяжной военный конфликт как стрессовый фактор нельзя недооценивать, так как управлять им невозможно. Доступный инструмент (опросник ДОН), может быть использован для выделения группы пациентов, нуждающихся в консультациях медицинского психолога, невролога, психиатра.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ В ЛНР

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сложная социально-политическая обстановка ЛНР, затяжной военный конфликт в регионе, характерные проблемы здоровья детей и подростков, недостаточная укомплектованность учреждений здравоохранения кадрами врачей-педиатров определяют необходимость повышения деловой квалификации специалистов по определенным направлениям.

Цель – усовершенствовать методическую базу кафедры педиатрии дополнительного профессионального образования и пропедевтики педиатрии, определить задачи по повышению квалификации врачей - педиатров на 2024 – 2025 годы.

Материалы и методы. Нами были изучены результаты обучения 154 врачей – педиатров по 11 программам повышения квалификации и одной программе профессиональной переподготовки в 2023 году. Среднегодовая численность обучающихся по программам дополнительного профессионального образования составила 9,1.

Результаты. Нами проведено анкетирование слушателей циклов дополнительного профессионального образования с целью выявления проблемных вопросов их деловой квалификации.

Установлено, что 46,1% слушателей выявили желание в повышении квалификации по рабочей программе «Педиатрия» продолжительностью 144 академических часа. 52,6% слушателей выбрали обучение по 36 часовым рабочим программам, из них: 15,6% высказались за повышение квалификации по актуальным вопросам педиатрии; по 11,1% – по программе «Неотложные состояния у детей в медицинской

практике», «Актуальные вопросы подростковой терапии» и «Актуальные вопросы иммунопрофилактики и детской аллергологии».

Проведен анализ показателя успеваемости слушателей по результатам итоговой аттестации слушателей, прошедших обучение по программам продолжительностью 144 и 156 академических часа. Показатель общей успеваемости слушателей в 2023 году составил 4.1 балла. Вместе с тем, показатель практической подготовки составил 3,9.

Полученные результаты использованы при составлении плана циклов повышения квалификации врачей-педиатров на 2024 – 2025 годы и для подготовки соответствующей методической базы кафедры.

Выводы. Для последипломной подготовки врачей-педиатров ЛНР в 2024 – 2025 годах предложены рабочая программа «Педиатрия» продолжительностью 144 академических часа; «Актуальные вопросы педиатрии» продолжительностью 36 академических часа; «Неотложные состояния у детей в медицинской практике» продолжительностью 36 академических часа, «Актуальные вопросы подростковой терапии» и «Актуальные вопросы иммунопрофилактики и детской аллергологии» продолжительностью 36 академических часа.

При проведении практических занятий на циклах повышения квалификации необходимо уделять приоритетное внимание внедрению современных методик по совершенствованию практических навыков.

Явления гиперспленизма купированы благодаря проведению спленэктомии.

СТРУКТУРА ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ В ЛНР

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

Здоровье детей и подростков приобретает особую важность в контексте демографического кризиса, становясь одной из первоочередных задач национальной политики и определяя основные тенденции формирования здоровья всего населения. Среди заболеваний, которые имеют высокую социальную значимость в педиатрии, особое место занимают онкогематологические заболевания (ОГЗ), смертность от которых среди детей старше года в России занимает второе место после травм и несчастных случаев.

Для совершенствования специализированной помощи детям и подросткам с ОГЗ необходимо учитывать все случаи заболевания и проводить динамические эпидемиологические исследования.

Целью нашего исследования было изучить эпидемиологические особенности ОГЗ у детей Луганской Народной Республики (ЛНР) за период с 1996 по 2023 гг. Оценить полученные данные.

Материалы и методы исследования. В структуру исследования были включены дети от 0 до 17 лет с зарегистрированными ОГЗ: острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ), острый миелобластный лейкоз (ОМЛ), неходжкинская лимфома, лимфогранулематоз и прочие, реже встречающиеся, нозологические единицы. Период охвата данных для анализа составил 1996-2023 гг. Интенсивные показатели заболеваемости рассчитывались на 100 000 детского населения. Использовались аналитический и статистический методы.

Результаты и обсуждение. Нами установлено, что пик заболевания приходится на возраст от 2 до 4 лет с постепенным уменьшением числа заболевших в возрасте 7 лет и старше. Менее заметный рост числа заболевших приходится на возраст 10-14 лет. Мальчики болеют ОЛЛ чаще ($65,8 \pm 3,0\%$), чем девочки ($34,2 \pm 3,0\%$). Эта закономерность особенно отчетливо прослеживается в возрастном периоде от 2 до 4 лет, когда формируется так называемый младенческий пик возрастной заболеваемости ОЛЛ. В возрасте 10-14 лет заболеваемость ОЛЛ имеет примерно одинаковый уровень.

Частота лейкозов у детей в России со-

ставляет 3,2-4,4 на 100000 детского населения. В Луганской Народной Республике заболеваемость ОЛЛ составляла 2,82-7,12 случаев на 100000 детского населения. За последние 10 лет на 2017 г. пришелся очередной пик заболеваемости, которая составила – 6,12. Предыдущий, сходный по выраженности пик заболеваемости отмечался в 2013 г, что соответствует классической «пиковости» данной нозологической единицы с периодичностью в среднем 5-7 лет.

Частота ОМЛ значительно меньше. Всего было 33 случая (6,5% от общего числа ОГЗ за 28 лет). На период с 2016 по 2020 гг. заболевших не было выявлено. С 1996 по 2009 гг. чаще болели мальчики, однако с 2010 г. больше случаев наблюдается среди девочек.

Полиморфизм клинических проявлений и отсутствие патогномоничных симптомов препятствуют постановке диагноза на ранних стадиях, а полисистемность поражения маскирует гемобластозы под разнообразные заболевания. Наш опыт показывает, что первое обращение пациента в дебюте острого лейкоза может быть не только к педиатру или врачу общей практики, но и любому узкому специалисту. Тщательный опрос и внимательный осмотр, при необходимости – клинический анализ крови помогут заподозрить это заболевание и своевременно направить ребенка в специализированное отделение. Это представляется возможным при наличии определенной онкологической настороженности практических врачей.

Проведенное исследование позволяет нам подтвердить наличие тенденции к увеличению количества ОГЗ среди детей с пиковым возрастанием в среднем каждые пять-семь лет. Треть из нозологических единиц – это ОЛЛ различных иммуногистохимических вариантов. ОЛЛ встречается чаще, чем ОМЛ, и незначительно преобладает у пациентов мужского пола. Если случаи ОМЛ, по нашим данным, раньше преобладали у мальчиков, то в последние годы статистическая картина изменилась, и он встречается чаще у девочек, что требует дальнейшего изучения.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С ПРИМЕНЕНИЕМ СУХИХ УГЛЕКИСЛЫХ ВАНН

ГБУЗРК «Научно-исследовательский институт детской курортологии, физиотерапии и медицинской реабилитации» г. Евпатория

Цель исследования – изучение влияния сухих углекислых ванн на состояние кардиогемодинамики у детей с малыми аномалиями сердца (МАС). За последнее десятилетие распространённость сердечно - сосудистых заболеваний у детей возросла в 3 раза. Большую группу в структуре сердечно-сосудистой патологии представляют малые аномалии сердца (МАС), являющиеся морфологической основой функциональной кардиоваскулярной патологии. Согласно данным различных авторов, МАС выявляют у 39-69% детей и подростков. Пролапс митрального клапана (ПМК, МКБ 10 – I34.1) является одной из наиболее распространенных аномалий клапанного аппарата у детей и лиц молодого возраста. Напряжение компенсаторных механизмов системы кровообращения у детей с ПМК характеризуется снижением адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы с преобладанием стадии истощения.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 49 детей с ПМК I степени, прибывших на санаторно-курортное лечение. При назначении санаторно-курортного лечения детей учитывали синдромно-патогенетический подход. Детям с исходно большими показателями частоты пульса и индекса напряжения по данным кардиоинтервалографии (в пределах 75-90‰) на фоне щадяще-тонизирующего климатического и двигательного режима, ЛФК, массажа воротниковой области – в условиях Евпаторийского курорта назначали сухие углекислые ванны температурой 28С°, СО₂ 18%, длительностью – 10 мин, №8, через день с использованием комплекса «Реабокс».

Результаты исследований. Исходные показатели периферической гемодинамики, вегетативной регуляции (ВР), симпатoadреналовой системы у детей находились в пределах допустимых возрастных вели-

чин. Под влиянием лечения в сравнительных группах отмечена различная динамика анализируемых показателей. Общее количество жалоб в среднем на одного ребёнка снизилось. Отмечено незначительное, однако снижение исходного уровня систолического давления (с 110,2±5,84 до 106,0±6,16 мм рт. ст.), диастолического давления (с 66,0±6,16 до 62,5±3,57 мм рт. ст.), снижение активности симпатoadреналовой системы (при изменении уровня адреналина мочи в пределах допустимых значений с 2,62±0,53 до 1,73±0,11 нг/мин.). Под влиянием комплексного санаторно-курортного лечения с применением сухих углекислых ванн, наиболее отчетливая положительная динамика отмечалась по показателям функциональных резервов сердца. В 1,5 раза увеличилось количество детей с высоким уровнем резервов сердечно-сосудистой системы (до лечения - 43,5%, после лечения - 63,6%). Отмечалось увеличение количества детей с эукинетическим типом кровообращения на 14%, уменьшилось количество детей с гипокинетическим типом. Наблюдалась положительная динамика состояния вегетативной нервной системы: значительно уменьшилось количество детей с симпатикотонией (в 3,7 раза) и гиперсимпатикотонией (в 1,4 раза), достоверно (p<0,05) увеличилось количество детей с ваготонией (до лечения - 4,2%, после лечения - 27,3%).

Таким образом, комплекс санаторно-курортного лечения с применением сухих углекислых ванн СУВ «Реабокс» у детей с сердечно-сосудистой патологией (ПМК) оказывает положительное влияние на состояние вегетативной нервной системы, периферической гемодинамики. Прослеживается ваготонический эффект, сосудорасширяющее, гипотензивное влияние санаторно-курортного комплекса с использованием в комплексе сухих углекислых ванн.

СЛОЖНОСТИ ВЕДЕНИЯ РЕБЕНКА СО СКРЫТЫМ СИНДРОМОМ WPW НА ФОНЕ МИОКАРДИТА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк,
ФГБУ «ИНВХ им. В.К. Гусака» Минздрава России, г. Донецк

В дебюте миокардита у детей наиболее часто встречаются различные нарушения сердечного ритма и проводимости (НРСиП), синдром воспалительного поражения миокарда и признаки сердечной недостаточности (СН). При благоприятном прогнозе симптомы СН регрессируют, рецидивы НРСиП не характерны.

Цель работы: представить клинический случай ребенка с миокардитом в неонатальном периоде, у которого в дебюте имело место НРСиП, в дальнейшем приступы пароксизмальной наджелудочковой тахикардии (ПНТ) рецидивировали, что потребовало проведения дополнительных методов исследования.

Материалы и методы: анализ амбулаторной карты, истории болезни девочки 28 дней, у которой в дебюте миокардита отмечалась ПНТ. Длительность катамнеза составила 10 лет.

Результаты и обсуждение. Ева И., 28 дней, поступила в отделение детской кардиологии и кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака с жалобами матери на учащенное сердцебиение, одышку, вялость, отказ от груди. Ребенок от I-й беременности, протекавшей на фоне инфекции мочевыводящих путей в сроке гестации 36 недель. Роды в срок, самостоятельные, стремительные, в тазовом предлежании плода, вес при рождении 3200 г, рост – 54 см, оценка по шкале Апгар 7-7 баллов. В связи с внутриутробной пневмонией переведена в отделение выхаживания новорожденных. К груди приложена на 6-е сутки, выписана домой на 14-е сутки. Состояние ухудшилось на 21-е сутки, когда появились вялость, одышка, периоральный цианоз, ребенок отказался от груди. Девочка осмотрена участковым педиатром, выявлена тахикардия, ребенок был направлен в стационар. В клиническом анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия средней степени тяжести; повышение уровня тропонина Т до 0,052 нг/мл (при норме до 0,01 нг/мл). На ЭКГ регистрировалась наджелудочковая тахикардия (реципрокная наджелудочковая?) с ЧСС до 300 уд/мин. По данным ЭхоКГ отмечалось снижение ФВ до 56% (по Teichholz), полости сердца

не расширены, открытое овальное окно 0,4 см. Выставлен диагноз: острый миокардит, вероятно врожденный, на фоне внутриутробной инфекции, тяжелое течение, нарушение ритма сердца, суправентрикулярная тахикардия (реципрокная наджелудочковая?). НК II ст. III ФК по ROSS. Анемия средней степени тяжести. Перинатальное поражение ЦНС, синдром угнетения. В терапии получала: иммуноглобулин, лаферобион, меронем, преднизолон, гепарин, амиодарон, беталок, пропафенон в дозах, соответствующих возрасту, весу и тяжести состояния ребенка. В стационаре девочка находилась в течение трех недель, выписана с улучшением (уменьшилась выраженность СН до НК I ст., восстановился синусовый ритм). Рекомендовано продолжить амиодарон 7 мг/кг/сут, пропранолол 0,3 мг/кг/сут. В возрасте одного года антиаритмические препараты (ААП) были отменены. Уже через 6 мес. после отмены ААП возник приступ ПНТ с ЧСС до 250 уд. мин., который был купирован в/в введением амиодарона с последующим назначением его per os. К возрасту 2-х лет амиодарон был отменен. В 3 года вновь возник приступ ПНТ, который также был купирован в/в введением амиодарона с последующим его назначением перорально в течение 6-ти месяцев. В дальнейшем приступов не отмечалось. В возрасте 7,5 лет снова зарегистрирован приступ ПНТ, при купировании которого амиодароном у ребенка возникла остановка дыхания, после чего от его применения отказались. Назначен пропафенон в дозе 7,8 мг/кг в сутки. При плановом осмотре в возрасте 9 лет по данным ЭхоКГ патологии не выявлено, по результатам ХМ ЭКГ регистрировался синусовый ритм с ЧСС от 52 до 163 уд. в мин., средняя ЧСС за сутки – 86 уд. в мин. Учитывая периодически (1-2 раза в месяц) возникающие короткие пароксизмы тахикардии на фоне приема пропафенона, ребенку было проведено инвазивное электрофизиологическое исследование (ЭФИ), по результатам которого диагностирован скрытый синдром WPW. Проведена радиочастотная катетерная абляция (РЧА) левого латерального дополнительного предсердно-желудочково-

го соединения. Катамнез после операции – 1 год, самочувствие удовлетворительное, ритм синусовый, приступы тахикардии не отмечались.

Представленный клинический случай демонстрирует клинический сценарий дебюта миокардита под маской пароксизмальной наджелудочковой тахикардии,

рецидивы которой сохранялись на протяжении 9 лет, что позволило предположить наличие морфологической основы петли ригентри, независимо от перенесенного миокардита в неонатальном периоде. ЭФИ позволило выявить скрытый синдром WPW. Проведенная РЧА показала свою эффективность.

МАРКЕРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННЫМ ОЖИРЕНИЕМ

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк

Актуальной проблемой педиатрии является увеличение распространённости ожирения у детей, которое оказывает комплексное негативное влияние на организм, является фактором формирования метаболического синдрома (МС), с развитием, во взрослом возрасте, ишемической болезни сердца, сахарного диабета 2 типа, атеросклероза и других коронарных расстройств. Около 60% взрослого населения с ожирением имели ожирение или избыточную массу тела в детстве, что послужило формированию у них МС.

Цель работы: выявление признаков МС у детей с конституционально-экзогенным ожирением.

Материал и методы. Обследовано 44 ребёнка с простым (конституционально-экзогенным) ожирением в возрасте от 8 до 18 лет, среди которых 14 (31,8%) девочек и 30 (68,2%) мальчиков. В качестве диагностического критерия ожирения у детей определяли величины стандартных отклонений индекса массы тела (SDS ИМТ). С учётом рекомендаций ВОЗ, ожирение определяли, как ИМТ, равный или более + 2,0 SDS ИМТ. Всем пациентам проводился мониторинг артериального давления (АД), исследовались показатели уровней общего холестерина (ХС), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), глюкозы натощак, инсулина, проводились тест на толерантность к глюкозе и оценка инсулинорезистентности (ИР).

Результаты. При обследовании, преимущественно у мальчиков, встречалось ожирение II степени (61,5%), I степень – в 23,6% наблюдений, III – у 15,7% пациентов. У девочек выявлялась тенденция к наиболее частой встречаемости I степени ожирения (44,4%), II степень наблюдалась у 30,6% детей, а III – в 21,4% наблюдений. Морбидное ожирение отмечалось несколько чаще у девочек, чем у мальчиков (3,6% и 2,2% соответственно).

При анализе анамнеза, преобладали дети гестационного возраста 39-40 недель (61,4%), с массой тела при рождении более 4 килограмм (56,8% наблюдений), факты нарушения режима питания – в

45,5% случаев. На естественном вскармливании находились 20,5% обследованных, на искусственном – 40,9%, на смешанном – 38,6% детей. У 79,5% детей, до 6 месяцев отмечалась паратрофия 2-3 степени. Отягощённая наследственность по ожирению наблюдалась в 84,5% случаев, по сахарному диабету в 50%, по гипертонической болезни в 27,3% наблюдений.

При мониторинге уровня АД, в 38,6% наблюдений уровень АД превышал 95 перцентиль кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола и роста, что можно трактовалось, как артериальную гипертензию. В 43,2% случаев значения АД соответствовали уровню высокого нормального АД и находились в диапазоне 90-95 перцентиля. Только в 18,2% наблюдений значения АД соответствовали норме.

Анализ липидного обмена показал высокую частоту дислипидемии – 52,3%. У 27,3% пациентов, чаще у девочек, отмечалось повышение концентрации ХС, в 18,2% – повышение ЛПНП. Снижение уровня ЛПВП являлось наиболее частым нарушением липидного обмена и наблюдалось в 41% случаев. Гипертриглицеридемия была выявлена у 11,4% пациентов.

Гипергликемия натощак наблюдалась у 9,1% детей, нарушение толерантности к глюкозе у 12% пациентов, гиперинсулинемия – у 11,4% обследованных, ИР – у 11,4% детей.

Таким образом, при конституционально-экзогенном ожирении у детей, нередко выявляются гиперинсулинемия, дислипидемия, повышение АД, которые являются важными факторами формирования МС. Своевременное лечение ожирения или избыточной массы тела у детей, формирование среди них группы риска по развитию МС являются важной задачей профилактической педиатрии. Выделение многочисленных факторов риска позволяет сконцентрировать внимание на группе управляемых факторов и выбрать наиболее эффективные лечебно-профилактические мероприятия, позволяющие значительно снизить частоту заболеваемости и смертности пациентов во взрослой жизни.