

ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2`2023

Учредитель:
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
“Читинская государственная медицинская академия”
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Главный редактор:
Зайцев Д.Н.

Заместители главного редактора:
Ларёва Н.В.,
Горбунов В.В.

Редакционная коллегия:
Белокриницкая Т.Е., Байке Е.Е.,
Богомолова И.К., Витковский Ю.А.,
Говорин Н.В., Говорин А.В.,
Емельянова А.Н., Евстафьева Ю.В.,
Лобанов С.Л., Мироманов А.М.,
Мироманова Н.А., Мочалова М.Н.,
Пинелис И.С., Пинелис Ю.И.,
Писаревский Ю.Л., Романова Е.Н.,
Сахаров А.В., Серебрякова О.В.,
Дударева В.А., Солпов А.В.,
Цепелев В.Л., Цыбиков Н.Н.,
Шаповалов К.Г., Щербак В.А.

Ответственный секретарь – Макеева Л.Н.
Технический редактор – Чернова Ю.Г.
Корректор – Бальчинова Д.Г.

Подписано в печать 23.06.2023
Бумага офсетная
Формат 60х84/8
Усл. изд. л.
Тираж 100

Адрес редакции:
672000, г. Чита,
ул. Горького, 39-а, к. 306
Тел.: (3022)32-00-85
Факс: (3022)32-30-58
E-mail: chgmazabmed@mail.ru

© ЧГМА, 2023

**Ежеквартальное
научно-практическое
издание**



СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

Зайцев Д.Н., Богомолова И.К.

ВОСПИТАТЕЛЬНО-ПАТРИОТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ФГБОУ ВО ЧГМА МИНЗДРАВА РОССИИ.....	5
--	---

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Крамарский В.А., Бадмажапов А.С., Трусов Ю.В., Абраменко Г.Г.

МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ БЛОК ПОПЕРЕЧНОГО БРЮШНОГО ПРОСТРАНСТВА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ КАК ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ.....	7
---	---

Новопашина Г.Н., Ерофеева Л.Г.

ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ.....	9
---	---

Тогтохоева Д.В., Крамарский В.А., Файзулина Н.И.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ АНАЛИЗА ОПЕРАЦИЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ М. РОБСОНА.....	10
--	----

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Портянникова О.О., Цвингер С.М., Романова Е.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРИТА.....	12
--	----

Хлуднев С.И., Жигула З.М., Ломоносова М.Н., Шадрин Г.А., Куйдина Н.А., Афонюшкина Е.В.

ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ТРОПОНИНОВОГО ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА.....	14
---	----

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Ринчинов А.А., Ринчинова Т.С., Маякова Е.И., Фёдорова А.П.

ТУБЕРКУЛЕЗ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.....	18
---	----

Аксенова Т.А., Сиренко А.Н., Царенок С.Ю.,

Горбунов В.В., Маккавеева О.Н., Роговская М.Н.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ПАННИКУЛИТОМ И ЭНДОКАРДИТОМ В РАМКАХ СМЕШАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	20
---	----

Ханина Ю.С., Сережникова И.А., Михайличенко М.И.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ОПИСТОРХОЗА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ.....	23
--	----

Губик Е.А., Кузина Т.В., Будников А.А.

СЛУЧАЙ ЛЕКАРСТВЕННО-ИНДУЦИРОВАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОГО С ПРИЕМОМ АМИОДАРОНА.....	26
---	----

МАТЕРИАЛЫ ЧЕТВЕРТОЙ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК»

Батаева Е.П.

ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА.....	29
---	----

Богодухова Е.С., Байке Е.Е., Степанова Ю.Н.

СКРИНИНГ ТУБЕРКУЛЕЗА ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	34
--	----

Богомолова И.К., Емельянова О.Н., Нардина И.В., Ростовецкая А.В., Петрова Е.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	36
--	----

Богомолова И.К., Михно В.А., Чаванина С.А.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА.....	39
--	----

Емельянова О.Н., Боровик Н.Н. ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ «МАСКИ» ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ.....	41
Жалсапова Д.З., Ульданова Д.С., Михайлова Л.А. АНАЛИЗ ДАННЫХ ПО ОЦЕНКЕ ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА «УКРЕПЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ».....	43
Перегоедова В.Н., Богомолова И.К. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	47
Каргина И.Г., Щербак В.А., Щербак Н.М. РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА В РАЗВИТИИ РАХИТА.....	51
Кочерова В.В., Попова Н.Г., Григорьева С.В. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ В ДИАГНОСТИКЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА.....	56
Панченко А.С., Бем Е.В., Чумакова Г.Н., Мызникова И.В. «КРАСНЫЕ ФЛАГИ» ПОСТНАТАЛЬНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	60
Чаванина С.А., Левченко Н.В., Баранова П.С., Копылова В.К. ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ В ШКОЛЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	64
Богданова А.С., Фирсова Н.В., Филонов В.А., Касимов Д.А. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ.....	67
Бочкарева Л.С., Мироманова Н.А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА А H1N1 У ДЕТЕЙ В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД 2022-2023 ГГ. В Г. ЧИТА.....	68
Игнатьева А.В., Сибира О.Ф., Соктоева Н.С. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.....	69
Левченко Н.В. К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	70
Марковская А.И., Потапова Н.Л., Марковский А.В. МУКОВИСЦИДОЗ: РЕГИСТР ПАЦИЕНТОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ.....	71
Никифорова Т.Ф., Мироманова Н.А. ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ МЕНИНГОКОККОВОЙ И РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ.....	73
Ногина Н.С., Мазин А.С. ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ «ОПАСНЫХ» ИНОРОДНЫХ ТЕЛ У ДЕТЕЙ.....	74
Петрухина И.И., Чеснокова М.А., Максимова О.Г., Дюкова Е.И. ФЕНИЛКЕТОНУРИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	76
Плотникова М.И., Носков Н.В., Леонтьева Е.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ-СПОРТСМЕНОВ.....	78
Потапова Н.Л. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА.....	79
Рахматуров А.Г., Максимова О.Г., Батаева Е.П., Петрухина И.И. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ КОАГУЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ.....	81

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

Губанова И.В., Москалева Е.П.

**ВКЛАД СОТРУДНИКОВ ЧГМИ В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ ЧИТИНСКОЙ ОБЛАСТИ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ.....83**

К юбилею службы анестезиологии-реаниматологии

ГУЗ «Краевая клиническая больница».....87

Консультативно-диагностической поликлинике

Федерального государственного казенного учреждения

«321 военный клинический госпиталь» Министерства обороны России – 50 лет.....92

ИНФОРМАЦИЯ

Информация о X конференции акушеров-гинекологов Забайкальского края

с Всероссийским участием «Здоровье женщины в XXI веке: от менархе до менопаузы».....95

Информация о X Съезде анестезиологов-реаниматологов Забайкалья.....98

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

Зайцев Д.Н., Богомолова И.К.

**ВОСПИТАТЕЛЬНО-ПАТРИОТИЧЕСКАЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В ФГБОУ ВО ЧГМА
МИНЗДРАВА РОССИИ**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

Цель патриотического воспитания – формирование высокой социальной активности, гражданской ответственности, духовности обучающихся, обладающих позитивными ценностями и качествами, способных проявить их в созидательном процессе в интересах Отечества, укрепления государства, обеспечения его жизненно важных интересов и устойчивого развития.

Ключевая задача – воспитание патриотично настроенной молодежи с независимым мышлением, обладающей созидательным мировоззрением, профессиональными знаниями, демонстрирующей высокую культуру, в том числе культуру межнационального общения, ответственность и способность принимать самостоятельные решения, нацеленные на повышение благосостояния страны, народа и своей семьи.

Патриотическое воспитание в Читинской государственной медицинской академии (далее – ЧГМА, Академия) заложено в основу компетентного подхода высшего образования и формирования общекультурных компетенций укрупненной группы специальностей «Клиническая медицина», служит обязательным компонентом формирования этико-деонтологической основы профессиональной коммуникации и является мировоззренческой основой толерантного отношения и межкультурных коммуникаций будущих врачей.

Теоретическими основами патриотического воспитания является содержание обучения, включающее в себя изучение событий прошлых лет и обеспечение реализации усвоенных духовно-нравственных ценностей в практической деятельности с учетом общепризнанных норм и использованием системно-деятельностного и практико-ориентированного подхода. Особая роль в формировании личностных качеств врача в духе патриотизма принадлежит дисциплинам учебного плана «История Отечества», «История медицины», «Основы русской духовной

культуры», воспитывающим национальное и профессиональное самосознание, чувства гордости и причастности к прошлому и настоящему великой страны.

Развивается проектное направление воспитания в Академии. Так, в конкурсе студенческих проектов «Создай правильное будущее», организованном в марте 2023 г. в рамках мероприятий, посвященных 70-летию ЧГМА и 15-летию образования Забайкальского края, победили проекты патриотической направленности «Вахта памяти» и «Скорая на фронт».

Важным направлением воспитательно-патриотической работы в Академии служит познание сущности Родины (малой и большой) через историческую память. Для этого создаются и поддерживаются условия приобретения опыта, с помощью которого можно убедиться в безусловных достоинствах своего Отечества, в частности, на примере вуза. В работе участвуют преподаватели, кураторы, сотрудники отдела по воспитательной работе и молодежной политике, музея и библиотеки; спортивный клуб «Бицепс», студенческие общественные объединения и совет обучающихся Академии. Традиционными формами патриотического воспитания служат просмотр и обсуждение фильмов «Обыкновенный фашизм», «Итоги Великой Отечественной войны: современный взгляд на историю», мероприятия «Блокадный хлеб», посвященные Дню снятия блокады Ленинграда. Для воспитания патриотизма и личной сопричастности к событиям Великой Отечественной войны через семейные архивы проводится конкурс презентаций и литературно-музыкальных композиций «Загляните в семейный альбом», конкурс сочинений «Моя семья в Великой Отечественной войне», конкурс выразительного чтения «Поклонимся великим тем годам!», открытые лекции «История религии» и «Основы политической жизни общества», «Экстремизм и его проявления», лекции, посвященные празднованию Дня народного единства «Наша сила – в единстве», Кинолекторий «Религиозный экстремизм – бич нашего времени».

Музей истории Академии является территорией, где студенты могут проявить себя как активные участники исторического процесса, наблюдая за результатами работы своих предшественников, знакомясь с историей вуза, судьбами преподавателей и выпускников

разных лет. Научной библиотекой ЧГМА организуются книжно-иллюстративные и виртуальные выставки «Героический Ленинград – героические люди», «Терроризм в художественной литературе», «Сталинград непокоренный», «Война глазами женщин была еще страшней», «Своей судьбой гордимся мы».

Традиционными мероприятиями, направленными на воспитание патриотично настроенной молодежи стали: ежегодное представление флага Читинской государственной медицинской академии, флага Забайкальского края и флага Российской Федерации в ходе церемонии посвящения первокурсников, принятие последними Этического Кодекса и Клятвы студента Академии, торжественное надевание белого халата, торжественная церемония возложения венка к памятнику танковой колонны «Комсомолец Забайкалья», проведение Фестиваля национальных культур, Национального студенческого фестиваля «Сагаалган» и многие другие.

Организуются спортивные соревнования, посвященные Дню защитника Отечества «А ну-ка, парни!», легкоатлетический кросс среди сборных команд академии, посвященный Дню Победы. В сентябре 2022 г. стартовала военно-патриотическая игра «Граница», на призы ректора медицинской академии, состоящая из 8 этапов.

Одним из направлений воспитательно-патриотической работы является волонтерская деятельность и работа студенческих отрядов. Более 600 обучающихся академии являются участниками молодежного добровольческого волонтерского движения «Ты не один!», в который входят 20 волонтерских отрядов, в том числе и отряд «Правнуки победы». Добровольцы работают в профилактическом, медико-педагогическом, экологическом, патриотическом и профориентационном направлениях.

В рамках реализации федерального проекта «Патриотическое воспитание граждан Российской Федерации» и Национального проекта «Образование» создана Ассоциация студенческих патриотических клубов «Я горжусь», в числе участников и студенческий патриотический клуб Читинской медицинской академии «Правнуки Победы».

В период пандемии добровольческое движение «Ты не один!» медицинской академии оказывало посильную помощь в сложной эпидемиологической ситуации. Волонтеры осуществляли доставку гуманитарной помощи,

обеспечивая продуктами питания студентов, находящихся в общежитиях в период карантина. Добровольцы движения активно включились в работу акции #МыВместе по двум направлениям: прием и обработка заявок, сбор и доставка необходимых продуктов, лекарственных препаратов и вещей пожилым людям. Колл-центры Министерства здравоохранения Забайкальского края и республики Бурятия также пополнились волонтерами медицинского ВУЗа. В самый тяжелый период начала пандемии волонтерами создавались валики для придания прон-позиции пациентам отделения реанимации главного моностационара города Читы.

На базе Академии создан штаб #МыВместе, с момента начала Специальной военной операции организуются акции и концерты в поддержку военнослужащих и их семей #СвоихНеБросаем, проводится сбор гуманитарной помощи «В единстве наша сила», оказывается психологическая поддержка студентам, сотрудникам и преподавателям, в семьях которых есть участники Специальной военной операции.

Обучающиеся академии принимают активное участие в городских, региональных, межрегиональных и международных студенческих форумах, конкурсах, фестивалях, направленных на воспитание патриотизма. В качестве примера можно представить участие студентов медицинской академии в Первом Забайкальском краевом конкурсе-фестивале патриотической песни им. Иосифа Кобзона «Позывной – Победа!», организованном в Чите с 17 по 19 апреля 2023 г. Среди 300 участников, представивших 150 музыкальных творческих номеров, вокальная группа Читинской медицинской академии заняла 1 место среди вокальных групп с песней «Россия – это МЫ!».

Таким образом, воспитательно-патриотическая деятельность в ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России носит системный характер и включает комплекс образовательных и внеучебных мероприятий. Важнейшим условием реализации концепции патриотического воспитания является сохранение объективных исторических фактов и преемственность поколений. Студенческое сообщество является соорганизатором в реализации комплексного плана мероприятий патриотической направленности.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Крамарский В.А., Бадмажапов А.С.,
Трусов Ю.В., Абраменко Г.Г.
**МИОФАСЦИАЛЬНЫЙ БЛОК
ПОПЕРЕЧНОГО БРЮШНОГО
ПРОСТРАНСТВА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ КАК
ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ОБЕЗБОЛИВАНИЯ**

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал РМАПО, городской перинатальный центр г. Иркутск.

В последнее время проводятся активные исследования в схемах мультимодальной анестезии новых методов регионарной анестезии на основе миофасциальных блоков. К таким блокам относится блокада поперечного брюшного пространства (Transversus abdominis planet block-ТАП). Данный вид анестезии является простым по техническому выполнению, с низким риском осложнений и воздействием на начальных стадиях болевого синдрома, что обеспечивает стресс-лимитирующий эффект [1]. В то же время ТАП-блок не обеспечивает блокаду висцеральных ноцицептивных импульсов, но значительно снижает выраженность соматического компонента боли.

Соматические нервы передней брюшной стенки (подвздошно-подчревной и подвздошно-паховый-L1) лежат в межфазном клеточном пространстве между внутренними косыми и поперечными мышцами живота, где они могут быть заблокированы действием местного анестетика [2, 3]. Очевидно, что область надлобкового разреза полностью находится в ведении нервных окончаний L1. Боль, испытываемая после операций на брюшной полости, в определенной степени обусловлена разрезом передней брюшной стенки, и поэтому оценка эффективности ТАП имеет большое практическое значение [2, 3, 4].

Целью нашего исследования была оценка эффективности ТАП-анестезии после кесарева сечения.

Материал и методы исследования. Из исследования были исключены женщины с нестабильной гемодинамикой из-за выраженной степени преэклампсии, с нарушениями системы гемостаза и неврологическими симптомами из-за нарушения мозгового кровотока.

Первая группа женщин (37 человек),

которым в раннем послеоперационном периоде (через 2-3 часа после операции) была проведена ТАП-анестезия под ультразвуковой навигацией растворами ропивакаина или левобупивакаина из расчета 1 мг/кг веса женщины в сочетании с другими анестетиками (парацетамол, промедол, кетопрофен). Вторая, контрольная группа женщин, 30 человек, которым была проведена стандартная анестезия, предусмотренная клиническими рекомендациями. Интенсивность боли оценивали через 2 часа после операции и через 5-6 часов после операции с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) [4]. Также учитывалось время активации послеоперационных женщин и время выписки из больницы.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась по системе Стьюдента с определением показателя (P), значение которого менее 0,05 указывало на достоверную разницу в сравниваемых результатах.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин в исследуемых группах женщин не имел статистического различия и составил $30,8 \pm 2,6$ года в первой группе и $29,6 \pm 3,2$ года во второй группе ($P \leq 0,05$). В первой группе было 13 (31,1%) первородящих и 24 (68,9%) женщины с повторными родами. Во второй группе, соответственно, 10 (33,3%) и 20 (66,7%) родильниц.

Доношенная беременность в первой группе была у 30 (81,1%) женщин и у 26 (86,7%) во второй группе. Показаниями к операции в первой группе были рубец на матке у 21 (39,5%) беременной, аномалии родовой деятельности у 11 (25,6%) и клинически узкий таз у 5 (13,5%). Во второй группе женщин показанием к операции был рубец на матке у 8 (26,7%) беременных, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 6 (20%). У остальных женщин показания были сочетанными (крупный плод в тазовом предлежании, прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода, задержка его роста, гестационный сахарный диабет с признаками фетопатии плода, дегенеративные изменения сетчатки глаз, ВИЧ-инфекция с высокой вирусной нагрузкой, симфизиопатия, нарушение сократительной деятельности матки, не поддающееся лечению).

Операция кесарева сечения носила экстренный характер в 14 (37,8%) случаях в первой группе и в 11 (36,7%) – во второй. Всем беременным была проведена спинномозговая

анестезия. Средняя продолжительность операции и послеоперационная кровопотеря также практически не различались и были соответственно равны в первой группе $38,3 \pm 3,2$ мин. и $305,5 \pm 58$ мл., во второй группе: $43,8 \pm 2,7$ мин. и $335,3 \pm 87$ мл. ($P \leq 0,05$). Средняя масса плода в первой группе составила $3255,2 \pm 347$ г, а во второй группе 3576 ± 448 г. Ни в одном из наблюдаемых случаев тяжелой гипоксии новорожденного не отмечено. Средний балл по шкале Апгар новорожденных составил $7,2 \pm 0,9$ в первой группе женщин и $7,4 \pm 1,1$ балла во второй группе.

В первой группе женщин послеоперационная анестезия промедолом 2% была проведена у 11 (29,7%) человек, кетопрофеном – у 27 (73%) и парацетамолом – у 21 (56,8%) роженицы [4]. Также использовалась комбинация этих препаратов. Анестезия с применением этих препаратов в отдельных наблюдениях (5 наблюдений) осуществлялась в течении 1-2 дней. ТАП обезбоживание под ультразвуковым контролем в этой группе женщин проводилась через 2-3 часа после завершения операции. Во второй группе женщин парацетамол применялся у 3 (10%) женщин, кетопрофен – у 10 (33,3%) и промедол – у 9 (30%). При этом обезбоживание этими препаратами продолжалось в течение 2-4 дней. В течение 3 дней для 6 человек и 4 дней для двоих.

У всех женщин обеих групп болевой синдром оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) через 2-3 и через 6 часов после окончания операции. У всех обследованных женщин через 2 часа после операции оценка по шкале ВАШ колебалась от 7 до 9 баллов, а средний показатель статистически значимо не отличался составляя для первой группы женщин $7,6 \pm 0,6$ баллов и $7,8 \pm 0,7$ баллов ($P > 0,05$). Через 6 часов после операции и ТАП-анестезии оценка по шкале ВАШ в первой группе рожениц колебалась от 2 до 3 баллов, составляя в среднем $2,4 \pm 0,5$ балла, в то время как во второй группе женщин та же оценка колебалась от 7 до 8 баллов, составил в среднем $7,2 \pm 0,6$ баллов и статистически значимо ($P \leq 0,05$) превысил показатель в первой группе.

При условном подсчете использования обезболивающих средств на человека в послеоперационном периоде было отмечено, что в первой группе на человека было условно израсходовано 1,9 ампулы парацетамола, 1,2 ампулы кетопрофена и 1,1 ампулы промедола.

В тоже время во второй группе женщин для послеоперационного обезболивания было использовано 2,4 ампулы кетопрофена, 1,7 ампулы промедола и 3 ампулы парацетамола.

После операции пациентки первой группы самостоятельно поднимались и начинали ходить в среднем через $4,1 \pm 0,2$ часа. В группе, получавшей обезболивание только традиционными методами, женщины самостоятельно поднимались и начинали активно двигаться в среднем через $6,5 \pm 0,4$ часа после кесарева сечения.

Таким образом, использование ТАП позволяет в 1,6 раза быстрее приступить к использованию активного режима, что является существенным фактором профилактики послеоперационных осложнений [4].

Выписка в первой группе женщин осуществлялась в среднем через $4,1 \pm 0,3$ дня после операции, в то время как во второй группе женщин только через $5,5 \pm 0,4$ дня, что на 25,5% увеличивало продолжительность послеоперационного стационарного пребывания женщин второй группы.

Таким образом, применение мультимодальной анестезии методом ТАП в раннем послеоперационном периоде позволяет, во-первых, добиться значительного эффекта в повышении эффективности анестезии на фоне значительного снижения медикаментозного лечения традиционными методами обезболивания; во-вторых, на более ранних этапах послеоперационного периода повысить двигательную активность; в-третьих, снизить пребывание рожениц в стационаре, что немаловажно для профилактики послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний [1].

Выводы:

1. Применение ТАП-анестезии усиливает обезболивающий эффект в послеоперационном периоде после кесарева сечения.
2. ТАП-анестезия позволяет значительно сократить использование традиционных методов обезболивания при уменьшении объема лекарственных препаратов.
3. ТАП-анестезия создает условия для ранней активизации послеоперационных пациентов, что, несомненно, должно способствовать уменьшению послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Сюткина И.П., Хабаров Д.В., Смагин А.А., Инежина А.Д., Кочеткова М.В. О перспективах

- использования миофасциальных блоков в акушерско-гинекологической практике. Акушерство и гинекология. № 3. 2021. С. 50 – 57.
2. Куликов А.В., Шифман Е.М. Анестезия, кардиохирургия и реанимация в акушерстве и гинекологии. Клинические рекомендации. Протоколы лечения. 2-е издание. М.: Медицина; 2017. 688 с. <https://dx.doi.org/10.18821/9785225100384>.
 3. Махорин О.А., Заварзин П.Ж., Женило В.М., Скобло М.Л. QL- или TAR: чему отдать предпочтение после кесарева сечения? Вестник акушерской анестезиологии. 2020; 2: 5-14.
 4. Шмаков Р.Г., Мартиросян С.В., Михайлов А.В., Пырегов А.В., Фаткуллин И.Ф., Шифман Е.М., Адамян Л.В., Артымук Н.В., Баев О.Р., Баранов И.И., Башмакова Н.В., Беженарь В.Ф., Белокрыницкая Т.Е. и др. Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения. Клинические рекомендации. ID:639 Москва, 2021. 106 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/639_1

Новопашина Г.Н., Ерофеева Л.Г.

ФАКТОРЫ РИСКА ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

Введение. В современном обществе проблема избыточного веса тела рассматривается в различных аспектах, одним из которых является увеличение частоты патологии эндометрия у женщин любого возраста. Формирование метаболических нарушений в подростковом возрасте у девочек нередко приводит в последующем к нарушениям репродуктивной функции. Одной из форм пролиферативных заболеваний являются гиперпластические процессы эндометрия, которые выявляются у 5,4-6,5% женщин в детородном возрасте с различными нарушениями репродуктивной функции; их частота нарастает с возрастом, а атипичская гиперплазия эндометрия встречается в 10,1% [1, 4, 5, 6]. По современной концепции, гиперпластические процессы эндометрия являются мультифакторными заболеваниями, развивающимися в результате генетически

обусловленных взаимодействий гормонов, факторов роста, метаболических изменений на фоне воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды [3, 6]. Риск гиперплазии зависит от особенностей стероид-продуцирующей и овуляторной функции яичников. Метаболические нарушения играют мультифакторную роль в формировании патологии эндометрия. Избыток жира предрасполагает к более высокой эстрогенной насыщенности организма. В стромальных и сосудистых клетках жировой ткани имеются ароматазные ферментные системы, способные превращать андростендион в эстрон. В результате происходит неконтролируемый гонадотропинами синтез эстрогенов, что приводит к гиперэстрогении. Тип ожирения тоже имеет значение: ожирение по андронидному типу, ассоциированное с комплексом эндокринно-метаболических сдвигов, повышает риск развития рака эндометрия [2]. Важная роль в развитии гиперплазии эндометрия отводится инсулинорезистентности и гиперинсулинемии, сопровождающим ожирение. Происходит усиленный выброс лютеинизирующего гормона, увеличивается количество ЛГ-рецепторов, происходит усиленный синтез андрогенов в фолликуле, что приводит к атрезии фолликула и хронической ановуляции. Патогенез гиперплазии эндометрия включает в себя группу факторов системного и местного действия, обеспечивающих избыточные пролиферативные эффекты [5, 6].

Цель работы. Определить состав жирового компонента тела и изучить другие факторы риска развития пролиферации эндометрия.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 60 пациенток с маточным кровотечением, поступивших в гинекологическое отделение ГУЗ «Городского родильного дома» г. Читы. Проводились гистероскопия и выскабливание полости матки с гистологическим исследованием соскоба. Оценка антропометрических показателей проводилась набором антропометрических инструментов (весы, ростомер, сантиметровая лента, калипер-жиромер). В расчете жирового компонента в составе тела использовалась формула Матейки. В статистической обработке применялся критерий Стьюдента, статистическая обработка вариационного ряда, средние величины (M), критерий разнообразия признака в вариационном ряду ($\pm m$).

Результаты и их обсуждение. Обследовано 60 пациенток с маточным кровотечением, которым проводилась с диагностической и лечебной целью гистероскопия, выскабливание полости матки. С учетом гистологического заключения 1 группу составили 30 пациенток с гистологическим заключением – железистая гиперплазия эндометрия 100,0%; 2 группу составили 30 пациенток с маточным кровотечением без гиперплазии эндометрия со следующим гистологическим заключением: эндометриальный полип без атипии (70,0%), обострение хронического эндометрита (23,0%) и железисто-фиброзный полип цервикального канала (7,0%). Средний возраст пациенток в 1 группе составил $41,3 \pm 7,2$ лет, во 2 группе – $26,1 \pm 4,3$ лет ($p \leq 0,05$). Репродуктивный анамнез у исследуемых женщин следующий: в 1-й группе – роды – 53,3% женщин, медицинский аборт – 26,6%, неразвивающаяся беременность – 10,0%, мертворождение – 3,3%; во 2-ой группе – нерожавшие – 50,0% женщин, роды – 26,6%, медицинский аборт – 10,0%, неразвивающаяся беременность – 6,6%. Гинекологический анамнез отягощен: в 1-й группе дисфункцией яичников у 56,6% пациенток вторичным бесплодием – 6,6%; во 2-ой группе – дисфункцией яичников у 6,6% женщин, вторичным бесплодием – 6,6%. Фактор курения имели в 1-й группе – 70,0% женщин, во 2-ой группе – 26,6%. Индекс массы тела в 1-ой группе составил $32,16 \pm 3,9$, во 2-ой группе $21,3 \pm 1,6$ ($p \leq 0,05$). В 1-ой группе пациенток процентное соотношение по индексу массы тела: в пределах нормы – 3,0 %, избыток массы тела – 33,0%, I степень ожирения – 33,0%, II степень ожирения – 31,0%. Во 2-ой группе дефицит массы тела имели 3,0 % пациенток, в пределах нормы – 97,0 %. Компонентный состав тела обследованных пациенток имеет различия по жировому компоненту: в 1-ой группе $33,96 \pm 2,14$ %, во 2-ой группе $22,99 \pm 2,35$ % ($p \leq 0,05$).

Вывод. Таким образом, в группе пациенток с гиперплазией эндометрия выявлено повышение индекса массы тела, а в компонентном составе тела отмечается достоверное преобладание жирового компонента. Женщины с гиперплазией эндометрия в анамнезе имели дисфункцию яичников в 56,6% и наличие факта табакокурения отмечали 70,0% женщин.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гинекология. Национальное руководство / под ред. Г.М. Савельевой, И.Б., Г.Т. Сухих,

В.Н. Серова, И.Б. Манухина. - М. : ГЭОТАР – Медиа, 2022. – С. 1008.

2. Григорян О.Н. Ожирение и репродуктивная функция / О.Н. Григорян, Е.Н. Андреева // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 9. С. 14-19.
3. Доброхотова Ю.Э. Лечение рецидивирующей гиперплазии эндометрия у пациентов пременопаузального возраста / Ю.Э. Доброхотова, Л.В. Сапрыкина // Фарматека. – 2012. – № 12. – С. 81-84.
4. Думановская М.Р. Частота выявления и структура гиперплазии эндометрия в различные возрастные периоды / М.Р. Думановская, Г.Е. Чернуха, А.В. Асатурова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2015. – № 3. – С. 40-45.
5. Лапина И.А. Оптимизация лечения пациентов с пролиферативными заболеваниями матки / И.А. Лапина, Н.И. Насырова // Гинекология. – 2015. – № 4. – Т.17. – С. 27-31.
6. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Артымук Н.В., Башмакова Н.В., Беженарь В.Ф., Белокриницкая Т.Е., Думановская М.Р., Сутурина Л.В., Сметник А.А., Тоноян Н.М., Филиппов О.С., Хохлова С.В., Чернуха Г.Е., Ярмолинская М.И. Гиперплазия эндометрия. Клинические рекомендации. ID 649, Москва, 2021. 34 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/646_1

Тогтохоева Д.В., Крамарский В.А., Файзулина Н.И.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ АНАЛИЗА ОПЕРАЦИЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ М. РОБСОНА

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования филиал Российской медицинской академии непрерывного послевузовского образования

Актуальность. Кесарево сечение является одним из наиболее распространенных хирургических вмешательств в мире, при этом частота его выполнения продолжает возрастать, особенно в странах с высоким и средним уровнем дохода, по данным ВОЗ за последнее десятилетие достигла максимума и составила 25-30% [1].

При этом, по мнению многих авторов, превышение его уровня на 9-16% не ассоциируется со снижением материнской и

неонатальной смертности [1, 2]. В 2015 г. ВОЗ объявила, что увеличение частоты КС более 10% не связано со снижением материнской и неонатальной смертности и эта операция должна выполняться только по строгим медицинским показаниям [3].

Еще в 2001 г. М. Robson предложил оценивать работу акушерских стационаров по 10-групповой классификации, что позволяет анализировать частоту КС в каждой группе, сравнивать ее с другими стационарами и находить пути снижения доли абдоминального родоразрешения [4].

Целью нашего исследования явилось: подтверждение эффективности аналитической классификации Робсона в поиске путей достижения оптимального уровня кесарева сечения в лечебных учреждениях третьего уровня.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи

1. Сравнить результаты работы лечебного учреждения 3-го уровня в 2013 и 2018 гг. в соответствии с 10-ти групповой классификацией М. Робсона и расчета коэффициента эффективности кесарева сечения (КЭКС) по методике Радзинского В.Е., Костина И.Н. (2007).
2. Определить группы с наибольшим и наименьшим влиянием на общую частоту кесарева сечения в стационаре 3 уровня и установить резервы снижения частоты абдоминального родоразрешения.

Материал и методы. Ретроспективный анализ историй родов пациенток «Областного перинатального центра г. Иркутска» в 2013 и 2018 гг. по 10 групповой классификации Робсона, путем внесения каждой пациентки в одну из десяти групп. Всего было проанализировано 2000 историй родов, из которых 1000 за 2013 гг. и 1000 за 2018 г. КЭКС рассчитывался по формуле: $\text{КСхПС (региона)} / \text{КСхПС (учреждения)}$. Высокая эффективность при КЭКС $\geq 1,5$ низкая при показателе $\leq 1,0$.

Результаты. В процессе анализа оперативной активности по системе Робсона установлено, что в 2018 г. в сравнении с 2013 г. произошло снижение доли родоразрешенных пациенток в 1-й и 3-й группах в 1,6 раза – это наиболее многочисленные группы перво- или повторнородящих женщин с доношенной одноплодной беременностью в головном предлежании плода, без рубца на матке и со

спонтанно начавшейся родовой деятельностью. При этом количество и доля пациенток во 2-й и 4-й группах (перво- или повторнородящие женщины с доношенной одноплодной беременностью в головном предлежании плода без рубца на матке при плановой индукции родов или плановом кесаревом сечении) выросла в 2,4 раза. Такая динамика в группах связана с изменением тактики ведения беременных высокой группы риска и отбором женщин на программированное родоразрешение путем индукции родов, либо производством планового кесарева сечения, не дожидаясь развития у них регулярной родовой деятельности.

Частоту кесарева сечения в Перинатальном центре в 2018 г. удалось сохранить на уровне 2013 г. за счет статистически значимого ее снижения в 1-ой, 2-ой и 4-ой группах перво- и повторнородящих женщин с доношенной самопроизвольно начавшейся или индуцированной родовой деятельностью, или плановым кесаревым сечением и статистически незначимого снижения в 3-ей группе (повторнородящие с спонтанным началом родов). Тщательный отбор пациенток на программированные роды позволил, с одной стороны, обеспечить максимальную частоту консервативного родоразрешения при программированных родах (группы № 2 и № 4), и, с другой стороны, свести к минимуму оперативное родоразрешение в группах со спонтанным развитием родовой деятельности (группы № 1 и № 3). Единственная группа, в которой зарегистрировано его достоверное увеличение в 2018 г. в сравнении с 2013 г. – это группа № 7, которая включала в себя повторно родящих женщин с тазовым предлежанием плода, в том числе, с рубцом на матке.

В федеральных клинических рекомендациях «Тазовое предлежание плода» [5] одним из показаний к кесареву сечению является отказ женщины от самостоятельных родов при тазовом предлежании плода. Беременные активно пользуются данным правом, что не позволяет акушерам-гинекологам выбрать тактику родов через естественные родовые пути даже при наличии условий для консервативного родоразрешения при тазовом предлежании плода.

Коэффициент эффективности кесарева сечения в 2013 г. составил 1,3, а в 2018 г. уже 1,8.

Выводы:

1. Изменения в акушерской тактике, сделанные на основании анализа кесарева сечения,

позволили повысить его эффективность с 1,3 в 2013 г. до 1,8 в 2018 г.

2. Наибольшее влияние на частоту кесарева сечения оказали группы (№ 2 и № 4) с плановым оперативным родоразрешением в связи с увеличением числа женщин из группы высокого перинатального акушерского риска.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Шмаков Р.Г., Мартиросян С.В., Михайлов А.В., Пырегов А.В., Фаткуллин И.Ф., Шифман Е.М., Адамян Л.В., Артымук Н.В., Баев О.Р., Баранов И.И., Башмакова Н.В., Беженарь В.Ф., Белокриницкая Т.Е. и др. Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения. Клинические рекомендации. ID:639 Москва, 2021. 106 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/639_1
2. Рудзевич А.Ю., Кукарская И.И., Фильтус Т.А. Оценка частоты кесарева сечения по классификации Робсона. Современные проблемы науки и образования. 2017. № 6. С. 52.
3. Беженарь В.Ф., Нестеров И.М., Прялухин И.А. Акушерский аудит кесаревых сечений по критериям классификации М.Робсона – опыт Санкт-Петербурга. Журнал Акушерства и женских болезней. 2022; том 71, № 2: 7-16.
4. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev* 2001; 12 (1): 23–39.
5. Малышкина А.И., Шмаков Р.Г., Адамян Л.В., Артымук Н.В., Баев О.Р., Баранов И.И., Башмакова Н.В., Беженарь В.Ф., Белокриницкая Т.Е. и др. Тазовое предлежание плода. Клинические рекомендации. ID:626. Москва, 2021. 48 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/626_1

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616-002.77

Портянникова О.О., Цвингер С.М.,

Романова Е.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ О ФАКТОРАХ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРИТА

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

Остеоартрит (ОА) – самая распространенная форма поражения суставов, занимающая ведущее место в структуре ревматической патологии [1]. Российские клинические рекомендации определяют ОА как гетерогенную группу заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава. По современным представлениям, первоначально нарушения происходят именно на молекулярном уровне с последующими анатомическими и физиологическими нарушениями (деградация хряща, костное ремоделирование, образование остеофитов, воспаление и т.д.) приводящими к развитию заболевания [2]. Данное заболевание может иметь любую локализацию, по частоте поражения лидирующие позиции занимают суставы кистей, стоп, коленные и тазобедренные [9]. Прогрессирование ОА в большинстве случаев приводит к стойкому выраженному нарушению функции сустава и, как следствие, инвалидизации больного.

Одним из мощных факторов риска развития ОА любых суставов является возраст, так как происходят необратимые биологические изменения, приводящие к истончению хряща, слабости околосуставного мышечного аппарата, ухудшению проприоцептивной чувствительности, интенсификации перекисного окисления липидов, и, как следствие – увеличению оксидативного повреждения [4].

Следующий немодифицируемый предрасполагающий фактор – пол пациента. В данной ситуации мнения ученых неоднозначны. Некоторые исследователи доказывают, что женщины не только более часто страдают ОА, но и могут иметь более тяжелые формы течения данной патологии. Женский пол увеличивает риск возникновения патологии коленных суставов, а также кистей [5].

Этническая принадлежность также

может быть одним из факторов риска развития ОА. Данные Фрамингемского исследования свидетельствуют о более высокой распространенности ОА тазобедренных суставов и суставов кистей в европейской популяции, чем в азиатской, изучавшейся в Исследовании остеоартрита в Пекине [6, 7]. При этом китайки лидировали в частоте рентгенологических и клинических проявлений ОА коленных суставов.

Определенная роль в развитии и прогрессировании ОА принадлежит наследственным факторам и врожденным аномалиям. Данные о влиянии генетических особенностей на развитие и прогрессирование ОА, пополняются за счет эпидемиологических исследований семейных случаев, исследований близнецов и изучения редких генетических мутаций. Классические исследования близнецов показали, что влияние генетических факторов (таких как: мутации в хромосомах 2q, 9q, 11q, 16p, дефекты генов коллагена II, IX, XI, а также нарушения в системе цитокинов) на прогрессирование рентгенологической картины ОА составляет около 60% в случае развития патологии коленных суставов [8].

Как уже отмечалось ранее, избыточная масса тела и ожирение являются серьезными факторами риска развития ОА, преимущественно коленных суставов, и приводят к увеличению скорости прогрессирования рентгенологических изменений [9]. По прогнозам Центра по контролю и профилактике заболеваний, к 2030 г. ожидается, что 20% населения США будет старше 65 лет, и 86% будут иметь избыточную массу тела или ожирение.

Определенный интерес для специалистов, занимающихся проблемами развития ОА, представляют особенности питания. Одним из самых значимых нутриентов является витамин D. Исследования, изучающие влияние низких уровней витамина D на боль и функцию суставов, на сегодняшний день показали противоречивые результаты [10]. В Фрамингемском исследовании у пациентов с низким (менее 27 нг/мл) или средним (27 – 33 нг/мл) содержанием сывороточного 25-гидроксивитамина D в 3 раза увеличивался риск прогрессирования ОА коленных суставов, тогда как риск возникновения заболевания не возрастал [11]. В тоже время Laselett и соавт. [12] в своем исследовании продемонстрировали, что уровень 25-гидроксивитамина D менее 25 нмоль/л достоверно интенсифицирует болевой

синдром при ОА коленных суставов в течение 5 лет и, возможно усиливает таковой при поражении тазобедренных суставов в течение 2,4 лет. На данный момент нет возможности окончательно выяснить его роль в развитии и прогрессировании заболевания, а также оценить эффективность и безопасность применения витамина D в качестве терапевтической стратегии при ОА.

Известно, что профессиональная деятельность, связанная с высокой нагрузкой на суставы, повышает риск развития ОА. Исследование ESORDIG показало, что распространенность симптоматического ОА коленных суставов была выше в сельской местности, по сравнению с жителями города и пригородных районов. Исследователи утверждают, что у фермеров Великобритании превалирует риск развития ОА тазобедренных суставов [13]. Кроме того, проводились исследования, позволившие выяснить, что фермеры с крупными молочными и свиноводческими хозяйствами имели повышенный риск возникновения ОА тазобедренных суставов [14]. В многофакторной модели логистической регрессии риск был выше у тех, кто ежедневно доил более 40 коров или работал в коровниках более 5 часов в день, по отношению к тем, кто не работал в молочном производстве. Фермеры, занимающиеся большую часть времени растениеводством, имели меньший риск развития ОА коленных суставов.

В РФ также проводились подобные исследования. Распространенность ОА среди работников сельского хозяйства Якутии, по данным литературы, колеблется от 22% до 36% [1]. По результатам диссертационной работы Крохиной Н.Н., боли в суставах в течение жизни беспокоили 32,8% сельской популяции Среднего Урала, боли в поясничном отделе позвоночника – 56,8%. Жалобы чаще регистрировались у женщин ($p < 0,0001$), их распространенность нарастала с возрастом ($p < 0,0001$). Основной причиной суставных жалоб являлся ОА (31,5%). Распространенность ОА среди сельского населения составила 11,4% (у мужчин – 5,3%, у женщин – 16,0%). В клинической картине преобладала генерализованная форма заболевания (66,7%), частота которой нарастала с возрастом.

Одним из факторов риска развития ОА считают сосудистые изменения, возникающие

при наличии у пациентов атеросклероза. По мнению ряда исследователей, связь ОА с сердечно-сосудистыми заболеваниями может быть обусловлена как общими патогенетическими механизмами, так и другими внешними факторами. В патогенезе ОА и атеросклероза немалую роль играет неспецифическое воспаление. В Роттердамское исследование были включены 5650 пациентов старше 55 лет с подтвержденным ОА. У пациентов изучалась толщина интима-медиа и наличие бляшек в сонных артериях для верификации атеросклероза. Данное исследование показало взаимосвязь наличия атеросклеротического поражения с ОА коленных суставов и суставов кисти у женщин.

Представленные в обзоре данные российских и зарубежных исследований наглядно подтверждают высокую распространенность ОА в популяции и его многофакторную природу. Выделяют ряд факторов, таких как ожирение и сердечно-сосудистые нарушения, которые потенцируют и отягощают течение ОА. В тоже время такие факторы риска, как нутритивный статус, гормональный профиль и т.д., – интенсивно обсуждаются учеными разных стран. При этом у специалистов нет единого мнения в области их влияния на течение ОА различных групп суставов. Таким образом, необходимо продолжать исследования распространенности и влияния факторов риска на тяжесть и прогрессирование ОА.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Протопопова Р. Н., Эрдес Ш., Кривошапки В.Г. Эпидемиологическое исследование распространенности остеоартроза среди коренных сельских жителей республики Саха (Якутия). Сообщение 2. Научно-практическая ревматология. 2000; (3): 28-34.
2. Насонов Е.Л. Российские клинические рекомендации. Ревматология. М : ГЭОТАР-Медиа.2017: 42-50.
3. Стребкова Е.А., Алексеева Л.И. Остеоартроз и ожирение. Научно-практическая ревматология. 2015; 53(5): 542-552.
4. Cooper C., Dennison E., Edwards M et al. Epidemiology of osteoarthritis. *Medicographia*. 2013; 35: 145-151.
5. Zhang Y., Jordan J. Epidemiology of osteoarthritis. *Clin Geriatr Med*. 2010 Aug; 26(3): 355-369.
6. Oliveria S, Felson D, Reed J, Cirillo P,

Walker A. Incidence of symptomatic hand, hip, and knee osteoarthritis among patients in a health maintenance organization. *Arthritis Rheum*.1995; 38: 1134-1141.

7. Nevitt MC, Xu L, Zhang YQ, et al. Very low prevalence of hip osteoarthritis among Chinese elderly in Beijing compared to Caucasians in the U.S.: the Beijing Osteoarthritis Study. *Arthritis Rheum*. 2002 in press.
8. Zhang YQ, Xu L, Nevitt MC, et al. Chinese have a much lower prevalence of radiographic osteoarthritis of the hand than Caucasians in the U.S. *Arthritis Rheum*. 2001; 44 (9): 225.
9. Spector T.D., MacGregor A.J. Risk factors for osteoarthritis: genetics. *Osteoarthritis Cartilage*. 2004; 12: 39-44.
10. Mabey T., Honsawek S. Role of Vitamin D in Osteoarthritis: Molecular, Cellular, and Clinical Perspectives. *International Journal of Endocrinology*. 2015.
11. McAlindon TE, Felson DT, Zhang Y, et al. Relation of dietary intake and serum levels of vitamin D to progression of osteoarthritis of the knee among participants in the Framingham Study. *Ann Intern Med*. 1996; 125(5): 353–359.
12. Laslett LL, Quinn S, Burgess JR. et al. Moderate vitamin D deficiency is associated with changes in knee and hip pain in older adults: a 5-year longitudinal study. *Ann Rheum Dis*. 2014; 73(4): 697-703.
13. Croft P, Cooper C, Wickham C, Coggon D. Osteoarthritis of the hip and occupational activity. *Scand J Work Environ Health*. 1992; 18(1): 59–63.
14. Thelin A., Vingård E., Holmberg S. Osteoarthritis of the hip joint and farm work. *Am J Ind Med*. 2004; 45(2): 202-209.

УДК 616.127-005.8-07

Хлуднев С.И., Жигула З.М., Ломоносова М.Н., Шадрина Г.А., Куйдина Н.А., Афонюшкина Е.В.

ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ТРОПОНИНОВОГО ТЕСТА В ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

ГУЗ «Краевая клиническая больница» (И.о. главного врача – Д.Б. Нардин)

Использование в клинической практике тропонинов привело к прорыву в диагностике инфаркта миокарда (ИМ), однако до настоящего времени остается причиной и большого

количества ошибочных диагнозов из-за неправильной оценки получаемых результатов тропониновых тестов. Сердечный тропонин представляет собой комплекс, состоящий из трех субъединиц. Поскольку сердечные тропонины I и T являются компонентами сократительного аппарата миокардиальных клеток и экспрессируются почти исключительно в сердце, это определяет их высокую специфичность в качестве биомаркера повреждения миокарда. Широкое использование высокоспецифичного тропонинового теста в стационаре помогает выявлять инфаркт миокарда на ранней стадии, однако затрудняет врачам дифференциальную диагностику и может повлиять на дальнейшее лечение и общее состояние пациента. В результате многочисленных исследований было установлено, что нормальные уровни тропонинов находятся в диапазоне концентраций от 1 до 5 нг/л. Уровень, соответствующий 99-й перцентили нормальной популяции (иначе говоря, верхний предел нормы, или верхний референсный уровень; при таком уровне 99 здоровых лиц имеют истинно отрицательный результат и только один индивид – ложно положительный), находится в диапазоне 12-20 нг/л, в зависимости от конкретного высокочувствительного теста [2].

У здорового человека кардиальные тропонины обнаруживаются в крови в концентрации меньше 99-го перцентил при исследовании ультрачувствительными тропониновыми тест-системами. Наличие малого количества тропонинов в крови считается «нормальным» высвобождением из миокарда. Из кровотока тропонин элиминируется с помощью ретикулоэндотелиальной системы, внеклеточным расщеплением в кровотоке, методом фильтрации в гломерулярном аппарате почки [2]. Повышение уровня тропонинов в плазме крови может свидетельствовать о наличии повреждения миокарда, но не указывает на причину и механизм повреждения. В 4-м Универсальном определении инфаркта миокарда (2018 г.) было введено понятие «повреждение миокарда», которое может быть не только при инфаркте миокарда, но и при ряде других состояний и заболеваний. Повреждение миокарда определяется как повышение уровня тропонинов в крови выше верхнего предела 99-го перцентил верхнего референтного уровня (ВРУ). Повреждение миокарда может быть острым, о чем свидетельствует недавно

обнаруженный динамический рост и/или снижение значений тропонина выше 99-го перцентил ВРУ, или хроническим, когда у больного определяется постоянное повышение уровней тропонина. Острое повреждение миокарда вызывает высвобождение тропонинов и повышение их уровня при таких заболеваниях, как инфаркт миокарда, шок, острый миокардит, тромбоэмболия легочной артерии, синдром Такоцубо (стресс-индуцированная кардиомиопатия). Если при большинстве указанных состояний понятны механизмы повреждения миокарда, то механизм повышения тропонинов у больных с септическим шоком остается неясным большинству экспертов [1, 2, 3, 4].

Для подтверждения повреждения миокарда рекомендуется использовать количественное определение уровня сердечных тропонинов. Качественные и полуколичественные методики неуместны, т.к. не позволяют оценить изменения концентрации этих маркеров, обязательные для постановки диагноза. Преходящее повышение уровня сердечного тропонина в крови свидетельствует о некрозе кардиомиоцитов вне зависимости от причины, которая может быть связана как с первичным ограничением коронарного кровотока, так и другими, в том числе внесердечными факторами [1].

Повышение уровня сердечного тропонина выше 99-го перцентил здоровых лиц в условиях, указывающих на наличие острой необратимой ишемии миокарда, свидетельствует об остром инфаркте миокарда. Согласно клиническим рекомендациям 2020 г. критериями наиболее часто встречающихся инфарктов миокарда (ИМ) 1 и 2 типов являются:

- повышение и/или снижение концентрации сердечного тропонина в крови, которая должна как минимум однократно превысить 99-й перцентиль верхней референсной границы у пациентов без исходного повышения уровня сердечного тропонина в крови, либо его увеличение >20% при исходно повышенном уровне сердечного тропонина, если до этого он оставался стабильным (вариация $\leq 20\%$) в сочетании с хотя бы одним критерием острой ишемии миокарда:

- Симптомы ишемии миокарда.
- Остро возникшие изменения на ЭКГ.
- Появление патологического зубца Q на ЭКГ.
- Подтверждение с помощью методов визуализации наличия новых участков

миокарда с потерей жизнеспособности или нарушением локальной сократимости, характерных для ишемической этиологии.

- Выявление внутрикоронарного тромбоза при коронарной ангиографии или атеротромбоза на аутопсии (для ИМ1 типа) [5, 6].

При диагностике инфаркта миокарда необходимо использовать алгоритм, представленный на рис.1. Следует помнить о возможности развития ИМ 2 типа за счет дисбаланса потребности и доставки кислорода. Причиной этому может стать снижение перфузии миокарда при спазме коронарных артерий, дисфункции микрососудов, устойчивой брадиаритмии, тяжелой гипотонии или шоке, дыхательной недостаточности, тяжелой анемии. Причиной повышения потребности миокарда в кислороде может быть устойчивая тахикардия, тяжелая гипертония с гипертрофией миокарда или без нее. При диагностике ИМ 2 типа также повышение тропонинов должно сочетаться с признаками острой ишемии миокарда по данным ЭХОКГ и ЭКГ при отсутствии изменений по данным коронарографии [6].

Если повышение и/или снижение тропонинового теста не сопровождается признаками острой ишемии миокарда (перечисленными выше) нужно исключить другие заболевания сердца, которые могут сопровождаться повреждением кардиомиоцитов. По данным популяционных исследований, около 2 % населения имеют постоянное увеличение уровня тропонинов выше референтного значения ВРУ, выявляемое при использовании

высококчувствительных тропониновых тестов. Причиной такого повышения тропонина могут быть:

- сердечная недостаточность;
- миокардит;
- кардиомиопатия (любая, в т.ч. амилоидоз сердца);
- лекарственное поражение сердца;
- синдром Такоубо;
- процедуры реваскуляризации миокарда;
- другие вмешательства на сердце;
- катетерная абляция;
- дефибриляция;
- контузия сердца.

При отсутствии заболеваний сердечно-сосудистой системы повышение тропонина связано с несердечными причинами:

- сепсис, тяжелое инфекционное заболевание;
- хроническая болезнь почек;
- инсульт;
- субарахноидальное кровоизлияние;
- тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), легочная гипертензия;
- инфильтративные заболевания;
- химиотерапевтические препараты;
- критические состояния,
- тяжелая физическая нагрузка [2, 4, 7].

По данным литературы примерно 75% лиц, поступающих с подозрением на острый коронарный синдром, вообще не имеют повышенных уровней тропонина Т и I, возможно, это связано с обратимой ишемией. Из оставшихся 25% с повышенными тропонинами – примерно половина имеют ишемическое повышение тропонинов, а другая половина

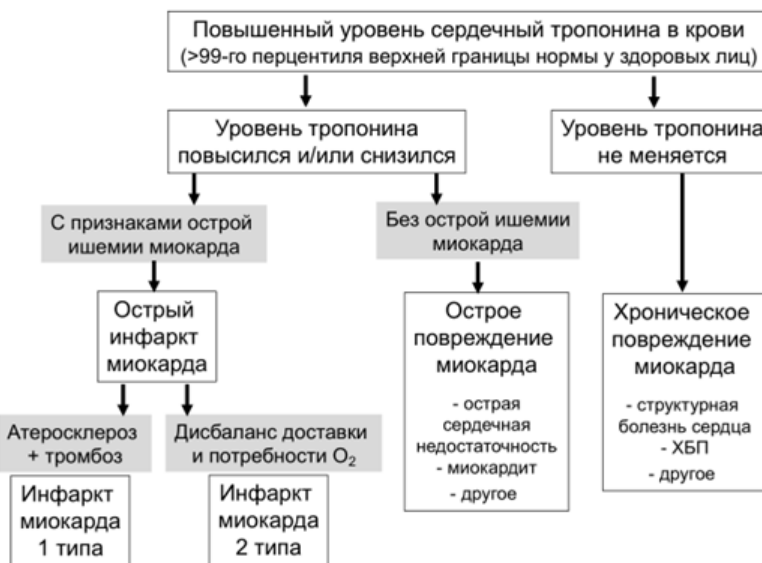


Рис. 1. Алгоритм дифференциальной диагностики инфаркта миокарда.

– неишемическое. Более того, при равной степени повышения тропонинового теста риск неблагоприятных исходов у пациентов с неишемическим повышением почти в два раза выше, чем при ишемическом. Конкретных рекомендаций по терапии пациентов с неишемическим повышением тропонинов пока нет. Поскольку такое повышение связано с весьма неблагоприятным прогнозом, следует принимать все меры, чтобы установить его причины. Алгоритм выяснения причин неишемического повышения должен включать: детальное изучение истории болезни, клиническое обследование, оценку функции почек, анализ ЭКГ и ЭХОКГ, а также ряд других инструментальных исследований для исключения несердечных причин [1, 2, 4, 7].

Таким образом, высокочувствительные тропонины могут использоваться для ранней диагностики ИМ, если их повышение сочетается с признаками острой ишемии миокарда. Также тропониновый тест необходим для выявления неишемических структурных повреждений миокарда различной этиологии и для стратификации связанных с ними рисков неблагоприятных исходов. У ряда больных повышение тропонина обусловлено несердечными причинами, об этом нужно помнить при проведении дифференциальной диагностики.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бильченко А.В. Тропонины. Клиническое значение и интерпретация результатов лабораторных тестов // Медицина неотложных состояний. – 2020. – Т. 16. № 1. – С. 109-114.
2. Дифференциально-диагностическое и прогностическое значение тропониновых тестов при сердечной недостаточности / Крикунова О.В., Васюк Ю.А., Висков Р. В. [и др.] // Сердечная Недостаточность. – 2015. - № 16 (4). – С. 254-260
3. Значение современных высокочувствительных тестов на тропонин в диагностике инфаркта миокарда без подъема сегмента ST // О.В. Абатурова, С.Н. Суплотов, Л.В.Кремнева, С.В. Шалаев // Терапевтический архив. -2019. - Т. 91. № 9. – С. 137-144.
4. Личевская, Ю. А. Анализ причин повышения тропонина сTn, не связанные с острым коронарным синдромом [Электронный ресурс] / Ю.А. Личевская, С.С. Грачёв // Инновации в медицине и фармации – 2020 : материалы дистанцион. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых. / Под ред. С.П. Рубниковича, В.Я. Хрыщановича. – Минск, 2020. – С. 295-297.
5. Острый инфаркт миокарда без подъема сегмента ST электрокардиограммы / Рекомендации РКО, одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ. – Москва, 2020. – 152 с. – URL: <https://scardio.ru> (дата обращения 05.05.2023)
6. Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы электрокардиограммы / Рекомендации РКО, одобренные научно-практическим советом Минздрава РФ. – Москва, 2020. – 157 с. – URL: <https://scardio.ru> (дата обращения 05.05.2023)
7. Суплотов С.Н. Современные высокочувствительные методы определения тропонинов в диагностике миокардиальной ишемии и оценке прогноза заболевания у больных хронической ишемической болезнью сердца / Л.В.Кремнева, С.Н. Суплотов, С.В. Шалаев // Российский кардиологический журнал. – 2017. – № 3 (143). – С. 160-164

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК:617.55-002.5-07

¹Ринчинов А.А., ²Ринчинова Т.С.,

²Маякова Е.И., ²Фёдорова А.П.

ТУБЕРКУЛЕЗ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

¹ГБУЗ «Забайкальский краевой клинический фтизиопульмонологический центр» (и.о. главного врача – Р.М. Чудаан-оол)

²ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

Туберкулез остается проблемой общественного здравоохранения в развивающихся странах. На абдоминальный туберкулез приходится 5% всех случаев туберкулеза, а поражение тонкого кишечника наблюдается у 2-3% пациентов с абдоминальными формами заболевания [1]. Заболеваемость и тяжесть зависят от распространенности процесса и инфицирования синдромом иммунодефицита человека (ВИЧ) [2].

Туберкулез тонкого кишечника представляет собой диагностическую проблему, учитывая его неспецифическую клиническую картину и тенденцию имитировать другие заболевания, такие как кишечные инфекции, злокачественные новообразования и воспалительные поражения кишечника [3]. Частота ошибочных диагнозов при данной патологии достигает 50-70 % [4]. Пациенты с туберкулезом тонкого кишечника часто страдают от задержек в диагностике и начале противотуберкулезной терапии, что приводит к значительному утяжелению заболевания и смертности от данной патологии [3].

Вашему вниманию представлен клинический случай диагностики и лечения пациентки с туберкулезом тонкого кишечника. От пациентки было получено информированное согласие на печать деперсонифицированных данных результатов обследования.

Пациентка Л., 38 лет. Поступила в стационар с жалобами на диффузные схваткообразные боли в животе, частый жидкий стул до 6 раз в сутки, повышение температуры тела до 38 градусов Цельсия, кашель со скудным отхождением слизисто-гноющей мокроты, снижение массы тела на 7 кг в течение трех месяцев.

Туберкулез легких, контакт с туберкулезными больными пациентка отрицает. Длительно беспокоило чувство

дискомфорта и вздутия в животе, периодически отмечала жидкий стул, общую слабость. Со слов пациентки, ухудшение самочувствия отмечала в течение последних 3 месяцев с появлением и постепенным нарастанием вышеперечисленных жалоб. За медицинской помощью ранее не обращалась, лечилась самостоятельно. Принимала ферментные препараты, ингибиторы протонной помпы, энтеросорбенты, противовоспалительные препараты с незначительным положительным эффектом. Самочувствие ухудшилось в течение последних нескольких дней, когда стала отмечать нарастание болей в животе, общую слабость. Также из анамнеза известно, что пациентка больна ВИЧ-инфекцией с 2019 г., высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ) принимала нерегулярно в виду наличия дискомфорта в эпигастриальной области, периодического жидкого стула.

Состояние при поступлении средней степени тяжести, симптомы интоксикации выражены умеренно. При аускультации легких выслушивалось жесткое дыхание, мелкопузырчатые хрипы по всем легочным полям, более выраженные в верхних отделах. Живот при пальпации болезненный во всех отделах, положительные симптомы раздражения брюшины. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выполнить не удалось из-за выраженной пневматизации кишечника. По данным мультиспиральной компьютерной томографии определяется неоднородная инфильтрация тонкого кишечника, жировой клетчатки брыжейки с наличием множественных увеличенных лимфатических узлов, выпот в брюшную полость. Учитывая признаки перитонита, больной проведена лапаротомия. В ходе проведенной операции выявлен гнойный выпот в брюшной полости, фибрин с примесью тонкокишечного содержимого. На всем протяжении тонкого кишечника, вплоть до илеоцекального угла, выявлено 8 перфоративных отверстий, а также изменения в стенке кишки с признаками казеозного некроза. Брыжейка инфильтрирована, с множественными пакетами лимфоузлов. Выполнена ревизия, резекция пораженного участка тонкой кишки, с наложением еюнотрансверзоанастомоза по типу «бок в бок», проведена назогастроинтестинальная интубация кишечника, санация, дренирование брюшной полости. По данным результатов гистологического исследования тонкого

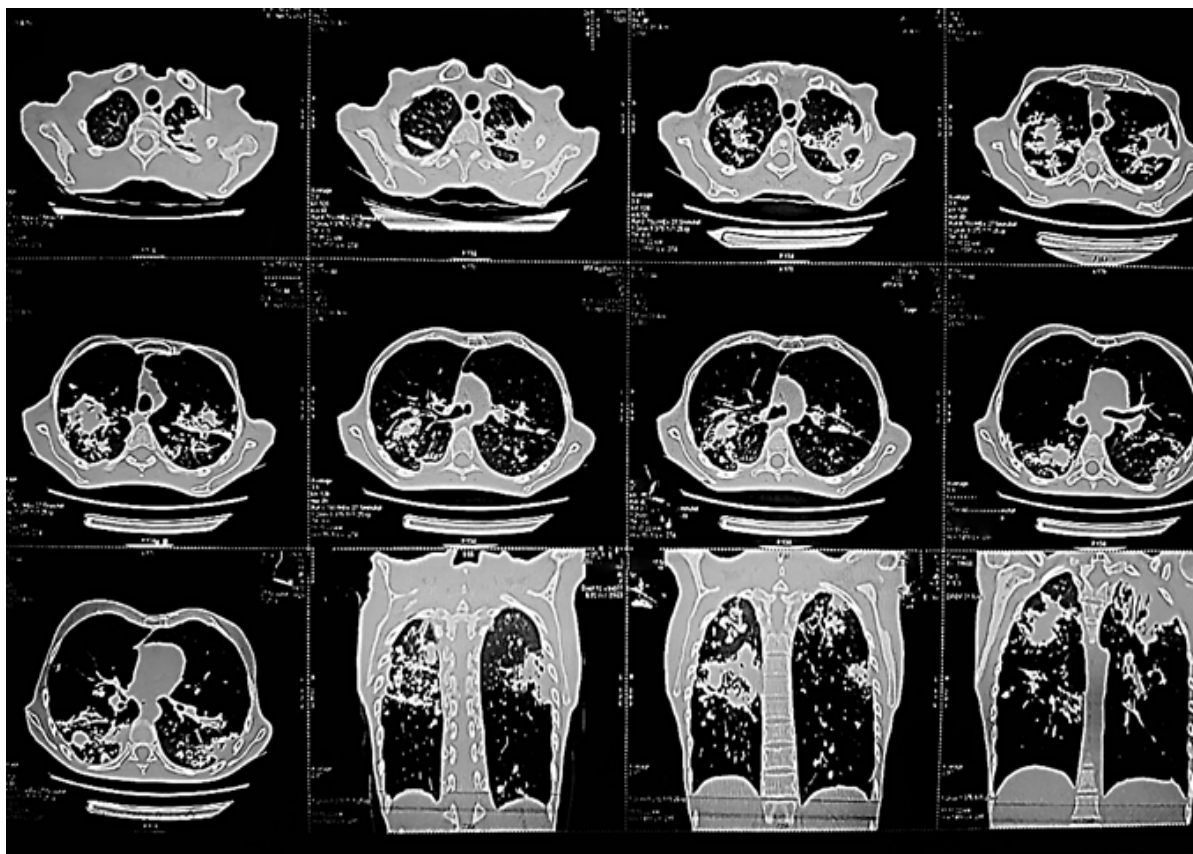


Рис. 1. Мультиспиральная компьютерная томография. Множественные очаги туберкулеза по всем легочным полям, в верхней доле правого легкого тонкостенная каверна.

кишечника слизистая оболочка отёчная, полнокровная, шероховатая, отмечается утолщение стенки до 5 см, неоднородная, слои неразличимы. Во всех взятых участках отмечается выраженное гранулематозное воспаление. Гранулемы с большим количеством казеозного некроза с обилием гигантских клеток Пирогова-Лангханса.

На стационарном этапе выполнена мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки, по результатам которой обнаружены мелкоочаговые диссеминации по всем легочным полям, в верхней доле правого легкого тонкостенная каверна размером 30x22 мм. Диаскин-тест положительный (папула 24 мм, гиперемия 30 мм, отмечаются везикуло-некротические изменения в центре папулы). Результат исследования мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) отрицательный. Выявлена МБТ в кале.

На основании клинических, объективных и инструментальных данных выставлен диагноз «ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний, фаза прогрессирования на фоне отсутствия ВААРТ. Генерализованный туберкулез. Туберкулез тонкого кишечника.

Множественные перфорации тонкой кишки. Разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации и распада. МБТ (-)».

Пациентка после стабилизации состояния переведена в противотуберкулезный стационар для проведения дополнительного обследования и продолжения лечения. Больной назначено комплексное лечение по III режиму химиотерапии. Ежедневно больная получает 4 противотуберкулезных препарата: пипразинамид 1000 мг, изониазид 300 мг, рифампицин 300 мг, этамбутол 600 мг. С учетом развития перитонита назначена неспецифическая антибактериальная терапия с применением метрогила 1000 мг парентерально. Также проводилась дезинтоксикационная инфузионная и другая симптоматическая терапия. Возобновлена антиретровирусная терапия.

На фоне терапии в послеоперационном периоде сохраняются жалобы на умеренную болезненность в месте оперативного вмешательства, самостоятельная дефекация восстановлена на 7 сутки, сохраняется периодический кашель с отхождением скудной слизисто-гнойной мокроты, умеренная общая

слабость. На фоне проведения активного противотуберкулезного лечения достигнута положительная динамика в течении туберкулеза тонкого кишечника.

Данный клинический случай демонстрирует редкое проявление туберкулеза с поражением тонкого кишечника на фоне ВИЧ-инфекции.

В последнее время растет доля пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом. Сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции меняет патогенез туберкулезного процесса с потерей типичных клинических признаков и развитием генерализованных проявлений. Все это сопровождается трудностью в диагностическом и терапевтическом подходе к данному заболеванию, что необходимо помнить врачам.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Поддубная Л.В. Туберкулез органов брюшной полости у больных туберкулезом легких / Л.В. Поддубная, Т.В. Зырянова, Т.И. Петренко, и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – №5 (153). – С. 38-43.
2. Ким С.Х., Ким Дж.В., Чжон Дж.Б., Ли К.Л., Ким Б.Г., Чхве Ю.Х. Дифференциальная диагностика болезни Крона и туберкулеза кишечника у больных со спонтанной перфорацией тонкой кишки. *Dig Surg* 2014 31:151–156.
3. Тянь Г, Сяо И, Чен Б, Гуань Х, Дэн Цюй. Многоочаговый абдоминальный туберкулез имитирует злокачественное новообразование на ПЭТ/КТ с 18F-ФДГ: отчет о трех случаях. *World J Gastroenterol* 2010;16:4237–4242.
4. Махария Г.К., Гошал У.К., Рамакришна Б.С. Прерывистая терапия абдоминального туберкулеза под непосредственным наблюдением: многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование, сравнивающее 6-месячную и 9-месячную терапию. *Clin Infect Dis* 2015; 61: 750–757.
5. Круглякова Л.В. Абдоминальный туберкулез в работе врача общей практики / Л.В. Круглякова, С.В. Кругляков // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2018. – Выпуск 67. – С. 77-82.

^{1,2}Аксенова Т.А., ²Сиренко А.Н.,

^{1,2}Царенок С.Ю., ^{1,2}Горбунов В.В.,

²Маккавеева О.Н., ²Роговская М.Н.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ПАННИКУЛИТОМ И ЭНДОКАРДИТОМ В РАМКАХ СМЕШАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

²ЧУЗ Клиническая больница «РЖД-Медицина» (директор к.м.н. Макаров В.Ю.)

Введение: Недифференцированное смешанное заболевание соединительной ткани – патология, характеризующаяся наличием клинических и серологических проявлений, свидетельствующих о системных аутоиммунных заболеваниях, но не отвечающих классификационным критериям определенного заболевания соединительной ткани [1]. При данной патологии часто выявляется антинуклеарный фактор (АНФ) и в то же время отсутствуют специфические антиядерные антитела. По мнению ведущих зарубежных ревматологов, недифференцированное заболевание соединительной ткани представляет собой раннюю стадию ревматологических заболеваний, при динамическом наблюдении больные могут развивать определенные нозологические формы аутоиммунной патологии [2].

Классическое смешанное заболевание соединительной ткани описано в 1972 г. G. Sharp, к большим критериям данного заболевания были отнесены тяжелый миозит, поражение легких, синдром Рейно и/или гипомобильность пищевода, отек кистей и/или склеродактилия, позитивность по АНФ и негативность по анти-Sm; малыми критериями были названы алопеция, лейкопения, анемия, тромбоцитопения, плеврит, перикардит, артрит, невралгия тройничного нерва, скуловая сыпь, легкий миозит и отек кистей в анамнезе [3].

Патология, характеризующаяся наличием клинических и серологических проявлений, характерных для системных аутоиммунных заболеваниях, но не отвечающая диагностическим критериям определенной болезни соединительной ткани, порой встречаются в клинической практике, однако истинная распространенность ее остается неизвестной. Большую часть пациентов, страдающих недифференцированными

заболеваниями соединительной ткани составляют молодые женщины, у них не развивается полноценные заболевания соединительной ткани. Течение таких болезней часто стабильно, выявляется полисиндромность и вариабельность клинической картины. Одним из гетерогенных проявлений аутоиммунной патологии является воспаление подкожной клетчатки – панникулит. Классически данная патология протекает с поражением подкожной жировой клетчатки и вовлечением в процесс опорно-двигательного аппарата и внутренних органов.

Цель: Проанализировать клиническое течение недифференцированного смешанного заболевания соединительной ткани у молодой пациентки с панникулитом и эндокардитом.

Данные наблюдения: Пациентка Д., азиатской расы, 43 лет, считает себя больной с апреля 2022 г., когда отметила постепенное появление в обеих ягодичных областях болезненных уплотнений в подкожной жировой клетчатке с изменениями кожи над ними. В июне 2022 г. отметила возникновение болей воспалительного характера в проксимальных и пястно-фаланговых суставах, затем боли в коленных, локтевых суставах, суставах стоп. Явлений артрита не было. Принимала нестероидные противовоспалительные препараты с умеренным эффектом, на рентгенограмме без признаков деструкции.

С начала сентября 2022 г. стала отмечать повышение температуры тела до 38 °С, общую слабость, ознобы, терапевтом назначены вначале противовирусная, затем антибактериальная терапия с умеренным эффектом. 12.09.2022 г. проведена компьютерная томография органов грудной клетки, не выявившая изменений со стороны легких и средостения. В анамнезе жизни рак щитовидной железы от 2018 г., хирургическое лечение совместно с радиойодтерапией от 2018 г., принимает заместительную терапию L-тироксином в дозе 175 мкг/сутки, наблюдается у эндокринолога.

Пациентка была госпитализирована в терапевтическое отделение ЧУЗ «Клиническая больница РЖД-Медицина г. Чита» 26 сентября 2022 г. с жалобами на чувство «жжения» и уплотнения в области ягодиц, боли в мелких суставах кистей, в правом коленном суставе, повышение температуры тела до 38 °С, общую слабость, сухость во рту, отсутствие аппетита, периодически тошноту. При осмотре: состояние

удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Нормостенический тип телосложения. Рост 161 см, вес 52 см, ИМТ 20 кг/м², температура тела 36,6 °С. Кожные покровы бледные, умеренно влажные, в ягодичных областях в верхнем наружном квадранте отмечается атрофия подкожно-жировой клетчатки с очагами гиперпигментации, болезненная при пальпации, склонная к втяжению, более выражена слева (представлены на фото 1). Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Болезненность при пальпации правого коленного сустава, II-IV пястно-фаланговых суставов кистей с 2-х сторон. Грудная клетка правильной формы, симметричная. При перкуссии определяется ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 70 уд. в минуту. Приглушение 1 тона на верхушке и у основания мечевидного отростка, на верхушке сердца и вдоль левого края грудины грубый систолический шум. АД 120 и 85 мм рт. ст. на обеих руках. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени и селезенки не изменены. Стул и диурез в норме.



Фото 1. Ягодичная область пациентки Д, сентябрь 2022 г.

При лабораторном исследовании выявлена анемия до 107 г/л, ускорение СОЭ до 64 мм/час, уровень лейкоцитов $1,47 \cdot 10^9$ /л, повышенный ЛДГ до 375 е/л, креатинин, АЛТ, АСТ в норме. Антитела к циклическому цитрулированному пептиду менее 7 ед/мл (норма), С-реактивный белок (СРБ) 0,77 мг/л (норма до 5,0), ревматоидный фактор 6,3 МЕ/мл (норма до 14). Исследование методом иммуноблотинга от 23.09.2023: SSA/Ro-52+/-, dsDNA ++, Hystones+, Nucleosomes+, антинуклеарный фактор 1:640. Гормоны щитовидной железы: тиреотропный

гормон 0,02 мкМЕ/мл, Т4 св 20,09 пмоль/л. Прокальцитонин 0,09 нг/мл. Кровь на стерильность: рост микрофлоры не выявлен.

По данным эхокардиографии (ЭхоКГ) выявлены признаки фиброза створок митрального клапана с митральной недостаточностью 3 степени. Не исключается наличие межпредсердного сообщения. Трикуспидальная недостаточность 3-4 степени. Фиброгастроуденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек без значимой патологии. Пациентка осмотрена коллегиально, выставлен основной диагноз: Недифференцированное смешанное заболевание соединительной ткани: панникулит, артралгия, панцитопения, лихорадка, эндокардит с поражением митрального и трикуспидального клапана, митральная недостаточность 3 степени, трикуспидальная недостаточность 3-4 степени, аутоиммунный гепатит, SSA/Ro-52+/-, dsDNA ++, Hystones+, Nucleosomes+, антинуклеарный фактор 1:640. Сопутствующий диагноз: Первичный послеоперационный гипотиреоз, медикаментозная компенсация. Решение консилиума: ввиду отсутствия вегетаций на клапанах сердца, убедительных данных за инфекционный эндокардит нет, рекомендовано к лечению: Таб. Гидроксихлорохин 200 мг по 1 таб 2 р/д, постоянно, Таб. метилпреднизолон 6 табл в сутки (30 мг/сутки в перерасчете на преднизолон), 3 недели с последующим снижением дозы, учитывая сохраняющуюся лихорадку проведено лечение нестероидными противовоспалительными препаратами, антибактериальными препаратами Меропенем и Левифлоксацин в средних терапевтических дозах в течение 7 дней, препаратами железа и витаминами группы В.

На фоне лечения на 7-е сутки пациентка стала отмечать улучшение самочувствия, болевой синдром уменьшился, температура тела нормализовалась, уплотнения в ягодичных областях уменьшились, болезненность при пальпации уплотнений в ягодичных областях уменьшилась, кожа над областью уплотнений менее гиперпигментирована, втяжение уменьшилось. Была выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение ревматолога, с улучшением. Продолжала прием Таб. Гидроксихлорохина 200 мг по 1 таб 2 р/д, Таб. Метипреда 4 мг по 4 таб утром, 2 таб в обед.

Через 1 месяц сохранялась положительная динамика – уплотнения в ягодичной

области значительно уменьшились, легкая гиперпигментация над областью уплотнений, при пальпации безболезненные, незначительное втяжение в области уплотнений (фото 2), лихорадка не рецидивировала.



Фото 2. Динамика изменений ягодичной области пациентки Д. через 1 месяц наблюдения (октябрь 2022 г.)

При аускультации систолический шум над верхушкой сердца уменьшился, в общем анализе крови отмечается уменьшение СОЭ до 28 мм/час, АНФ снизился до 1:160. Положительную динамику продемонстрировало ЭхоКГ от 01.11.2022: неравномерное уплотнение митральных створок и подклапанных структур без дополнительных образований, митральная регургитация 1 степени. Незначительное уплотнение аортальных створок с мелкими подвижными нитевидными структурами на клапане, аортальная регургитация 1/0-1 степени. Незначительное уплотнение трикуспидальных створок, трикуспидальная регургитация 2 степени. Полости сердца не расширены. Расчетное давление в легочной артерии 28 мм рт. ст. Открытое овальное окно с минимальным шунтом 2 мм. Сепарации листков перикарда нет. Выполнена чрезпищеводная эхокардиография, выявившая комплекс малых аномалий развития сердца: небольшой прогиб межпредсердной перегородки глубиной 5-6 мм (мобильная перегородка) без патологического шунтирования крови. Физиологический прогиб створок митрального клапана до 4 мм с незначительной митральной регургитацией 1-2 степени. Единичные нитевидные структуры на створках нормально сформированного, неизменного клапана (вероятно собственные структуры клапана), функция клапана не нарушена. Малозначимая допустимая трикуспидальная регургитация на створках визуально неизменного трикуспидального

клапана. Консультирована кардиохирургом, оперативное лечение не показано.

За время наблюдения у пациентки сохранялось хорошее самочувствие, вместе с тем через 5 месяцев после начала лечения при уменьшении суточной дозировки метилпреднизолона до 10 мг появились боли в коленных суставах, в области подколенной ямки справа появилось уплотнение, безболезненное при пальпации. В о/а крови сохранялись снижение уровня гемоглобина до 105г/л, ускорение СОЭ 18 мм/час, при этом СРБ, Д-димер, АНФ в пределах референсных значений. Ультразвуковым сканированием тромбоза вен не выявлено, признаки наличия свободной жидкости в полости обоих коленных суставов. Учитывая рецидив артрита, к лечению добавлен раствор Метотрексат 10 мг п/к 1раз в неделю, на фоне данной терапии явления артрита купированы.

Заключение: клиническое наблюдение недифференцированного смешанного заболевания соединительной ткани, дебютировавшее панникулитом, артралгией мелких суставов, с дальнейшим развитием панцитопении, лихорадки, эндокардита с поражением митрального и трикуспидального клапана, аутоиммунного гепатита и артрита коленных суставов, показывает необходимость ознакомления специалистов различных специальностей о наличии данной патологии. Постановка данного диагноза затруднена ввиду клинической полисиндромности и различных лабораторных проявлений, которые маскируются под проявления других заболеваний. Течение болезни часто вариабельно и в определенной мере резистентно к терапии, что и демонстрирует данный клинический случай.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Шаяхметова Р.У., Ананьева Л.П. Смешанное заболевание соединительной ткани. Современная ревматология. 2019;13(1):11–18
2. Permueller P.H. Undifferentiated Connective Tissue Disease, Mixed Connective Tissue Disease, and Overlap Syndromes in Rheumatology. *Mo Med.* 2016 Mar-Apr;113(2):136-40
3. Sharp GC, Irvin WS, Tan EM, et al. Mixed connective tissue disease: an apparently distinct rheumatic disease syndrome associated with a specific antibody to an extractable nuclear antigen. *Am J Med.* 1972 Feb;52(2): 148-59

УДК: 616.995.122

Ханина Ю.С., Сережникова И.А., Михайличенко М.И.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ ОПИСТОРХОЗА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

Описторхоз – гельминтное заболевание из группы трематодозов, вызываемое плоскими паразитическими червями класса сосальщиков и протекающее с поражением гепатопанкреатобилиарной системы. Трематодозы печени (кошачьи двуустки, сосальщики) относятся к семейству Opisthorchiidae (*Opisthorchis felinus*, *Opisthorchis viverrini*, *Clonorchis sinensis*). Наибольшее значение в заболевании человека в пределах России принадлежит *Opisthorchis felinus*. Заражение происходит при употреблении в пищу инвазированной рыбы. Пораженность трематодозами составляет около 17 млн человек, а риску заражения подвержено около 350 млн человек, проживающих в 13 странах.

Описторхоз распространен преимущественно на территориях бассейнов рек Оби, Иртыша, Волги, Камы, Днепра. Имеются данные о наличии очагов низкой интенсивности на притоках Енисея, в бассейне Урала, Северной Двины. Многие из инвазированных лиц не проводят диагностические исследования. Часть больных описторхозом в течение длительного времени проходят лечение по поводу других заболеваний.

Развитие описторхисов происходит с трехкратной сменой хозяев: первым промежуточным хозяином выступают моллюски, вторым промежуточным – пресноводные рыбы семейства карповых (лещ, сазан и др.) и окончательным – млекопитающие (кошка, собака, лисица, выдра, песец, соболь, человек), питающиеся рыбой. Окончательные хозяева выделяют яйца с личинками во внешнюю среду вместе с фекалиями. Попадая в водоем, яйца заглатываются пресноводными моллюсками рода *Codiella*, в организме которых претерпевают изменения: сначала из яйца выходит мирацидий, который последовательно превращается в спороцисту, редию и церкария. Хвостатая личинка (церкарий) выходит из тела моллюска и в водоеме прикрепляется к телу карповых рыб, внедряется в соединительную и мышечную

ткань, где инцистируется, превращаясь в метацеркарий. Находясь в теле рыб, через 6 недель личинки становятся инвазионными, т. е. приобретают способность вызывать описторхоз у окончательных хозяев.

Заражение человека и животных происходит при употреблении инвазированной, плохо обработанной (сырой, малосоленной) рыбы. В желудочно-кишечном тракте окончательного хозяина под действием дуоденального сока капсула и оболочки личинок растворяются, в результате чего метацеркарии мигрируют в общий желчный проток, внутривенные желчные протоки, а также в протоки поджелудочной железы. В гепатопанкреатобилиарной системе через 3-4 недели метацеркарий превращается в зрелого описторхиса, способного продуцировать яйца. Полный цикл развития гельминта от стадии яйца до половозрелой особи длится 4-4,5 месяца. Инвазированность человека описторхисами может варьировать от нескольких единиц до десятков тысяч. В организме окончательного хозяина данный гельминт может паразитировать 20-25 лет.

Для острой стадии доминирующим является токсикоаллергический синдром, обусловленный воздействием метаболитов, выделяемых личинками гельминтов при их миграции и созревании. Ранняя стадия характеризуется отеком, пролиферацией и десквамацией эпителия желчных протоков, его метаплазией с образованием бокаловидных клеток и мелких железоподобных образований, выделяющих в желчь большое количество слизи. Стенки желчных протоков подвергаются склерозированию, эпителий в них слущен, в просвете скапливаются нагноившаяся желчь и описторхисы. Желчь в большинстве случаев инфицирована; чаще всего в ней находят кишечную палочку. В протоках образуются множественные внутри- и внепеченочные холангиоэктазы, вплоть до ретенционных кист в печени и на ее поверхности. Характерным является также развитие стриктур термального отдела холедоха и пузырного протока. Поражение поджелудочной железы отмечается у 1/3 больных описторхозом, страдает внутрисекреторная и внешнесекреторная функции поджелудочной железы.

Диагностика описторхоза основывается на обнаружении яиц описторхисов в дуоденальном содержимом и в кале, результатах серологических реакций, данных биохимического анализа крови, инструментальных исследований (УЗИ,

холецистохолангиографии, компьютерная томография).

Описание клинического случая. Пациентка С., 48 лет обратилась в клинику с жалобами на периодические ноющие боли в правом подреберье после приема пищи, незначительную желтушность кожных покровов. При объективном осмотре общее состояние удовлетворительное, язык влажный обложен желтоватым налетом, живот мягкий безболезненный.

Больной проведена абдоминальная ультразвуковая диагностика, компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза, определение лабораторных показателей (биохимическое исследование крови). При ультразвуковой картине органов брюшной полости выявлено увеличение объема желчного пузыря до 35 см³, сладж-синдром, расширение общего желчного протока до 10 мм. При компьютерной томографии определялась гемангиома правой доли печени, расширение желчных протоков, застойный желчный пузырь и расширение панкреатического протока. Лабораторные исследования: АСТ 30 ед/л, АЛТ 24 ед/л, билирубин общий 11.2 мкмоль/л (прямой 1 мкмоль/л, непрямой 10.2 мкмоль/л). Кровь на маркеры гепатита отрицательная. ОАК, ОАМ без особенностей. Госпитализирована в стационар, где была проведена консервативная терапия (инфузионная, антибиотикотерапия). При выписке отмечала улучшение состояния. Кожные покровы обычные. На контрольном УЗИ общий желчный проток 7 мм, размеры желчного пузыря в норме. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача по месту жительства.

Через 2 недели появилась желтушность кожных покровов, постоянные боли в правом подреберье. Ночью боль немного уменьшалась, под утро усиливалась и появлялась тошнота. Иногда боли имели резкий кратковременный характер, по типу прокола иглой. Отмечалось вздутие живота, урчание в месте локализации боли, внезапно возникающий жидкий стул оранжевого (желтого) цвета, с мелкими пузырьками газа, отрыжка. Данные жалобы связывала со стрессом. Объективно состояние удовлетворительное. По системам и органам без особенностей. Язык влажный, обложен желтоватым налетом. Кожные покровы желтушные. Живот мягкий, безболезненный. Учитывая анамнез, ранее проведенную диагностику и лечение, пациентке назначена бесконтрастная МР-холангиопанкреатография.

Из заключения: Расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков. Гемангиома правой доли печени. Наличие конкрементов в желчном пузыре и протоках не определялось. Лабораторно – АСТ 41 ед/л, АЛТ 32 ед/л, билирубин 32,4 мкмоль/л (прямой 20,5 мкмоль/л, непрямой 11.9 мкмоль/л). Общий анализ крови и мочи без особенностей. При ультразвуковом исследовании выявлено незначительное расширение внутрипеченочных протоков, желчный пузырь обычных размеров, стенка не утолщена, внутри просвета определяются изо-, гиперэхогенные линейные включения, неправильной формы, общий желчный проток расширен до 9 мм. Лечащим врачом пациентке выставлен диагноз: Хронический бескаменный холецистит, обострение. Расширение желчных протоков. Рекомендовано соблюдение диеты и назначена консервативная терапия, включающая в себя следующие препараты (альфа-нормикс, бускопан, дюспаталин, урсосан, закофальк). В течение 7 дней состояние больной улучшилось, при контрольном исследовании уровень билирубина достиг нормальных показателей. Желтушность кожных покровов сохранялась и беспокоило чувство дискомфорта в правом подреберье. Пациентка покинула Забайкальский край по семейным обстоятельствам. По прибытию в другой регион (г. Новосибирск) состояние резко ухудшилось, появились выраженные боли в верхней половине живота, была однократная рвота, лихорадка. Госпитализирована в стационар. Проведена МР-холангиопанкреатография, ультразвуковое исследование, лабораторная диагностика (биохимия крови, общий анализ крови), эластография печени. По результатам исследования общего анализа крови выявлена эозинофилия, незначительный лейкоцитоз, ускорение СОЭ. Пациентке проведено исследование на наличие антител к антигенам кошачьей двуустки. По результатам исследования выставлен диагноз описторхоз, назначена соответствующая консервативная терапия.

На контрольном УЗИ через месяц патологии не выявлено, биохимические показатели и общий анализ крови в норме.

Таким образом, клиника острого и хронического описторхоза неспецифична. Дифференциальная диагностика описторхоза сложная из-за отсутствия симптомов и синдромов специфичных только для данного заболевания. При легких и среднетяжелых формах описторхоза прогноз обычно благоприятный,

хотя возможны случаи повторной гельминтной инвазии. При возникновении гнойного холецистита и перитонита исход зависит от полноты и скорости оказания хирургической помощи. Прогностически неблагоприятно развитие острой печеночной недостаточности, рака печени, поджелудочной железы или холангиокарциномы.

Так как Забайкальский край не является зоной риска по заболеваемости описторхозом, в данном случае диагноз не был выставлен своевременно и пациентка длительное время проходила лечение по поводу другого заболевания. Следует отметить, что на втором этапе диагностического поиска при ультразвуковом исследовании были выявлены внутри просвета желчного пузыря изо- и гиперэхогенные линейные включения неправильной формы, что могло бы насторожить лечащего врача в отношении наличия паразитарного заболевания.

Действия по предотвращению заражения описторхозом включают лечебно-профилактическую работу (выявление и дегельминтизацию инвазированных), эпидемиологические мероприятия (защиту водоемов от загрязнения фекалиями человека и животных, соблюдение технологии обработки и приготовления рыбы, уничтожение моллюсков), санитарно-просветительную работу (информирование населения).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аринжанов А.Е., Лядова А.Ю. Описторхоз: эпидемиология, профилактика, лечение // Территория науки, 2016. № 6. С. 7-13.
2. Всемирная организация здравоохранения. Трематодные инфекции пищевого происхождения. – Информационный бюллетень, февраль 2018. [Электронный ресурс].
3. Григорьева И.Н. Описторхоз: традиции и инновации // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2012. № 4. С. 54-59.
4. Кузнецова В.Г., Краснова Е.И., Патурина Н.Г. Описторхоз в клинической практике врача-инфекциониста // Лечащий врач. – 2013.
5. Описторхоз. – Журнал «Вестник инфектологии и паразитологии». [Электронный ресурс], 2018.
6. Описторхоз: учебное пособие / К.И. Чуйкова, В.Л. Якимов, Ю.В. Минакова, Е.И. Петрова, О.А. Попова. – Изд-во СибГМУ, 2016 – 71 с.
7. Ильинских Е.Н. Актуальные вопросы изучения проблемы описторхоза в Сибири // Бюллетень сибирской медицины. – 2002. – Вып. 1. – С. 63-70.

Губик Е.А., Кузина Т.В., Будников А.А.
**СЛУЧАЙ ЛЕКАРСТВЕННО-
ИНДУЦИРОВАННОГО ПОРАЖЕНИЯ
ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОГО
С ПРИЕМОМ АМИОДАРОНА**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

Одной из актуальных проблем в клинической практике является развитие побочных реакций, требующих лечения, а также коррекции терапии основного заболевания. При этом легкие являются одной из наиболее частых мишеней лекарственных поражений, уступая по частоте лишь коже и пищеварительной системе [1, 2]. Диагностировать заболевания легких, индуцированные приемом лекарственных препаратов сложно, поскольку клинические и морфологические проявления весьма вариабельны.

Одним из таких пневмотоксических препаратов является амиодарон, который широко используется для лечения желудочковых и наджелудочковых аритмий. Считается, что амиодарон и его метаболиты способны напрямую повреждать клетки легочной ткани за счет цитотоксического эффекта, так как инициируют выработку кислородных радикалов [3]. Метаболиты амиодарона связывают фосфолипиды альвеолярных макрофагов, препятствуя их распаду, в результате чего они откладываются в виде пластинчатых телец в альвеолярных пространствах и приводят к замедлению диффузии газов [1, 3]. Кроме того, повреждение осуществляется опосредованно, через иммунный механизм, что подтверждается наличием цитотоксических Т-клеток в бронхоальвеолярном лаваже пациентов [3].

Установлено, что для возникновения токсического поражения легочной ткани характерен дозозависимый эффект. Развитие «амиодаронового легкого» отмечается у 0,1-0,5% пациентов, принимающих препарат в дозе 200 мг/сут. и у 15%, принимающих его в дозе более 500 мг/сут [4-6]. Также одним из факторов риска в структуре развития «амиодаронового легкого» является длительность приема лекарственного препарата. Чаще всего данное осложнение развивается через 18-24 месяцев терапии [7].

Несмотря на то, что данная патология известна в медицинском сообществе, в некоторых ситуациях возникают трудности диагностики поражений легких, связанных с приемом амиодарона.

В данной публикации вашему вниманию представлен клинический случай развития токсического поражения легочной ткани на фоне терапии амиодароном у пациента с фибрилляцией предсердий.

Клинический случай. Пациент К., 1945 года рождения, обратился в приемный покой ГУЗ «Краевая клиническая больница» г. Читы с жалобами на общую слабость, одышку, возникающую при ходьбе, давящую боль в грудной клетке интенсивность которой нарастала при глубоком вдохе, кашель с небольшим количеством бесцветной мокроты, температуру тела 37,5 °С. Дыхание везикулярное, определялась крепитация в базальных отделах легких с двух сторон. В общем анализе крови лейкоцитоз – $13,2-18,6 \times 10^9$ л. и ускорение СОЭ до 16 мм/ч.

Из анамнеза известно, что пациент состоял на учете у кардиолога около 20 лет. Принимает постоянно антигипертензивные, кардиотонические препараты и амиодарон около 10 лет в дозировке 200 мг в сутки перорально.

Также мужчина сообщил, что две недели назад при обращении в поликлинику по месту жительства с жалобами на одышку, кашель и повышение температуры тела, ему была проведена рентгенография ОГК, по результатам которой выставлен диагноз «двусторонняя полисегментарная пневмония». От госпитализации отказался.

При поступлении в стационар проведена обзорная рентгенография ОГК (рис. 1) По результатам которой было дано заключение: двусторонняя нижнедолевая полисегментарная пневмония. Расширение тени сердца.



Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной клетки пациента К., 1945 г.р.

Пациент был госпитализирован в отделение кардиологии с диагнозом ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения II ФК. Фибрилляция предсердий, постоянная форма, тахисистолический вариант. ХСН II Б стадии (II ФК), артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. Сопутствующий диагноз: двусторонняя внебольничная полисегментарная пневмония.

Спустя три дня с момента госпитализации родственниками больного были представлены рентгенограммы ОГК, выполненные в амбулаторно-поликлиническом подразделении десять дней назад. При ретроспективном анализе представленных снимков определялась идентичная рентгенологическая картина сравнительно с настоящим исследованием.

С учетом факта приема амиодарона в анамнезе, отсутствия динамики при рентгенологическом исследовании, исключения инфекционных и других причин поражения легочной ткани, а также неэффективность антибактериальной терапии было предположено лекарственно-индуцированное заболевание легких. Прием амиодарона был отменен. Контрольное рентгенологическое исследование было рекомендовано через 3 месяца.

В качестве контрольного исследования пациенту через месяц была проведена компьютерная томография ОГК (рис. 2): на серии томограмм очаговые и инфильтративные изменения не визуализируются. Полисегментарно с двух сторон определяются ретикулярные изменения в виде мелкоячеистой перестройки, деформации и утолщения внутридольковых перегородок. Бронхи проходимы. Корни структурные. В средостении образований и увеличенных лимфоузлов не определяется.

Заключение: Интерстициальное поражение легких.

Таким образом, на фоне отмены амиодарона и лечения преднизолоном, отмечалась положительная динамика.

Спустя 4 месяца было выполнено контрольное компьютерно-томографическое исследование ОГК (рис. 3), при котором проявлений интерстициального поражения легких не выявлено.

После проведенных контрольных исследований и положительной динамики на фоне отмены препарата, а также на основании данных анамнеза (длительный постоянный прием амиодарона, исключение других потенциальных причин легочных изменений)

был выставлен диагноз: лекарственно-индуцированное интерстициальное поражение легких, связанное с приемом амиодарона.

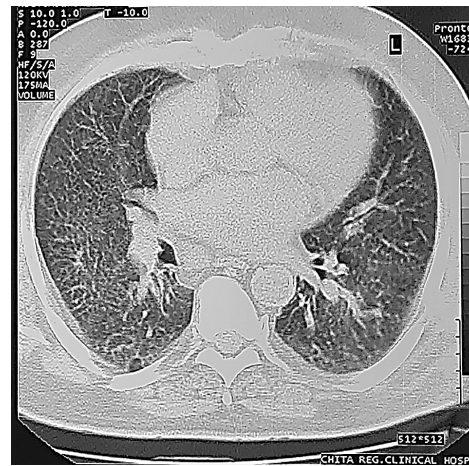
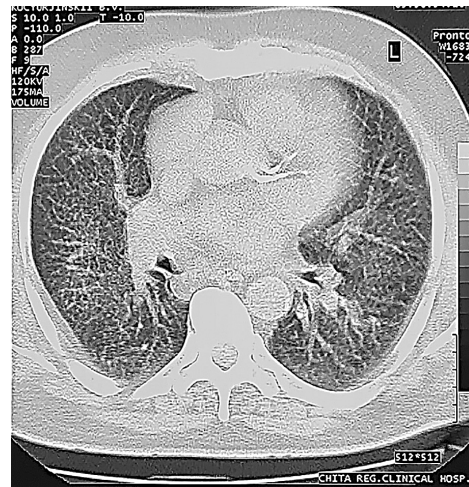


Рис. 2. Компьютерная томография органов грудной клетки пациента К., 1945 г.р.

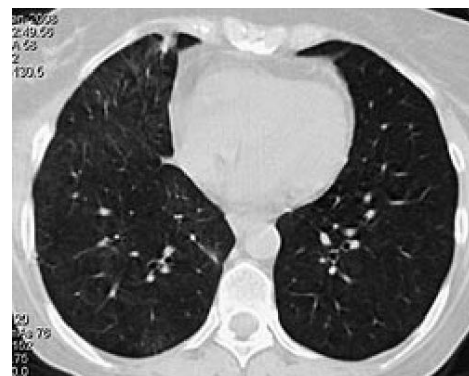


Рис. 3. Компьютерная томография органов грудной клетки пациента К., 1945 г.р., спустя 4 месяца.

Обсуждение. Сложность диагностики была обусловлена неспецифичными клиническими проявлениями, отсутствием настороженности лечащих врачей, поверхностным сбором

лекарственного анамнеза, отсутствием динамического наблюдения, а также низкой разрешающей способностью рентгенографии в выявлении интерстициального поражения. При рентгенологическом исследовании характерны такие изменения, как симптом «матового стекла», билатеральные, часто асимметричные интерстициальные или альвеолярные инфильтраты, с вовлечением всех легочных полей, утолщение междолькового и перибронховаскулярного интерстиция, пневмофиброз и картина «сотого легкого» [5]. Следует отметить, что рентгенологическая картина неспецифична и имеет широкий дифференциально-диагностический ряд заболеваний, включая пневмонию, туберкулез, профессиональные и системные заболевания легких, идиопатический легочный фиброз и многое другое.

Заключение. Данное клиническое наблюдение показывает, что провести дифференциальную диагностику возможно при условии детального изучения рентгенологических изменений, в том числе при динамическом наблюдении, а также внимательного исследования клинической картины и лекарственного анамнеза.

Литература:

1. Трофименко И.Н., Черняк Б.А. Лекарственно-индуцированные интерстициальные поражения легких. Медицинский совет № 5, 2016 г. С. 52-59
2. Цветкова О.А., Воронкова О.О., Абдуллаева Г.Б. Острое лекарственное поражение легких на фоне приема амиодарона. Кардиология, 2018 г. том 58 № 11 С. 102-108
3. Ватутин Н.Т., Тарадин Г.Г., Гриценко Ю.П. Поражение легких как осложнение терапии амиодароном. Пульмонология. 2016; том 26 № 2: С. 246–253
4. Веллс А.У., Хирани Н. Интерстициальные заболевания легких: клинические рекомендации Британского торакального общества совместно с Торакальным обществом Австралии и Новой Зеландии и Ирландским торакальным обществом. Часть 1. Пульмонология № 4'2009 год. С. 11-57
5. Орлова Г.П., Илькович М.М., Николаева Ю.В., Сперанская А.А. Амиодарон-индуцированный экзогенный токсический альвеолит (анализ данных литературы и собственных наблюдений). Доктор.ру № 3 (104) — № 4 (105) 2015. С. 44-49
6. Chan E.D., King T.E. Amiodarone pulmonary toxicity. 2017. <https://www.uptodate.com/contents/amiodarone-pulmonary-toxicity/contributors>
7. Трофименко И.Н., Черняк Б.А. «Амиодароновое» легкое: обзор литературы и собственные наблюдения. – Фарматека. – 2018. – № 3. – <https://dx.doi.org/10.18565/pharmateca.2018.3.26-33>

**МАТЕРИАЛЫ ЧЕТВЕРТОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК»**

Глубокоуважаемые коллеги!

11 мая 2023 г. состоялась четвертая научно-практическая конференция «Здоровый ребенок», посвященная 70-летию юбилею академии. В очередной раз мы собрались вместе, чтобы обсудить самые важные вопросы, возникающие в нашей ежедневной работе. С приветственным словом к участникам конференции выступили заместитель начальника отдела охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Забайкальского края Е.В. Буянова и декан педиатрического факультета к.м.н. А.Б. Долина. На конференции освещались проблемы профилактической педиатрии, в том числе и вопросы профилактики пищевой аллергии, эпидермальной протекции, реабилитации, скринингу туберкулеза детского населения Забайкальского края, школьной зрелости детей и распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний детского возраста. Были представлены редкие клинические случаи в педиатрической практике, опыт эндоскопического удаления инородных тел, данные о постковидном синдроме и влиянии SARS-CoV-2 на младенцев, родившихся от матерей с COVID-19, муковисцидозе, бронхиальной астме у детей, освящены клинические проявления дисплазии соединительной ткани и вопросы диагностики врожденных пороков развития почек и мочевыводящих путей, редких коагулопатий. Завершилось мероприятие выступлениями, посвященными историческим вехам развития педиатрической службы края, образования и становления медицинской академии и педиатрического факультета, праздничным поздравлением и награждением ветеранов педиатрической службы, представителей практического здравоохранения.

Сборник материалов конференции охватывает самую широкую повестку актуальных проблем педиатрии, и будет интересен широкому кругу читателей.

УДК 616.6-053.2-056.7

Батаева Е.П.

**ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК
И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия**

Врожденные пороки развития (ВПР) органов мочевой системы (ОМС) являются одной из основных причин развития ренальной почечной недостаточности у детей и взрослых, а также органическим фоном для развития хронических воспалительных заболеваний почек и мочевыводящих путей (МВП).

Врожденные пороки развития почек и мочевыделительной системы (МВС) – это устойчивые анатомические аномалии развития ОМС, возникшие под действием тератогенных факторов, генетических мутаций либо других неидентифицированных причин. Данная патология составляет 15-17% в структуре пренатально диагностируемых ВПР [1] и стабильно занимает одно из первых мест в структуре врожденной патологии всех органов и систем, встречаясь от 20 до 50% всех случаев после рождения, при этом 10-14% детей с ВПР ОМС рождаются с теми или иными аномалиями половых органов, что является следствием единого источника органогенеза [1].

Одно из первых и клинически значимых мест среди врожденных структурно-функциональных аномалий ОМС занимают обструктивные уропатии (ОУ) – до 50%, представленные порокам развития мочеточников (удвоения, эктопии), мочевого пузыря, уретры (дивертикул, задний клапан, уретероцеле и т.п.), также к ним относятся пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс (ПМР), гидронефроз, уретерогидронефроз и др. Вероятность и скорость развития и прогрессирования фатальных осложнений при наличии обструктивного компонента при пороке почек и МВП существенно ускоряется [2].

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс – наиболее распространенная форма врожденной ОУ

в детском возрасте, достаточно быстро приводящая к гибели паренхимы почек в результате гидродинамического механизма повреждения и рецидивирующего микробно-воспалительного процесса с развитием рефлюкс-нефропатии. ПМР встречается в среднем у 1% детей в возрасте от 1 до 15 лет, в диапазоне от 0,4 до 1,8%, из них двустороннее поражение составляет 50,9% [3, 4].

Распространенность ВПР органов мочевой системы в Забайкальском крае в течение 5 лет возросла от 14,8 до 19,2%, данная патология неизменно занимает 2 место после аномалий сердца и сосудов и составляет, в зависимости от периода исследования от 10 до 35%, (0,5-7,5 на 1000 новорожденных), что сопоставимо с общероссийскими данными. По данным ГУЗ КДКБ за 2015-2016 г.г. ВАР ОМС выявлены у 5-14% новорожденных, частота их составила 6-8 случаев на 1000 новорожденных [2]. В структуре врожденных ОУ по Забайкальскому краю лидируют различные нарушения проходимости чашечно-лоханочного сегмента, сопровождающиеся гидронефрозом, что составляет 53-35,7%, уретерогидронефрозом (22-24,3%), пиелоктазией (25-16,8%). На долю оставшихся пороков приходятся кистозные аномалии – мультикистоз (от 11 до 7,3%), далее по убывающей другие варианты дисплазий (10-6,7%), агенезия (чаще одно- очень редко – двухсторонняя (от 6 до 4%)), гипоплазия приходится от 14 до 9,3% (2017 г.) [5].

Почки и выводящие пути у человека формируются в 3 этапа – пронефрос (предпочка), мезонефрос (промежуточная почка), метанефрос (окончательная почка). Знание особенностей и этапов онтогенеза мочевой системы имеет неоспоримое клиническое значение для прогнозирования той или иной врожденной патологии, дальнейшего планирования течения беременности и родов, тактики ведения будущих пациентов, определения предполагаемого периода времени возникновения уже сформированного порока, выявления вероятных причин, а, следовательно, профилактики ВПР ОМС в будущем у других детей. На ранних сроках, соответствующих 1 периоду развития ОМС (3-4 неделя), могут формироваться ряд таких сочетанных аномалий, как ренальная агенезия с отсутствием гомолатеральных половых желез, легких, надпочечников, билатеральная агенезия, синдром Поттера (тяжелые ВПР почек, гипоплазия легких, аномалии скелета). На этапе мезонефроса (5-6 неделя) возникают почечная агенезия, рудиментарный мочеточник, уроректальные протоки. Период метанефроса (8-9 неделя) соответствует организации мультикистозной почки, клапана задней уретры, уретероцеле. С 10-11 недель связывают появление разнообразных пороков развития коллекторной системы. Нарушение нормального развития в более поздние сроки онтогенеза характеризуется возникновением различных вариантов дисплазий, детские и взрослые типы кистозной болезни. У недоношенных в течение 40 дней после рождения продолжается интенсивное развитие нефронов, но они отличаются от нормальных, стареют в ускоренном темпе и часто не достигают степени развития зрелого ребенка. Количество их составляет, в зависимости от гестационного возраста, от 200 тысяч в каждой почке у детей с экстремально низкой массой тела, при норме от 800 тысяч до 1 млн., что является фактором риска развития хронической болезни почек во взрослом возрасте [5]. Полностью нефрогенез завершается примерно к 34-36 неделе ВУР, после рождения новых нефронов не образуется, но их полноценное созревание происходит до дошкольного возраста, одновременно количество функционирующих структурно-функциональных единиц почки после наступления окончательной зрелости органа постепенно снижается, в том числе и под воздействием различного рода факторов — инфекций, приема лекарственных препаратов, нерационального питания, вредных привычек и т. д. [1].

Итак, распространение ВПР ОМС имеет неуклонную тенденцию к росту параллельно с увеличением числа факторов, влияющих на их возникновение, среди которых отмечают ухудшение репродуктивного здоровья женщин, агрессивное антропогенное воздействие на окружающую среду, рост числа инфекций, в том числе внутриутробных, доступность и прием множества лекарственных препаратов, влияющих на развитие эмбриона и плода и многие другие [6]. Структурная и клиническая значимость пороков вариабельна: от незначительных анатомических изменений, не вызывающих функциональных нарушений до тяжелых пороков, приводящих к прогрессирующей почечной недостаточности, требующей впоследствии заместительную терапию и трансплантацию, либо вообще несовместимых с жизнью с рождения. Согласно современной классификации Европейской ассоциации урологов, 2010 г., выделяют две большие группы врожденных нарушений ОМС: I – поликистозные заболевания почек, II – врожденные аномалии почек и мочевого тракта. В свою очередь, последние подразделяют на несколько основных подгрупп: А: агенезии и дисплазии.

В: различные виды гипоплазии почек; С – аномалии формы, положения и числа; D: аномалии мочеточников и мочеиспускательного канала. К III типу причислены тубуло-интерстициальные синдромы/кисты. К количественным порокам относятся: агенезия, аплазия, добавочная почка, удвоение; к позиционным – дистопия, нефроптоз, ротация; к нарушенным формам – подковообразная, галетообразная, L-, S-образные почки. Аномалии расположения проявляются гомолатеральной (торакальной, поясничной, подвздошной и тазовой) или гетеролатеральной (перекрестной) дистопией почки. Отдельные группы также составляют изменение калибра, формы, количества мочеточников, мочевого пузыря и уретры; изменения артериальных, венозных, лимфатических почечных сосудов, а также нарушения иннервации ОМС, нередко с синдромом нейрогенного мочевого пузыря. Кистозные аномалии представлены поликистозом, мультикистозом, солитарной кистой, мультилокулярной кистой, губчатой почкой, чашечковый дивертикул почки, сочетающийся с ЧЛС. Мультикистозная дисплазия – аномалия, при которой почка с одной или двух сторон замещена кистами и полностью лишена паренхимы, мочеточник может отсутствовать, двусторонний процесс делает ребенка нежизнеспособным с рождения. Аномально развитые почки имеют особенности кровообращения, иннервации, либо их приобретают в последующем, характеризуются снижением местных иммунных свойств уроэпителия и интерстиция, что приводит к вторичной инфекции [1,6].

В последние десятилетия все чаще встречаются сочетанные структурно-функциональные нарушения ОМС, и даже на этапе специализированного стационара не всегда вовремя получается выявить все составляющие такого порока, хотя степень фатальных рисков зачастую возрастает пропорционально сложности пороков, особенно если они сопряжены с нарушением уродинамики.

Заподозрить наличие у ребенка врожденного порока почек и/или МВП помогает знание симптомов и синдромов, непосредственно указывающих на данную патологию, либо ее маскирующих, хотя четких критериев аномалий ОМС не существует и характеризуются они неспецифичностью, а иногда и вовсе отсутствуют. Распространенными признаками ВПР ОМС, к сожалению, нередко выступают уже их осложнения, например, рецидивирующий микробно-воспалительный процесс, вторичное камнеобразование, метаболические расстройства. Клинически предположить наличие ВПР ОМС возможно при наличии рецидивирующих болей в области живота и/или поясницы, не связанных с приемом пищи или актом дефекации. Появление болевого синдрома может быть связано с растяжением ЧЛС вследствие гидродинамического удара в результате рефлюкса мочи в ЧЛС, нарушения оттока мочи ввиду наличия какого-либо препятствия ее нормальной динамики, либо воспаления с последующим растяжением лоханки, чашечек и ответным спазмом, отеком стенок лоханки; появление боли при разгибании туловища характерно для подковообразной почки (синдром Мартынова-Ровзинга) и объясняется давлением перешейка подковообразной почки на нервное сплетение аорты. Боли в животе, либо пояснице, появляющиеся непосредственно перед-, в процессе, либо после акта мочеиспускания, причем рецидивирующего характера, могут появляться при активном пузырно-мочеточниковом рефлюксе. В результате сдавления аорты аномальной, например, гидронефротической почкой могут иметь место боли в нижних конечностях и чувство онемения в них. При сдавлении нижней полой вены перешейком подковообразной почки может проявиться венозная гипертензия нижней половины тела с развитием отека голеней и стоп и впоследствии асцита.

Врач первичного звена может обнаружить синдром пальпируемой опухоли в виде малоподвижного образования с одной или обеих сторон от позвоночника, либо синдром увеличенного живота в случае гидронефротической трансформации почки. Немотивированные, необъяснимые эпизоды повышения температуры, как правило, до фебрильных значений, чаще во второй половине дня, служат весьма патогномичным критерием пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса.

Признаки хронической интоксикации, артериальной гипертензии могут явиться симптомами почечной недостаточности, хронического пиелонефрита на фоне любой аномалии МВС.

Синдром дизурических расстройств: редкие, напротив, учащенные, двух-, трехфазные мочеиспускания, натуживание, беспокойство при произвольном акте извержения мочи, как эквивалент боли, неполноценная мочевого струя, недержание во время ночного, дневного сна, недержание мочи в период бодрствования, при минимальных или значительных физических нагрузках, смехе и т.д. характерны для пороков нижних мочевых путей: ПМП, или иных структурных аномалий МВП: меатостеноза, дивертикула мочевого пузыря, клапана задней уретры и многих других [7].

Задержка физического развития может выступить единственным проявлением ВАР органов мочевой системы, являясь следствием хронического воспаления в почках, мочевом тракте на фоне порока, либо синдромом хронической почечной недостаточности.

Анемия, особенно неподдающаяся терапии, может явиться результатом течения хронического воспаления в почках, а также хронической недостаточности функции почек у больных при ранее нераспознанных аномалиях.

Все же наиболее частым и первым проявлениями большинства врожденных пороков развития органов мочеобразования и мочеотделения, согласно большинству практических источников, является дебют мочевой инфекции, следовательно, после постановки диагнозов: инфекция мочевыводящих путей (ИМВП), пиелонефрит, цистит, уретрит, ребенок уже с первого эпизода нуждается в длительном ответственном диспансерном наблюдении, с решением вопроса о проведении рентгено-, радиоизотопно-уронефрологического обследования в перспективе.

Физикальный осмотр позволяет оценить состояние кожи – цвет, влажность, эластичность, также являющиеся показателями здоровья органов мочевой системы ребенка, при этом бледность, серый колорит, сухость, шелушение, желтушность не должны исключать возможность наличия порока МС, его осложнений. Отеки, пастозность лица, особенно век, нижних конечностей дает возможность предположить хроническое бактериальное воспаление в почках, хроническую почечную недостаточность, как результат ВПР ОМС.

Обнаружение у ребенка при любом объективном осмотре любых возможных стигм дизэмбриогенеза со стороны кожи, костной, хрящевой ткани лицевого, мозгового черепа, конечностей, пальцев рук и ног, несомненно, должно насторожить педиатра в плане параллелизма их формирования с аномалиями органов мочевой системы.

У новорожденных детей с учетом низкого уровня функциональных возможностей органов и склонностью к генерализации патологического процесса нередко любые пороки ОМС проявляются острой почечной недостаточностью, в таком случае диагностика порока не должна вызывать трудностей. У данной категории детей пристальное внимание необходимо уделять низким показателям физических параметров внутриутробного развития, оценке по шкале Апгар, наличию пастозностей, отеков, факту и длительности олигурии после рождения. Сочетание олигурии, отеков, низкой массы тела у детей первого месяца жизни в большинстве случаев указывает на врожденную патологию почек [1].

Клиническая диагностика позволяет выявить не более 25% патологии почек у детей первого года жизни и около 55% – до 5 лет, что еще раз подчеркивает необходимость проведения качественного ультразвукового скрининга почек в пренатальном периоде и в первые месяцы жизни [7].

Качественная пренатальная диагностика врожденных пороков развития ОМС у детей, возможная с 13-17 недели, позволяет оптимально предотвратить появление на свет нежизнеспособного ребенка, ребенка-инвалида, либо предупредить необратимые последствия для органа и организма в целом после рождения. Среди очевидных признаков-причин возможных пороков органов мочеобразования и мочеотделения следует отметить разного рода нарушения течения беременности, а именно, внутриутробное инфицирование плода, в т. ч. TORCH-инфекциями, воздействие разного рода физических и химических факторов окружающей среды, различных профессиональных вредностей, отравления, прием некоторых лекарственных препаратов (антибиотиков, ингибиторов АПФ и др.), употребление алкоголя, наркотиков, курение табака, его суррогатов, употребление в пищу некачественных, генномодифицированных продуктов питания, особенно на ранних сроках гестации, признаки хориоамнионита, синдром задержки развития плода и гестационной артериальной гипертензии, возраст матерей старше 40, либо моложе 16 лет. Немаловажным критерием дисфункции мочевой системы у плода являются аномальное количество околоплодных вод (много-, и особенно, маловодие), преждевременные роды. Несомненно, не следует недооценивать роль наследственной предрасположенности по заболеванию почек и мочевыводящих путей [5, 6].

При выявлении любых подозрительных в плане ВПР ОМС из указанных симптомов и/или синдромов в обязательном порядке проводят лабораторные исследования крови и мочи – общие анализы крови и мочи, исследование биохимических маркеров сыворотки крови (креатинин, мочевины, электролиты и др.), а также оценку кислотно-щелочного соотношения, у детей с обструктивной уропатией выявляют микроальбуминурию, нарушение соотношения альбумины/креатинин [8].

УЗИ исследование, доплерография осуществляется с целью диагностики врожденных аномалий мочевой системы, в т.ч. и сосудов почек, нарушений уродинамики и начальных этапов склеротических изменений почек. Последующим этапом с целью исключения/подтверждения врожденных пороков применяются микционная цистоуретерография, позволяющая увидеть изменение структуры, частично – функции мочевого пузыря, наличие пузырно-мочеточниковго рефлюкса, состояние чашечно-лоханочной системы в случае диагностики рефлюкса и экскреторная урография, при которой оцениваются форма, размеры, расположение, функции почек, наличие патологических дополнений [9].

Статическая и динамическая нефросцинтиграфия, радиоизотопная ренография составляют представление о структурных нарушениях, этапном функционировании каждой почки. В дальнейшем при необходимости уместно проведение уродинамических исследований: урофлуометрия, профилометрия, позволяющие оценить объёмную скорость потока мочи и других физиологических параметров во время мочеиспускания, позволяет получить информацию о функциональном состоянии детрузора и проходимости уретры. Кроме того, проводится КТ и МРТ при неоднозначных результатах УЗИ, сомнительных результатах рентгеноконтрастных обследований, при подозрении на кистозную трансформацию, сопутствующий нефролитиаз и др.

При подтвержденном пороке ребенок нуждается в тщательном диспансерном наблюдении с целью замедления прогрессирования патологического процесса в почке и раннему обозначению начала и возможного отсрочивания склеротической трансформации.

Своевременное прогнозирование, качественная диагностика, правильная тактика ведения больных с ВПР ОМС являются мультидисциплинарной проблемой, требующей участия генетиков, акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, урологов, нефрологов, врачей функциональной, лучевой диагностики. Раннее выявление и правильная тактика ведения детей с ВПР ОМС позволяет снизить вероятность и время наступления серьезных осложнений, оптимизировать качество жизни.

Список литературы:

1. Павлова В.С., Крючко Д.С., Подуровская Ю.Л., Пекарева Н.А. Врожденные пороки развития почек и мочевыводящих путей: анализ современных принципов диагностики и прогностически значимых маркеров поражения почечной ткани. Неонатология. 2018. Т.6. 2. 78-86.
2. Гаймоленко С.Г., Сущенко Р.А., Сидорова А.А., Дручкова С.Л., Мазин А.С. Обструктивные уропатии у новорожденных и детей грудного возраста. Ретроспективный анализ, алгоритм обследования. Забайкальский медицинский журнал. 2021. 1. 31-35.
3. Selvi, I., Baydilli, N., Kizilay, E. et al. Letter to the editor on the original article "Efficacy and risks of endoscopic treatment compared with vesicoureteral reimplantation in patients with high-severity vesicoureteral reflux: a systematic review and network meta-analysis". Eur J Pediatr 181, 419-420 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04227-4>
4. Божендаев Т.А., Гусева Н.Б., Коноплев В.Д., Никитин С.С., Заботина Э.К. Клиническое наблюдение лечения пациента с пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Педиатрия. 2022. Т. 101. 6. 163-167.
5. Батаева Е.П., Тимошенкова И.В., Зеленева А.Ю. Врожденные аномалии развития органов мочевой системы у детей: особенности диагностики. Забайкальский медицинский вестник. 2021. 4. 187-198.
6. Хмелевская И.Г, Бец О.Г., Архипова А.Г. Факторы риска и вероятность возникновения острой почечной недостаточности у детей с врожденными пороками развития мочевыделительной системы. Лечащий врач. 2020. 9. 7-10.
7. Батаева Е.П., Зеленева А.Ю. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей - проблемы диагностики. Забайкальский медицинский журнал. 2019. 3. 9-12.
8. Bekhernia M.R., Bekhernia N., Bainbridge M.N. Gu S et al. Whole-exome sequencing in the molecular diagnosis of individuals with congenital anomalies of the kidney and urinary tract and identification of a new caucative gene. Genet. Med. 2017. V. 19. 4. 412-420.
9. Зоркин С.Н., Гурская А.С., Базиатов З.З., Шахновский Д.С. Предикторы успеха эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. Педиатрия. 2022. Т. 101. 6. 8-14.

УДК:616-002.51

Богодухова Е.С., Байке Е.Е., Степанова Ю.Н.

**СКРИНИНГ ТУБЕРКУЛЕЗА ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия**

Введение. Туберкулез является одной из наиболее широко распространенных в мире инфекций. По данным Всемирной организации здравоохранения, треть населения земного шара инфицированы микобактерией туберкулеза (МБТ) [1]. Ежегодно в мире заболевают туберкулезом около 9 млн человек. В Российской Федерации доля детей составляет около 5% от числа всех заболевших туберкулезом [1]. В детском возрасте туберкулез чаще развивается при первичном заражении МБТ. У детей наиболее часто встречается – латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ) – состояние стойкого иммунного ответа на антигены микобактерий туберкулеза при отсутствии клинических проявлений активной формы туберкулеза. При этом более чем у 50% случаев туберкулез протекает в детском возрасте бессимптомно, поэтому в данной когорте основным методом диагностики туберкулезной инфекции является иммунодиагностика, основанная на выявлении гиперчувствительности замедленного типа в ответ на присутствие МБТ в организме [2, 3]. К методам иммунодиагностики, рекомендуемым в Российской Федерации, относятся внутрикожная проба Манту с 2 туберкулиновыми единицами очищенного жидкого туберкулина Линниковой (ППД-Л) в стандартном разведении и внутрикожная проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) в стандартном разведении (белок CFP-10-ESAT-6 0,2), разработанным в России в 2008 г., представляющим собой комплекс рекомбинантных белков CFP -10 и ESAT- 6 (Диаскинтест) [4, 5, 6].

Иммунодиагностика проводится вакцинированным против туберкулеза детям с 12-месячного возраста и до достижения 18 лет. Пробу Манту проводят 1 раз в год, независимо от результатов предыдущих проб до 7-летнего возраста включительно. Внутрикожную аллергическую пробу с АТР ставят 1 раз в год независимо от результатов предыдущих проб, начиная с 8-летнего и до 17-летнего возраста включительно. Не вакцинированным против туберкулеза детям и подросткам проводят иммунодиагностику 2 раза в год. Иммунологические тесты оценивают через 72 часа после проведения проб и регистрируют в медицинских документах наличие гиперемии и инфильтрат (папула) [4, 5, 6].

Таким образом, в настоящий момент одним из залогов успешного и своевременного выявления туберкулеза служит применение иммунологических методов диагностики, которые дают возможность обнаруживать инфекцию на самых ранних этапах ее развития и позволяют выявить группы риска по развитию туберкулеза в популяции [7, 8].

Цель исследования. Оценить эффективность применения внутрикожной пробы Манту с 2 туберкулиновыми единицами очищенного жидкого туберкулина Линниковой в стандартном разведении и внутрикожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным в стандартном разведении у детей.

Материалы и методы исследования. Проведен сравнительный анализ данных амбулаторных карт и журнала учета постановки туберкулиновых проб в детском отделении для больных туберкулезом ГБУЗ «Забайкальского краевого клинического фтизиопульмонологического центра» за январь – сентябрь 2022 г. Всего за отчетный период 2022 г. в детском отделении обследовано 790 детей разных возрастных групп.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования были выявлены следующие группы диспансерного наблюдения (ГДН) заболеваний:

Нулевая группа диспансерного наблюдения (наблюдают детей и подростков, направленных для уточнения характера положительной чувствительности к туберкулину и/или для проведения дифференциально-диагностических мероприятий с целью подтверждения или исключения туберкулеза любой локализации) – 212 человек (26,8%) соответственно.

III ГДН (учитывают детей и подростков с риском рецидива туберкулеза любой локализации) – 10 детей (1,3%) соответственно.

IV – А группа диспансерного наблюдения (лица из семейных, родственных и квартирных контактов с бактериовыделителями, а также из контактов с бактериовыделителями в детских

и подростковых учреждениях; дети и подростки, проживающие на территории туберкулезных учреждений) – 84 исследуемых (10,6%).

IV – Б группа диспансерного наблюдения (лица из контактов с больными активным туберкулезом без бактериовыделения; из семей животноводов, работающих на неблагополучных по туберкулезу фермах, а также из семей, имеющих больных туберкулезом сельскохозяйственных животных) – 46 реципиентов (5,8%).

VI – А группа диспансерного наблюдения (дети и подростки в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции (вираж туберкулиновых реакций)) – 193 пациента (24,4%).

VI – Б группа диспансерного наблюдения (ранее инфицированные дети и подростки с гиперергической реакцией на туберкулин) – 33 обследуемых (4,2%).

VI – В группа диспансерного наблюдения (дети и подростки с усиливающейся туберкулиновой чувствительностью) – 51 ребенок (6,5%).

Поствакцинальная аллергия (ПВА) – 31 пациент (3,9%).

Инфицирование с нормергией – 130 (16,5%) детей.

При постановке реакции Манту в нулевой ГДН наблюдается наибольшее количество – 89% положительных реакций; 6,6% сомнительных реакций; 4,4% отрицательных. При постановке аллергена туберкулезного рекомбинантного у 65% исследуемых выявлена отрицательная реакция, у 23% сомнительная у 12% положительная.

При пробе Манту в III и IV А группах диспансерного наблюдения положительная реакция наблюдается у 100% детей. При Диаскинтесте результат в обеих группах сопоставим: положительный (54%), отрицательный (26%) и сомнительный (20%).

В IV Б ГДН реакция Манту положительна у 82%, сомнительная и отрицательная по 9%, ДСТ только в 20% дал положительный результат, в 46% отрицательный и 20% сомнительный.

Реакция Манту в VI А группе диспансерного наблюдения в 91% случаев положительна, 8% отрицательная и у 1% сомнительная. Диаскинтест при этом положительную реакцию дал только у 23%, отрицательную у 45% и сомнительную у 32% детей.

В VI Б и VI В ГДН положительная реакция наблюдается у 100% обследуемых. Результат ДСТ положителен у 52% детей, сомнительный и отрицательный по 24% случаев.

В группе с нормергией реакция Манту у 92% детей дала положительный результат, 5% сомнительный и 3% отрицательный. При ДСТ только в 15% положительна реакция, 45% сомнительная и у 40% отрицательный результат.

В группе с туберкулезным контактом проба Манту с положительным результатом выявлена у 65% детей, у 28% результат отрицательный и у 7% сомнительный, при этом Диаскинтест в 89% выявил отрицательный результат и только в 11% случаев положительная реакция.

Согласно статистическим данным, остается высоким уровень распространенности туберкулеза среди детского населения Российской Федерации. Ранняя диагностика заболевания позволяет минимизировать риск развития распространенных форм туберкулеза и его осложнений.

При этом, согласно данным литературы, внутрикожный тест с АТФ обладает максимальной высокой чувствительностью (98-100%), максимальной специфичностью (90-100%), характеризуется отсутствием развития положительной реакции, связанной с БЦЖ-вакцинацией [7, 8]. В сочетании с пробой Манту Диаскинтест у детей и подростков является основным диагностическим тестом в определении инфекционной аллергии вызванной МБТ.

Однако в настоящее время медицинское сообщество столкнулось с очень важной проблемой связанной с отказом законных представителей от проведения вакцинации, в том числе и проведения иммунодиагностических тестов. При отказе родителей возможно назначение альтернативных методов обследования с целью исключения туберкулеза: QuantiFERON -TB Gold и T-SPOT. TB (зарегистрирован в России).

Выводы. При проведении пробы Манту в исследуемых группах наблюдается большее количество ложноположительных реакций, по сравнению с результатами применения аллергена туберкулезного рекомбинантного. Диаскинтест обладает высокой чувствительностью к сенсибилизации организма микобактериями туберкулеза и может использоваться в качестве быстрого метода дифференциальной диагностики туберкулеза у детей, а также проведения необходимой дифференциальной диагностики между поствакцинальной и инфекционной аллергией.

Список литературы:

1. Отраслевые и экономические показатели противотуберкулезной работы в 2014 – 2015 гг. Аналитический обзор основных показателей и статистические материалы. Москва. 2016. 92 с.
2. Всемирная организация здравоохранения. Руководство по ведению пациентов с латентной туберкулезной инфекцией. Женева, 2015.
3. Nuernberger E., Bishai W.R., Grosset J.H. Latent tuberculosis infection. Seminars in Resp. and Critic. Care Medical. 2004. 25(3). 317-336.
4. Слогодская Л.В. Кожные иммунологические пробы при туберкулезе – история и современность. Туберкулез и болезни легких. 2013. 5. 39-46.
5. Хан Х. Глобальная угроза инфекций и Роберт Кох, основатель медицинской микробиологии и ученый с мировым именем. Медицинский альянс. 2016. 5. 6-17.
6. Zellweger J.P. Current options for the management of multidrug-resistant tuberculosis (review). Медицинский альянс. 2017. 1. 22-28.
7. Богодухова Е.С., Байке Е.Е., Степанова, Ю.Н. Оценка эффективности применения аллергена туберкулезного рекомбинантного и пробы Манту в дифференциальной диагностике туберкулеза у детей. Тверской медицинский журнал. 2023. 1. 51-53.
8. Перельман М.И. Фтизиатрия. Национальное руководство. М. ГЭОТАР-Медиа. 2007. 512 с.

УДК 616-093.2-084

¹Богомолова И.К., ¹Емельянова О.Н., ²Нардина И.В., ²Ростовецкая А.В., ²Петрова Е.В.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия

²ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы», Чита, Россия

Введение. Важнейшим фактором, определяющим здоровье человека, является образ жизни. Поведенческие факторы риска у детей и подростков (курение, употребление алкоголя, нарушения питания, гиподинамия) являются основными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний у взрослых [1, 2, 3, 4]. Центры здоровья являются одним из компонентов государственной системы формирования здорового образа жизни населения России [5].

Цель исследования. Изучение распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний у детей Забайкальского края, обратившихся в Центр здоровья ДКМЦ г. Читы, в период с 2012 по 2021 гг. до пандемии (2012 – 2019 гг) и в пандемию (2020 – 2021 гг.).

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Центра здоровья ДКМЦ г. Читы. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний у детей Забайкальского края изучалась с помощью ретроспективного анализа отчетов по работе Центра здоровья ДКМЦ г. Читы за 2012 по 2021 гг. Оценивались следующие факторы риска: курение (активное и пассивное), нарушения питания, наследственная отягощенность, гиподинамия, употребление алкоголя, повышение артериального давления, наличие стрессов. Также определялось общее количество детей, имеющих данные факторы риска.

Статистический анализ данных включал в себя определение интенсивных показателей. Достоверность различий определялась с помощью критерия χ^2 .

Результаты и их обсуждение. Центр Здоровья начал свою работу с декабря 2010 г. на базе ГУЗ «Центр восстановительного лечения детей «Феникс» (в настоящее время подразделение ДКМЦ г. Читы). В период с 2012 по 2021 гг. в учреждение обратилось 69137 детей и подростков. В 2020 и 2021 гг. отмечалось снижение количества пациентов, что связано с ограничительными мерами вследствие пандемии.

Перед обследованием все пациенты давали письменное информированное согласие. Педиатры, на основании результатов тестирования на аппаратно-программном комплексе и обследования на установленном оборудовании, проводили ребенку (родителям ребенка или другим законным представителям) оценку наиболее вероятных факторов риска, функциональных и адаптивных

резервов организма и составляли индивидуальную программу по здоровому образу жизни. Обратившиеся в Центр здоровья пациенты также консультированы гигиенистом стоматологическим. Часть детей осмотрено врачом ЛФК, некоторые из них (по показаниям) прошли курс лечения в зале ЛФК.

При обследовании пациентов получены данные по факторам риска их образа жизни. Распространенность факторов риска образа жизни у детей и подростков в течение 10 лет представлена на рисунке 1.

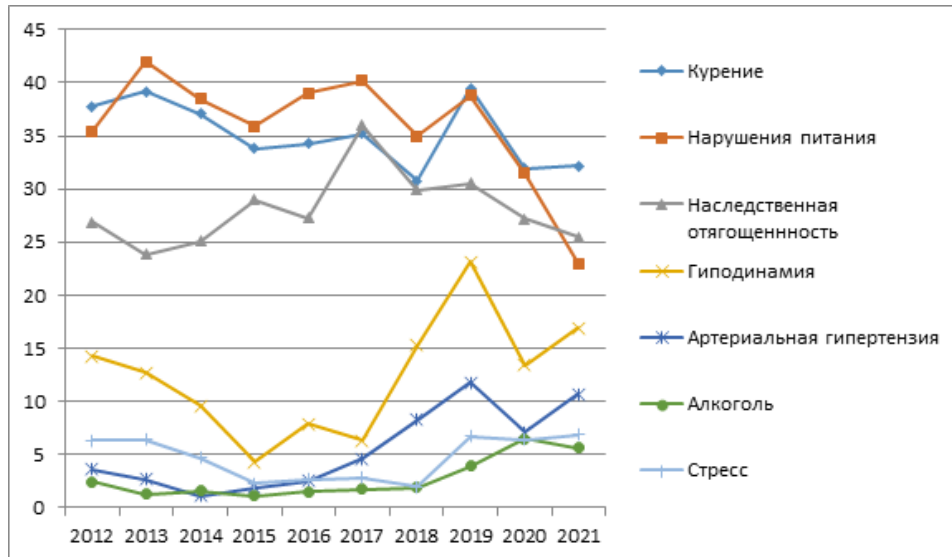


Рис. 1. Распространенность факторов риска образа жизни среди детей Забайкальского края в период с 2012 по 2021 гг.

Курение выявлено в 2012 г. у 2751 (37,84) детей и подростков, в 2013 г. – у 2920 (39,2%), в 2014 г. – у 2496 (37,1%), в 2015 г. – 2724 (33,8%), в 2016 г. – у 2857 (34,3%), в 2017 г. – у 2778 (35,2%), в 2018 г. – у 2337 (30,8%), в 2019 г. – у 2996 (39,5%), в 2020 г. у 1038 (31,9%), в 2021 г. у 1600 (32,2%).

Нарушения питания отмечались в 2012 г. у 2579 (35,4%) детей и подростков, в 2013 г. у 3135 (42%), в 2014 г. у 2585 (38,5%), в 2015 г. у 2896 (35,9%), в 2016 г. у 3250 (39,0%), в 2017 г. у 3171 (40,2%), в 2018 г. у 2658 (35%), в 2019 г. у 2838 (38,8%), в 2020 г. у 1026 (31,5%), в 2021 г. у 1144 (23%).

Наследственная отягощенность выявлена в 2012 г. у 1961 (26,9%) пациентов, в 2013 г. у 1773 (23,8%), в 2014 г. у 1686 (25,1%), в 2015 г. у 2342 (29%), в 2016 г. у 2272 (27,3%), в 2017 г. у 2839 (36%), в 2018 г. у 2272 (29,9%), в 2019 г. у 2307 (30,5%), в 2020 г. у 888 (27,2%), в 2021 г. у 1267 (25,5%).

Гиподинамия определялась в 2012 г. у 1044 (14,3%) пациентов, в 2013 г. у 945 (12,7%), в 2014 г. у 646 (9,6%), в 2015 г. у 346 (4,3%), в 2016 г. 658 (7,9%), в 2017 г. у 494 (6,3%), в 2018 г. у 1164 (15,3%), в 2019 г. у 1749 (23,1%), в 2020 г. у 438 (13,4%), в 2021 г. у 845 (16,9%).

Повышение артериального давления выявлено в 2012 г. у 261 (3,6%) ребенка, в 2013 г. у 202 (2,7%), в 2014 г. у 76 (1,1%), в 2015 г. у 150 (1,9%), в 2016 г. у 207 (2,5%), в 2017 г. у 366 (4,6%), в 2018 г. у 628 (8,3%), в 2019 г. у 894 (11,8%), в 2020 г. у 232 (7,1%), в 2021 г. у 532 (10,7%).

Употребление алкоголя отмечалось в 2012 г. у 172 (2,4%) человек, в 2013 г. у 98 (1,3%), в 2014 г. у 106 (1,6%), в 2015 г. у 91 (1,1%), в 2016 г. у 125 (1,5%), в 2017 г. у 137 (1,7%), в 2018 г. у 144 (1,9%), в 2019 г. у 297 (3,9%), в 2020 г. у 211 (6,5%), в 2021 г. у 280 (5,6%).

Наличие стрессов определялось в 2012 г. у 458 (6,3%), в 2013 г. у 476 (6,4%), в 2014 г. у 317 (4,7%), в 2015 г. у 182 (2,3%), в 2016 г. у 225 (2,7%), в 2017 г. у 222 (2,8%), в 2018 г. у 152 (2,0%), в 2019 г. 510 (6,7%), в 2020 г. у 207 (6,4%), в 2021 г. у 346 (6,9%).

Общее количество детей и подростков, имеющих факторы риска, составило в 2012 г. 6374 (87,6%), в 2013 г. 6502 (87,2%), в 2014 г. 5874 (87,4%), в 2015 г. 7176 (89%), в 2016 г. 6808 (82%), в 2017 г. 6410 (81,3%), в 2018 г. 5845 (77,0%), в 2019 г. 6259 (82,6%), в 2020 г. 2272 (69,7%), в 2021 г. 4176 (83,9%).

При сравнении распространенности факторов риска у детей до пандемии (2012-2019 гг.) и в пандемию (2020-2021 гг.) получены следующие данные (таблица 1).

Таблица 1

Факторы риска у детей до пандемии (2012-2019 гг.) и в пандемию (2020-2021 гг.).

Параметры исследования	Исследуемые периоды		Тестовая статистика
	Допандемийный период (2012-2019 гг.)	Пандемийный период (2020-2021 гг.)	
Курение	35,9% (21859/60902)	32,0% (2638/8235)	$\chi^2=47,2$ df=1 $\rho<0,0001$
Нарушения питания	38,1% (23212/60902)	26,4 (2170/8235)	$\chi^2=432,0$ df=1 $\rho<0,0001$
Отягощенная наследственность	28,7% (17452/60902)	26,2% (2155/8235)	$\chi^2=22,1$ df=1 $\rho<0,0001$
Гиподинамия	11,6% (7046/60902)	15,6% (1283/8235)	$\chi^2=110,1$ df=1 $\rho<0,0001$
Артериальная гипертензия	4,6% (2784/60902)	9,3% (764/8235)	$\chi^2=330,0$ df=1 $\rho<0,0001$
Употребление алкоголя	1,9% (1170/60902)	6,0 (491/8235)	$\chi^2=505,3$ df=1 $\rho<0,0001$
Стресс	4,2% (2542/60902)	6,7% (553/8235)	$\chi^2=109,6$ df=1 $\rho<0,0001$
Всего детей с факторами риска	81,1% (51248/60902)	78,3% (6448/8235)	$\chi^2=179,7$ df=1 $\rho<0,001$

В течение 10 лет у большинства пациентов, обратившихся в Центр здоровья, выявляются факторы риска неинфекционных заболеваний, в пандемию данный показатель уменьшился ($\chi^2=179,7$; df=1; $\rho<0,01$).

В пандемию отмечалось уменьшение распространенности курения на 3,9% ($\chi^2=47,2$; df=1; $\rho<0,0001$), нарушения питания на 11,7% ($\chi^2=432,0$; df=1; $\rho<0,0001$) и наследственная отягощенность на 2,5% ($\chi^2=22,1$; df=1; $\rho<0,0001$). При этом выявлено увеличение распространенности гиподинамии на 4% ($\chi^2=110,1$; df=1; $\rho<0,0001$), артериальной гипертензии на 4,7% ($\chi^2=330,0$; df=1; $\rho<0,0001$), употребления алкоголя на 4,1 ($\chi^2=505,3$; df=1; $\rho<0,0001$), наличие стрессов на 2,5% ($\chi^2=109,6$; df=1; $\rho<0,0001$).

Выводы. Таким образом, среди детей Забайкальского края наибольшую распространенность в течение 10 лет с 2012 по 2021 гг. (как до пандемии, так и в пандемию) имели такие поведенческие факторы риска, как нарушения питания (35,93%), курение пассивное и активное (35,2%), гиподинамия (12,38%). Реже определялось употребление алкоголя (2,75%). Отягощенная наследственность выявлена у более четверти детей (28,12%). Повышение артериального давления отмечалось у 5,43% пациентов Центра здоровья, наличие стрессов у 4,72%.

В пандемию новой коронавирусной инфекции в 2020-2021 гг. среди детей Забайкальского края, обращавшихся в Центр здоровья, выявлено достоверное уменьшение распространенности курения на 3,9%, нарушений питания на 11,7%, отягощенной наследственности на 2,5%. При этом отмечалось повышение распространенности гиподинамии на 4%, артериальной гипертензии на 4,7%, употребления алкоголя на 4,1%, наличия стрессов на 2,5%.

Идентификация факторов риска образа жизни у детей и подростков с последующей их коррекцией позволяет предотвратить хронические неинфекционные заболевания взрослого населения.

Проведенное исследование свидетельствует о необходимости оптимизации подходов к

проведению профилактических мероприятий по здоровому образу жизни среди детей и подростков. Основными направлениями профилактики следует отнести профилактику курения, употребления алкоголя, нарушений питания, гиподинамии.

Список литературы.

1. Жданова Л.А., Шишова А.В., Бобошко И.Е. Поведенческие факторы риска нарушений здоровья подростков и современные подходы к их коррекции в образовательных организациях. – 2019. – Т. 24 № 4. – С. 29-35.
2. Зулькарнаев Т.Р., Зигитбаев Р.Н., Поварго Е.А., Казак А.А., Химисамиев И.И., Габбасов А.З. Роль медико – социальных факторов в формировании здоровья младших школьников. Здоровье населения и среда обитания – ЗНИСО. – 2020. – № 4 (325). – С. 13-17.
3. Калева Н.Г., Калев О.Ф., Евдаков В.А., Долгова В.И., Яшин Д.А. Теоретико – методологические основы управления здоровым образом жизни детей и подростков в психолого – педагогическом контексте. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 3. С. 390-416.4. Новоселова Е.Н. Роль семьи в формировании здорового образа жизни и смягчения факторов риска, угрожающих здоровью детей и подростков. Анализ риска здоровью. – 2019.- № 4. С. 175-185.
5. Сененко А.Ш., Савченко Е.Д., Сон И.М. К 10-летию создания Центров здоровья. Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 7. С. 6-16.

УДК 613.96

Богомолова И.К., Михно В.А., Чаванина С.А.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Чита, Россия

Введение. В настоящее время отмечается тенденция к росту роли высоких технологий в повседневной жизни подростков, увеличения потока информации, получаемого студентами и школьниками, ускорение темпа жизни и увеличение количества стрессовых ситуаций (интенсивный учебный план школьников и студентов) [1, 2]. Подобные тенденции приводят к тому, что современные подростки больше времени проводят за электронными гаджетами (телефоны, компьютеры и т.д.) и меньше внимания уделяют физическим нагрузкам, что ведет к увеличению заболеваемости и снижению физического и психического здоровья, снижению работоспособности в период обучения [2, 3]. В связи с этим перед вузами стоит задача обеспечить высокий уровень физического и психического развития студентов, что требует внедрения в процесс обучения элементов, способствующих развитию студентов в физическом, социальном и личностном плане [4, 5]. Все это диктует необходимость раннего выявления отклонений в состоянии подростков и их коррекцию.

Цель исследования. Выявить особенности морфофункционального развития и изучить уровень соматического здоровья студентов первого курса ФГБОУ ВО ЧГМА.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование и физикальный осмотр 152 студентов первого курса ФГБОУ ВО ЧГМА в возрасте 17 лет (47 (30,92%) мальчиков) и 105 (69,08%) девочек) и ретроспективный анализ медицинской документации. Оценка физического развития проводилась с использованием антропометрических методик. Измеряли рост (см), массу тела (кг), ИМТ (г/см), индекс Пинье. Оценка антропометрических показателей проводилась с помощью программы «WHO AnthroPlus 1.0.4». Статистический анализ полученных данных осуществлялся на языке программирования Python с использованием дистрибутива Anaconda и среды разработки Jupyter Notebook, облачной среды Google Colab. Для обработки и анализа данных использовались библиотеки Pandas, Numpy, SciPy. Нормальность распределения количественных данных оценивалась с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для описания количественных параметров, в случае нормального распределения признаков, определялись среднее значение (M) и стандартное отклонение (SD). Количественные данные, не подчиняющиеся закону нормального распределения,

представлены в виде медианы (Me) и интерквартильного размаха (25%, 75% перцентилей) (Me [Q1; Q3]). Качественные признаки представлены в виде относительных частот, выраженных в процентах (%).

Результаты и их обсуждение. Результаты антропометрических исследований студентов представлены в таблице 1 и 2.

Таблица 1.

Антропометрические показатели студентов.

Показатель	Минимальное значение	Максимальное значение	Среднее значение	Стандартное отклонение
Рост (см)	152	182	164,04	5,90
Вес (кг)	41	85	55,84	9,32
Окружность грудной клетки (см)	60	100	72,92	7,18
Окружность плеча (см)	18	32	22,61	2,56
Окружность талии (см)	51	95	64,79	6,53
Окружность бедер (см)	70	111	87,57	7,30

Таблица 2.

Антропометрические показатели студентов

Показатель	Минимальное значение	Максимальное значение	Среднее значение	Стандартное отклонение
Рост (см)	166,00	187,00	176,96	5,47
Вес (кг)	50,00	113	71,56	15,82
Окружность грудной клетки (см)	72,00	114,00	88,30	9,85
Окружность плеча (см)	18,50	37,00	26,56	4,28
Окружность талии (см)	61,00	103,00	76,11	11,13
Окружность бедер (см)	80,00	121,00	92,04	9,53

Согласно результатам анализа индивидуальных значений индекса массы тела 26 мальчиков (55,32%) и 64 девочки (60,95%) имеют нормальную массу тела, недостаток питания установлен у 1 студента (2,13%) и 1 студентки (0,95%), ожирение у 7 (14,89%) и 3 (2,86) соответственно.

Крепость телосложения на основании индекса Пинье представлена в таблице 3.

Таблица 3.

Крепость телосложения.

Тип телосложения	Значение индекса Пинье	Количество мальчиков	Количество девочек	Всего
Крепкое	Менее 10	10 (21,28%)	11 (10,47%)	21 (13,82%)
Хорошее	10 - 20	11 (23,40%)	12 (11,43%)	23 (15,13%)
Среднее	21 - 25	8 (17,02%)	3 (2,86%)	11 (7,24%)
Слабое	26 - 35	8 (17,02%)	20 (19,05%)	28 (18,42%)
Очень слабое	Более 35	10 (21,28%)	59 (56,19%)	69 (45,39%)

Таким образом 13 (27,66%) мальчиков и 85 (80,95%) девочек имеют астенический тип телосложения (значение индекса Пинье более 30), к нормостеникам (индекс Пинье находится в пределах от 10 до 30) относятся 24 (51,06%) мальчика и 13 (12,38%) девочек, а к гиперстеникам – 10 (21,28%) мальчиков и 7 (6,67%) девочек.

При анализе состояния здоровья студентов выявлены различные хронические заболевания. Наиболее распространенной патологией является миопия, выявлена у 25 (53,19%) мальчиков и 60 (57,14%) девочек. Следующие ранговые места занимает патология опорно-двигательного аппарата. Плоскостопием страдают 6 (12,77%) мальчиков и 16 (15,24%) девочек. Нарушение осанки выявлено у 2 (4,26%) студентов и 10 (9,52%) студенток. Что согласуется с данными других исследований [3].

Выводы. Необходимо проведение первичной и вторичной профилактики патологии органов зрения и опорно-двигательного аппарата у школьников и студентов, так как заболевания именно этих систем занимают ведущее место у подростков.

Список литературы:

1. Лопатин Л.А., Васенков Н.В., Миннибаев Э.Ш., Набиуллин Р.Р. Состояние физического здоровья современных студентов. Вестник НЦ БЖД. 2019. 2(40): 93-98.
2. Лопатин Л.А., Штыкова О.В., Кривова И.В., Васенков Н.В. Методы повышения двигательной активности школьников и студентов. Вестник НЦБЖД. 2020. 2(44): 81-84.
3. Богомолова И.К., Бобрович В.В., Дегтярева О.В., Жарникова А.Н. Состояние здоровья детей и подростков по результатам профилактических медицинских осмотров. Забайкальский медицинский вестник. 2018. 2: 7-13. DOI 10.52485/19986173_2018_2_7.
4. Васенков Н.В., Кузьмичева Д.Г., Софронова Е.М. Физическое здоровье современных студентов. Глобальный научный потенциал. 2019. 4 (97): 59–61.
5. Лопатин Л.А., Васенков Н.В., Фазлеева Е.В., Никитина Л.М., Чумарин Н.А. Особенности физического воспитания студентов в период пандемии. Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2021. 4(194): 269-272. DOI 10.34835/issn.2308-1961.2021.4.p269-272.

УДК 616.329-053.2Емельянова О.Н.¹, Боровик Н.Н.²**ВНЕПИЩЕВОДНЫЕ «МАСКИ» ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ**¹*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Чита, Россия*²*ГУЗ Краевая детская клиническая больница, Чита, Россия*

Введение. Актуальной проблемой педиатрии является диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Это связано с распространенностью внепищеводных «масок» этого заболевания у детей [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

Методы исследования. Анализ и обобщение литературных данных о внепищеводных проявлениях гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей.

Результаты и их обсуждение. В рабочей классификации ГЭРБ у детей выделены такие внепищеводные проявления, как бронхолегочные, оториноларингологические, кардиологические, стоматологические [4].

Согласно Монреальской классификации, клинические синдромы ГЭРБ разделены на две большие группы: пищеводные и внепищеводные. При этом выделены синдромы, связь которых с ГЭРБ установлена (кашель рефлюксной природы, ларингит рефлюксной природы, бронхиальная астма рефлюксной природы, эрозии зубной эмали рефлюксной природы) и синдромы, связь которых с ГЭРБ предполагается (фарингит, синусит, идиопатический фиброз лёгких, рецидивирующий средний отит) [5].

Рефлюкс-индуцированный хронический кашель.

ГЭРБ является причиной хронического кашля в 40 % случаев, продуктивного кашля с мокротой в 15 % случаев. Патогенез кашля, индуцированного ГЭРБ, связан со стимуляцией эзофаготрахеобронхиального рефлекса при воздействии желудочного содержимого на вагусные рецепторы дистальной части пищевода и активацией кашлевого рефлекса с рецепторов гортани и трахеобронхиального дерева при микро- или макроаспирации содержимого пищевода [5, 7].

Кашель, вызванный ГЭРБ, обычно сухой, у большинства пациентов обостряется после инфекции верхних дыхательных путей, возникает преимущественно при изменении положении тела, особенно при наклонах.

Рефлюкс-индуцированная бронхиальная астма.

Основной механизм развития рефлюкс-индуцированной астмы – микроаспирация. Патологический ГЭР рассматривается в качестве триггера приступов астмы, преимущественно в ночной период, преимущественно с 0 до 4 часов утра, что обусловлено уменьшением частоты глотательных движений и, следовательно, увеличением воздействия кислоты на слизистую оболочку пищевода. Эзофагеальные рецепторы, реагируя на заброс желудочного содержимого, активируют рефлекторную дугу: вагусные афферентные волокна, ядро вагуса, эфферентные волокна. Влияние на бронхиальное дерево проявляется в виде рефлекторного кашля или бронхоспазма [3, 6].

Отоларингологические симптомы ГЭРБ наиболее многочисленны и разнообразны.

Ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР) является достаточно частым внепищеводным проявлением ГЭРБ и характеризуется ретроградным поступлением желудочного содержимого в гортань и глотку, приводя к рецидивирующему течению отоларингологической симптоматики.

Эпителий глотки и гортани более чувствителен к повреждающему действию желудочного секрета и менее защищен по сравнению с эпителием пищевода. В связи с этим ГЭР, проникающий через верхний пищеводный сфинктер, никогда не будет считаться физиологическим, поэтому даже один эпизод снижения $\text{pH} < 4$ в гортаноглотке диагностируется как ЛФР [5, 7].

ЛФР является иницирующим фактором многих заболеваний гортаноглотки, таких как рефлюкс-ларингит, узелковый ларингит, подскладочный стеноз, рак гортани, гранулемы и язвы.

К клиническим признакам ЛФР принято относить: 1) осиплость; 2) дисфонию; 3) першение, боль или жжение в горле; 4) частое покашливание; 5) хронический кашель; 6) чувство кома в горле; 7) апноэ; 8) ларингоспазм; 9) дисфагию; 10) отечность слизистой (эдема) гортаноглотки; 11) постназальный затек.

ЛФР как внепищеводный синдром, ассоциированный с ГЭРБ, необходимо дифференцировать от собственно отоларингологической патологии, приводящей к воспалительным изменениям в гортаноглотке.

Стоматологический синдром при ГЭРБ.

В норме слюна обогащена кальцием, фосфатами, содержит карбонаты, натрий, калий, магний, обладает щелочными свойствами с $\text{pH} 6,5-7,5$. Поступление желудочного содержимого в пищевод и далее в ротовую полость приводит к нарушению кислотно-щелочного равновесия с развитием ацидоза. При $\text{pH} 6,2-6,0$ слюна приобретает деминерализующие свойства. Происходит частичная очаговая деминерализация эмали зубов с образованием кариеса, эрозий эмали и дентина. В 32,5 % случаев поражаются верхние и нижние резцы. Эрозии зубов проявляются разрушением эмали и обнажением дентина.

Слюна является регулятором общего количества микроорганизмов. Изменения ее физико-химических свойств в результате ГЭР могут способствовать дисбиозу в полости рта.

К числу наиболее характерных стоматологических поражений при ГЭРБ относятся: поражение мягких тканей (афтозный стоматит, изменения сосочков языка, жжение языка), некариозные поражения твердых тканей зубов (эрозии эмали), кариес, галитоз [2].

Частота заболеваний полости рта при ГЭРБ колеблется от 5 до 69,4 %, их частота и выраженность зависят от возраста пациентов. Заболевания слизистой полости рта, губ, языка наблюдается у 46 % детей 8-15 лет с ГЭРБ различной степени тяжести. Выявлена высокая корреляционная связь степени рефлюкс-эзофагита и интенсивности отека слизистой оболочки полости рта и налета на языке.

Особенности состояния слизистой языка у детей с ГЭРБ: наличие «географического языка», десквамативные изменения, обильный налет белого цвета, не имеющий четкой локализации и располагающийся очагами, выраженная складчатость, гипертрофированные сосочки, отпечатки зубов на боковых поверхностях.

Кариес с изменениями зубной эмали на внутренней поверхности зубов встречается чаще у пациентов с эрозивным, чем с катаральным рефлюкс-эзофагитом.

Кардиологический синдром.

В клинических рекомендациях указаны такие внепищеводные проявления ГЭРБ у детей, как аритмии, а также феномен удлинения интервала PQ.

Многие авторы подчеркивают, что рефлюкс-эзофагит является причиной возникновения болей, напоминающих стенокардию, но не связанных с заболеваниями сердца [2].

Выводы. Таким образом, у детей с бронхолегочной кардиологической патологией, отоларингологическими, стоматологическими заболеваниями при отсутствии ответа на адекватную терапию в диагностический поиск необходимо включать гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь. Своевременная диагностика ГЭР позволяет улучшить качество жизни таких пациентов.

Список литературы.

1. Апенченко Ю.С., Гнусаев С.Ф., Розов Д.Н., Иванова И.И., Королюк Е.Г., Красненков В.Л., Березовский И.В. Течение бронхиальной астмы в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью у детей. Вестник новых медицинских технологий. 2018; 25 (3): 7-14.

2. Борисов А.С., Кондратьева И.В., Цуканова Е.С., Зазулина О.В., Закиров М.М., Кондрыкинский Е.Л., Воробьев О.В., Анисимов С.П., Русановская И.Л., Стукалова Л.В., Болотова В.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей и подростков. Прикладные информационные аспекты медицины. 2017; 20(3): 40-44.
3. Воротникова Н.А., Черненко Ю.В., Эйберман А.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и бронхообструктивный синдром у детей — «порочный круг» или коморбидность? Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022. 199(3): 26–36. DOI 10.31146/1682-8658-esg-199-3-26-36.
4. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей. Клинические рекомендации. Режим доступа: <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/deystvuyushchie-klinicheskie-rekomendatsii/ГЭРБ дети СПР v1 1 03 2017.pdf?ysclid=lgxih4n8r9155071072>
5. Косарев С.С., Лопачова Н.Н. Вне пищеводные проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей. Современные проблемы науки и образования. 2019. 5: 117.
6. Марковнин В.Р., Завьялова А.В., Вотякова О.И. Сочетанное течение бронхиальной астмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей. Вестник Ивановской медицинской академии. 2019. 24(2); 52-56.
7. Нгуен Бик Ван, Овсянников Д.Ю., Айрапетян М.И., Гитинов Ш.А., Жесткова М.А., Коваленко И.В., Куренков И.В., Куркин А.П., Манукян С.Р., Петрайкина Е.Е., Скворцова Т.А., Соколов Ю.Ю., Топилин О.Г., Фролов А.Л., Хо Т.Л. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей с рецидивирующими и хроническими респираторными заболеваниями: частота и информативность различных методов диагностики. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2019. 98(6): 15-22. DOI 10.24110/0031-403X-2019-98-6-15-22.

УДК 613.2

Жалсапова Д.З.¹, Ульданова Д.С.¹, Михайлова Л.А.²

**ОЦЕНКА ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПРОЕКТА
«УКРЕПЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ»**

¹*Управление Роспотребнадзора по Забайкальскому краю, Чита, Россия*
²*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия*

Введение. Наиболее актуальными проблемами питания населения России являются наличие дефицита ряда микронутриентов и несбалансированный рацион, который характеризуется избыточной калорийностью, высоким потреблением животных жиров, соли, сахара при недостатке овощей и фруктов, рыбы и морепродуктов. Известно, что нерациональное питание является фактором риска развития заболеваний, связанных с избыточным питанием: ожирение, гиперлипидемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа и другие. Кроме того, необходимо учитывать, что нездоровые пищевые привычки в семье увеличивают вероятность возникновения алиментарно-обусловленных заболеваний в будущих поколениях [1].

В рамках реализации национального проекта «Демография» разработан федеральный проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек (Укрепление общественного здоровья)», который предусматривает формирование среды, способствующей ведению гражданами здорового образа жизни, включая здоровое питание, мотивирование граждан к ведению здорового образа жизни путем проведения информационно-коммуникационной кампании, а также разработку и внедрение программ укрепления здоровья на рабочем месте [2, 3]. Данным проектом запланировано проведение мониторинга состояния питания школьников в субъектах Российской Федерации. В Забайкальском крае наряду с другими 49 пилотными регионами в 2021 г. и 66 – в 2022 г. было проведено выборочное наблюдение за состоянием питания и здоровьем обучающихся в общеобразовательных организациях г. Чита и районах края.

Цель исследования. Анализ результатов пилотного мониторинга питания школьников Забайкальского края.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в соответствии с

методическими рекомендациями МР 2.3.0274-22 «Подготовка и проведение мониторинга состояния питания обучающихся в общеобразовательных организациях», разработанными Федеральным государственным бюджетным учреждением науки «Федеральный исследовательский центр питания и биотехнологии». В методических рекомендациях представлены подходы к подготовке и проведению мониторинга состояния питания детей школьного возраста в рамках реализации федерального проекта "Укрепление общественного здоровья" национального проекта "Демография" для систематизированного сбора, анализа и интерпретации описательной информации о питании детей, посещающих организованные коллективы. Документ включает в себя критерии выборки, опросники, содержит инструкции по заполнению анкет, вводу в базу данных, контролю качества заполненных анкет.

В 2021 – 2022 гг. Управлением Роспотребнадзора по Забайкальскому краю проведено интервью (опрос) с 2112 учениками и их родителями, в ходе которого были заполнены анкеты по оценке питания обучающегося в общеобразовательных организациях (для родителей и детей). Методом случайной выборки в исследование в 2021 году включены 60 школ (7 организаторов питания), в 2022 г. – 50 школ (6 организаторов питания) в 28 муниципальных районах и г. Чита, при этом 31,4% составили городские школы, 68,6% – сельские. Анкета содержала вопросы, касающиеся организации и содержания школьного и внешкольного питания обучающихся, в том числе имеющих заболевания и требующих индивидуального подхода в организации питания, пищевого поведения и пищевых привычек школьников, особенности режима дня и уровня двигательной активности, распространенности избыточной массы тела и ожирения у школьников и их родителей, хронических заболеваний и иных нарушений здоровья детей, информирования родителей о питании в школе и принципах здорового питания, а также выявлены типовые факторы риска, требующие коррекции. Анкеты были обработаны и введены в электронную базу данных.

В целях проведения подготовительного этапа исследований по оценке состояния питания обучающихся в общеобразовательных организациях Управлением Роспотребнадзора по Забайкальскому краю совместно с Министерством образования и науки Забайкальского края проведены совещания с директорами школ, специалистами комитетов образования, классными руководителями, родительским сообществом, Федеральным бюджетным учреждением здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Забайкальском крае» в целях проведения обучения исследователей. Были направлены информационные письма участникам исследований, в адрес органов исполнительной власти и местного самоуправления Забайкальского края, заинтересованных ведомств, подготовлены пресс-релизы на сайт, проведены брифинги со средствами массовой информации и др.

Аналитический обзор результатов анкетирования представлен Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и Федеральным бюджетным учреждением науки «Новосибирский научно-исследовательский институт гигиены» в виде отчета (индивидуализированный по субъектам РФ участникам пилотного проекта – Забайкальский край) «О результатах анкетирования руководителей общеобразовательных организаций, операторов питания, обучающихся и их родителей (законных представителей) по оценке фактического питания детей, выполненных в рамках реализации национального проекта «Демография» (2021-2022 учебный год)».

Результаты и их обсуждение. При анализе питания в школах большинство обучающихся оценили его как хорошее (60,8%), 34,1% считают удовлетворительным, 5,1% – плохим. При сравнении результатов анкетирования в Забайкальском крае с аналогичными данными в Российской Федерации и Дальневосточном федеральном округе установлены значения на уровне среднероссийских и региональных показателей (табл. 1).

Таблица 1.

Оценка питания в школах Забайкальского края по итогам анкетирования в 2021-2022 учебном году.

Показатели	Забайкальский край			Дальневосточный федеральный округ (ДФО)			РФ
	Всего	в том числе		Всего	в том числе		Всего
		городские школьники	сельские школьники		городские школьники	сельские школьники	
Всего детей, участвующих в анкетировании	1290	405	885	7756	3203	4553	11308

Оценка питания в школах: хорошо	60,8%	44,4%	67,5%	62,1	56,9%	65,6%	64,1%
удовлетворительно	34,1%	48%	28,4%	34,1%	38,7%	30,9%	32,2%
плохо	5,1%	7,6%	4,1%	3,9%	4,4%	3,5%	3,7%
Удельный вес респондентов, предложивших варианты улучшения школьного питания	26,7%	35,8%	22,5%	16,3%	15,3%	17,0%	18,9%

В структуре причин, по которым школьникам не нравится питаться в школьной столовой, лидирующее положение занимают проблемы остывшей еды (23,6%), большой скученности людей во время приема пищи (21,0%), длительное ожидание (15,3%), дефицита времени на прием пищи (13,4%), невкусная еда (13,4%). В структуре предложений родителей школьников по улучшению питания 85% предложений сведены к увеличению продолжительности перемен для питания школьников, возможность самостоятельного выбора блюд детьми, выдача блюд действительно горячими, повышение доступности по времени дополнительного питания, улучшение ассортимента дополнительного питания.

По итогам анкетирования отмечается высокая распространенность среди школьников нездорового пищевого поведения – частое потребление в домашних условиях продуктов, являющихся источником простых легкоусвояемых углеводов, насыщенных жирных кислот и соли. При этом наиболее актуальной остается проблема дефицита в домашнем питании детей молочных продуктов, рыбы, хлеба из муки грубого помола (затрагивающие от 35% до 74% семей) и недостаточного ежедневного потребления фруктов и овощей (от 20 до 36% семей) (табл. 2).

Таблица 2

Факторы, влияющие на питание школьников (%).

Факторы	Забайкальский край	ДФО	РФ
в семье не знают принципов здорового питания	4,7	4,9	3,7
в семье не придерживаются принципов здорового питания	31,3	29,4	23,9
в ежедневном рационе не присутствуют овощные блюда в 2-х и более приемах пищи	27,2	23,9	23,3
ежедневно не употребляются не менее 250-300 г. фруктов	30,2	25,6	19,6
не в приоритете продукты из муки грубого помола с присутствием цельных злаков	53,9	50,4	51,3
в ежедневном рационе не присутствуют блюда из рыбы	41	34,4	37,3
в ежедневном рационе не используется 2-3 молочных продукта	72,7	68	71,1
дети употребляют витаминно-минеральные комплексы, биологически активные добавки	29,1	38,7	39,2
Частота потребления витаминно-минеральных комплексов, биологически активных добавок: постоянно	3,2	6,8	5,3
2-3 раза в год курсами	6,1	10,4	9,1
1 раз в год курсом	14	15,9	18,3
принимает нерегулярно	5	5,2	6,1

В ассортименте дополнительного питания, предлагаемого школьникам в общеобразовательных учреждениях, не содержались блюда из вышеуказанных продуктов, а лидирующие позиции занимали блюда и продукты, не отвечающие принципам «здорового питания»: выпечные изделия (25,3%), соки (12,4%) и сокосодержащие напитки (7,4%), кондитерские изделия (7,9%), что значительно определяет предпочтение при самостоятельном выборе блюда учащимися (табл. 3).

Школьники 10-11 классов существенно выше имеют распространенность привычки добавлять три и более ложек сахара в горячие напитки и досаливать готовые блюда, а также частого потребления продуктов не здорового питания, в том числе колбасных изделий, фаст-фуда, кетчупа, майонеза, чипсов, кондитерских изделий.

Таблица 3.

Доля детей с высокой частотой употребления нездоровых продуктов и блюд.

Показатели (уд. вес)	Забайкальский край	ДФО	РФ
Колбасные изделия (каждый день)	18,5	16,6	14,8
Фаст-фуд (1 раз в неделю и чаще)	12,4	16,6	15,5
Чипсы, сухарики (1 раз в неделю и чаще)	30,6	28,1	25,4
Кетчуп (3 раза в неделю и чаще)	30,5	24,7	24,4
Майонез (3 раза в неделю и чаще)	39,4	26	26,4
Сдобная выпечка и пироги (3 раза в неделю и чаще)	45,1	40,2	38,8
Торты, пирожные (1 раз в неделю и чаще)	40,5	32,1	34,3
Шоколад (3-4 раза в неделю и чаще)	51,1	46,1	45,5
Карамель, зефир, пастила (3 раза в неделю и чаще)	35,9	23,3	23,8
Сладкие газированные напитки (3 раза в неделю и чаще)	23,3	22	20
Удельный вес детей, добавляющих в чай три и более ложек сахара	16,4	18,3	18,6
Удельный вес детей, всегда досаливающих пищу	14,6	12,2	13,6

Исходя из полученных результатов, можно констатировать, что необходимым является улучшение качества школьного питания, в том числе разнообразие, дифференциация меню по группам здоровья, калорийности и цене с учетом рекомендаций родителей и индивидуальным подходом к каждому ребенку (с учетом его заболевания), централизация и индустриализация системы производства питания школьников на основе внедрения новых технологий, таких как централизованная система приготовления пищи; установка современного оборудования; промышленные и безопасные способы упаковки еды и надежная логистика. Обязательным условием оптимизации питания является построение эффективного управления и контроля системы производства школьного питания, концентрация узких специалистов (поваров, диетологов, технологов и т.д.). Большую роль играет пропаганда в области здорового питания, начиная от родителей, классного руководителя, медицинского работника, и привлечения узких специалистов (диетологов), проведение обучающих семинаров по вопросам здорового питания. Необходимо организовать работу с населением с целью формирования приверженности граждан принципам здорового питания, мотивации к потреблению полноценного питания, снижающего дефицит микронутриентов с использованием обучающих (санитарно-просветительских) программ по вопросам здорового питания, разработанных на базе научных центров, подведомственных Роспотребнадзору РФ. Полученные по пилотному проекту мониторинга питания школьников данные позволяют использовать их для разработки сбалансированных полноценных рационов питания в зависимости от физиологической потребности организма детей и социально-экономического положения территорий, на которых расположены школы. Результаты анализа данных мониторинга подтвердили отсутствие навыков здорового пищевого поведения в семьях, что также должно быть учтено при разработке муниципальных программ, в том числе стратегических решений по снижению количества сахара и соли, вносимых при производстве (изготовлении) пищевых продуктов, формировании дифференцированного подхода к ценообразованию на блюда с высоким содержанием сахара, насыщенных жиров, соли и продуктов здорового питания.

Выводы:

1. Основное питание школьников (горячие завтраки и обеды), организованное в общеобразовательных учреждениях в 67% школ, соответствует принципам здорового питания, не содержит запрещенных и не рекомендованных в питании блюд и продуктов, является разнообразным.
2. Дополнительное питание в общеобразовательных учреждениях не в полной мере отвечает принципам здорового питания, в части набора блюд и продуктов, реализуемого в свободной продаже и преимущественно представлено выпечными и кондитерскими изделиями, сладкими фруктовыми напитками, наиболее востребованными у школьников.
3. Питание школьников вне школы характеризуется высокой распространенностью нездорового пищевого поведения – частое потребление в домашних условиях продуктов, являющихся

источником простых легкоусвояемых углеводов, насыщенных жирных кислот и соли.

4. Выявлена общая недооценка родителями значимости здорового повседневного питания в профилактике нарушений роста и развития детей, а также в формировании заболеваний, связанных с пищевым фактором.

Список литературы.

1. Погожева А.В., Смирнова Е.А. Роль образовательных программ в области здорового питания как основы профилактики неинфекционных заболеваний (обзор литературы). Гигиена и санитария. 2020. 99(12). 1426-1430. <https://doi.org/10.47470/0016-9900-2020-99-12-1426-1430>
2. Филимонов С.Н., Тапешкина Н.В., Коськина Е.В., Власова О.П., Ситникова Е.М., Свириденко О.А. Состояние фактического питания детей школьного возраста. Гигиена и санитария. 2020. 99(7): 719-724. DOI <https://doi.org/10.33029/0016-9900-2020-99-7-719-724>.
3. Алексеев В.Б., Лир Д.Н., Лужецкий К.П., Шур П.З. Внедрение обучающей программы по вопросам здорового питания для групп населения, проживающих на территориях с особенностями в части воздействия факторов окружающей среды, в рамках национального проекта «Демография». Гигиена и санитария. 2020. 99(12): 1412-1417. <https://doi.org/10.47470/0016-9900-2020-99-12-1412-1417>.

УДК 616.9-036.22-053.2

Перегоедова В.Н., Богомолова И.К.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Чита, Россия

Введение. Пандемия коронавирусной болезни 2019 г. (COVID-19), вызванная коронавирусом тяжелого острого респираторного синдрома 2 (SARS-CoV-2), представляет собой серьезную проблему в области общественного здравоохранения, угрожающую человечеству с середины декабря 2019 г. [18]. Передача вируса от человека к человеку широко подтверждена, в то время как фактический источник происхождения до сих пор неизвестен. COVID-19 является высококонтагиозным и инфекционным заболеванием, и распространение коронавируса по всему миру оказывает сильное влияние на жизнь людей. Распространение вируса наблюдается, в основном, при тесном контакте с инфицированным человеком или косвенно через прикосновение к загрязненным поверхностям руками, ртом или носом. Кроме того, вирус может передаваться воздушно-капельным путем, водным и фекально-оральным путем [20].

COVID-19 у детей представляет проблему из-за бессимптомного течения и роли в передаче инфекции среди населения. По состоянию на 7 февраля 2022 года более 12 миллионов детей получили положительный результат на COVID-19 с начала пандемии в США, что составляет 18,9% всех случаев (16 000 случаев на 100 000 детей) [5]. Уровень заболеваемости COVID-19 в Ливане в возрастной группе 0-9 лет составил более 400 случаев на 100 000 детей, а в возрастной группе 10-19 лет – более 800 случаев на 100 000 детей. Летальность составила 0,06% в возрастной группе 0-9 лет и 0,03% среди детей 10-19 лет [14]. Считается, что в этой возрастной группе незрелость дыхательных путей и иммунной системы играет роль в развитии тяжелых вирусных респираторных заболеваний.

Дети представляют особую группу из-за близких семейных контактов и восприимчивости к перекрестной инфекции и могут быть потенциально опасными в распространении инфекции [19]. Средний инкубационный период COVID-19 у детей составляет 5,2 дня. Поскольку дети младшего возраста не могут носить маски и не принимают особых профилактических и контрольных мер, число случаев заражения детей резко возросло [12].

Несмотря на низкую заболеваемость COVID-19 у детей относительно взрослых, изучение эпидемиологических особенностей коронавирусной инфекции в этой особой группе населения имеет важное значение в рамках отслеживания контактов.

Цель исследования. Изучить эпидемиологические особенности новой коронавирусной инфекции у детей.

Материалы и методы исследования. Обследовано 176 детей (98 мальчиков и 78 девочек) с

клиническим диагнозом: U07.1 Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован у детей в возрасте от 0 до 17 лет, находившихся с апреля по июль 2020 г. на лечении в инфекционном отделении ГУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Чита. Всем детям проведены клинические, лабораторные и инструментальные исследования. Обследование заключалось в сборе эпидемиологического анамнеза, физикальном осмотре, динамическом наблюдении за течением заболевания во время нахождения детей в стационаре. Этиологическая верификация коронавирусной инфекции проводилась выделением РНК SARS-CoV-2 в материале, забранном из ротоглотки и носа методом полимеразной цепной реакции с применением тест-систем, зарегистрированных на территории Российской Федерации, согласно инструкциям производителя.

В соответствии с методическими рекомендациями «Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей; версия 1 (утв. Министерством здравоохранения Российской Федерации 24.04.2020) все дети разделены на три подгруппы в зависимости от степени тяжести заболевания: 1 подгруппу составили 49 (27,8%) детей с бессимптомной формой коронавирусной инфекции, 2 подгруппу сформировали 84 (47,7%) ребенка с легким течением болезни, в 3 подгруппу включены 43 (24,5%) пациента со среднетяжелой формой COVID-19.

Исследование – одномоментное, одноцентровое, одобрено локальным комитетом по этике при ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России (протокол №101 от 15.04.2020 года) и соответствует принципам, изложенным в декларации Хельсинкского соглашения. Информированное согласие получено от всех родителей детей либо их законных представителей.

Статистический анализ данных, полученных в ходе исследования, проведен с помощью электронных таблиц Microsoft Excel и пакета программного обеспечения «IBM SPSS Statistics Version 25.0» (International Business Machines Corporation, США). Качественные данные описаны с указанием абсолютных значений и процентных долей, различия анализировали по критерию χ^2 Пирсона. Описательная статистика представлена в виде медианы (Me) с указанием 25-го и 75-го перцентилей, статистически значимым считался уровень критерия $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В структуре инфицированных SARS-CoV-2 дети составляют до 10%, в Российской Федерации – 6-7% [1]. В целом среди детей и подростков случаев заболевания и летальных исходов COVID-19 пропорционально меньше, чем у взрослых. По данным ВОЗ с декабря 2019 г. по сентябрь 2021 г. дети в возрасте до 5 лет составили 1,8% (1695265) случаев заболевания и 0,1% (1721) случаев смерти в мире. Среди детей от 5 до 14 лет – 6,3% (6020084) случаев заболевания и 0,02% (1245) случаев смерти в мире, а среди подростков и молодых людей (от 15 до 24 лет) составили 14,5% (13647211) случаев заболевания и 0,04% (6436) случаев смерти в мире [3]. При этом минимальное количество (3-8%) инфицированных среди детей до года, максимальное (60-65%) – старше 7 лет. Опубликованы показатели заболеваемости детей до 10 лет: в Швеции и Швейцарии – 0,4-0,5%, в Индии – 2,5%, при этом не зарегистрировано ни одного случая в Исландии [10]. Среди детей 10-19 лет заболело 1,3% в Швеции, 2,6% в Швейцарии, 5% в Индии. Американские авторы отмечают, что больше половины (62%) заболевших приходится на возраст 10-17 лет [16].

Анализируя возрастную структуру заболеваемости детей в нашей работе, можно констатировать, что дети всех возрастов подвержены коронавирусной инфекции. Возраст детей с коронавирусной инфекцией составил 8,0 [4,0; 8,0] лет, но колебания варьировали от 1 дня до 17 лет, что свидетельствует о восприимчивости к COVID-19 детей всех возрастов. У нас преобладали подростки 59 (33,5%), а также дети от 4 до 7 лет – 42 (23,9%). При этом на долю младших школьников пришлось 38 (21,6%) случаев, до года – 20 (11,4%), 1-3 года – 17 (9,7%) детей. При этом Шакмаева М.А. и др. отметили, что среди пациентов с COVID-19 доминировали дети первого года жизни – 56,5%, реже заболевание регистрировалось в возрастных группах 1-3 года – 17,4%, 3-7 лет и 7-14 лет – по 10,1% соответственно, а также 14-17 лет – 20,3% [4]. В работе Dong Y. средний возраст всех пациентов составлял 7 [2; 13] лет [8]. В исследовании Евсеевой С.А. с соавт. на детей старшего возраста (7 лет и старше) приходилась 53,6% случаев [2].

В нашей работе большинство детей составили мальчики [n=98 (55,7%)], преобладающие над девочками [n=78 (44,3%), $p=0,034$], что согласуется с результатами других исследований [3], где отмечается наибольшее распространение коронавирусной инфекции среди лиц мужского пола.

Данный факт можно объяснить тем, что двойные X-хромосомы у женщин являются своего рода защитой от нового коронавируса. У женского пола имеется несколько генов, расположенных на X-хромосоме и участвующих в воспалении, связанных с иммунитетом, ответственных за врожденный и адаптивный иммунный ответ на инфекцию [9]. Успешное проникновение SARS-CoV-2 в клетку зависит от рецептора ангиотензинпревращающего фермента 2 (ACE2) и трансмембранной протеазы серина 2 (TMPRSS2). Обнаружено, что более высокая экспрессия и активность ACE2 у мужчин, чем у женщин, что способствует половым различиям в заражении SARS-CoV-2 [15]. Таким образом, гендерное неравенство в экспрессии рецептора ACE2 и TMPRSS2 объясняет различия в уязвимости к COVID-19. Мальчики в возрасте 0-1 и 1-3 года чаще болели бессимптомной формой 2019-nCoV ($p < 0,05$), тогда как мальчики-подростки 12-17 лет в 3,4 и 2,6 раза чаще переносили среднетяжелое течение заболевания ($p < 0,05$).

Эпидемиологическая характеристика новой коронавирусной инфекции у детей представлена в таблице. 149 (84,7%) детей сообщили о нахождении в тесном контакте с кем-то из членов семьи, у кого выявлен положительный результат на SARS-CoV-2. В Новом Южном Уэльсе у 9 учеников и 9 сотрудников из 15 школ подтвержден COVID-19, а 735 учеников и 128 сотрудников идентифицированы как близкие контакты. При этом зараженными оказались по одному ребенку из начальной и средней школы, тогда как ни один учитель или сотрудник этих учебных заведений не дали положительный тест на SARS-CoV-2 [6].

Точную дату контакта с лицами с подтвержденным или подозреваемым случаем COVID-19 сообщили 39 (22,2%) пациентов.

Выявлено, что 2 (1,1%) ребенка выезжали за границу до появления симптомов COVID-19. В Исландии только 6,7% детей в возрасте до 10 лет, которые недавно путешествовали в страны с высоким риском заражения COVID-19 или имели контакт с инфицированными людьми, дали положительный тест на SARS-CoV-2 [11].

Не отметили определенных эпидемиологических особенностей 27 (15,3%) больных, в литературе представлено, что семейный анамнез положительных контактов обнаружен в 73,3% наблюдений [13]. В другой работе путь передачи был при тесном контакте с членами семьи в 89% наблюдениях, а контакт с зоной эпидемии – 33% случаев [17].

De Sanctis V. наблюдали более длительный период инкубации у подростков, в среднем 6,5 [2,0; 10] дней с момента появления симптомов [7]. В нашем исследовании средний инкубационный период составил 3,0 [1,0; 7,0] дня, среднее время от появления симптомов болезни до момента госпитализации – 3,0 [1,0; 4,0] дня.

Что касается вакцинации против сезонного гриппа в текущем году, то непривитыми оказались 147 (83,5%) пациентов, при этом количество вакцинированных составило 29 (16,5%) случаев ($p < 0,001$).

Таблица

Эпидемиологическая характеристика новой коронавирусной инфекции у детей

Эпидемиологические характеристики	Дети с COVID-19							
	1 группа (n=49)		2 группа (n=84)		3 группа (n=43)		всего (n=176)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тесный контакт с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19	44	89,8	69	82,1	36	83,7	149	84,7
Точная дата контакта	15	30,6 ¹	13	15,5	11	25,6	39	22,2
Прибытие больного из эпидемиологически неблагоприятной страны в течение 14 дней	1	2,1	0	0	1	2,3	2	1,1
Не имели определенных эпидемиологических особенностей	5	10,2	15	17,9	7	16,3	27	15,3
Вакцинация против сезонного гриппа	4	8,2	13	15,5	12	27,9	29	16,5
Средний инкубационный период	4,0 [1,0; 8,0]		2,5 [2,0; 7,0]		2,0 [1,0; 5,0]		3,0 [1,0; 7,0]	
Среднее время от появления симптомов до госпитализации	1,0 [1,0; 4,0]		3,0 [1,5; 4,0]		3,0 [2,0; 6,0]		3,0 [1,0; 4,0]	

Примечание: n – количество наблюдений; p1 – статистическая значимость различий ($p < 0,05$) между 1 и 2 группами (критерий χ^2 Пирсона).

На следующем этапе исследования проведен анализ эпидемиологических данных у детей в зависимости от тяжести течения COVID-19 (таблица).

Подтвержденная инфекция SARS-CoV-2 у членов семьи присутствовала у 89,8% детей первой, 82,1% – второй и 83,7% пациентов третьей группы (соответственно $p=0,234$, $p=0,389$, $p=0,825$).

Во время сбора эпидемиологического анамнеза выявлено, что пациенты с бессимптомной формой COVID-19 статистически значимо чаще могли уточнить дату контакта с членами семьи, имеющими лабораторную верификацию SARS-CoV-2, по сравнению с детьми с легким течением болезни ($p=0,039$), тогда как статистически значимой разницы относительно детей со среднетяжелой формой коронавирусной инфекции не обнаружено ($p>0,05$).

Не получено статистически значимой разницы между числом детей в изучаемых группах, которые сообщали о поездках за границу за 14 дней до начала заболевания ($p>0,05$).

Статистически значимой разницы в средних сроках инкубационного периода между группами не отмечено ($p>0,05$), несмотря на тенденцию к его укорочению по мере утяжеления COVID-19. Среднее время от появления клинических симптомов до госпитализации в инфекционное отделение не зависело от степени тяжести коронавирусной инфекции у детей ($p>0,05$).

Выводы. Таким образом, дети всех возрастов оказались восприимчивыми к COVID-19. Самая частая причина заражения детей – бытовая передача SARS-CoV-2 от лиц с подтвержденной или подозреваемой инфекцией COVID-19 в результате тесного контакта. Преимущественно коронавирусная инфекция регистрировалась у мальчиков старшего школьного возраста. У детей, инфицированных SARS-CoV-2, отмечена минимальная туристическая активность, низкий охват вакцинацией против сезонного гриппа. Большинство детей переболели COVID-19 в бессимптомной и легкой форме.

Список литературы:

1. Александрович Ю.С., Алексеева Е.И., Бакрадзе М.Д., и др. Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), у детей. Версия 2. Педиатрическая фармакология. 2020. 17(3): 187-212.
2. Евсеева С.А., Богдашин В.В., Бурцева Т.Е. и др. Коронавирусная инфекция COVID-19 у детей Республики Саха (Якутия). Якутский медицинский журнал. 2021. 3(75): 70-71.
3. Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А. COVID-19 и дети. Пульмонология. 2020. 30(5): 609–628. DOI 10.18093/0869-0189-2020-30-5-609-628.
4. Шакмаева М.А., Чернова Т.М., Тимченко В.Н. Особенности новой коронавирусной инфекции у детей разного возраста. Детские инфекции. 2021. 2(75): 5-9.
5. American Academy of Pediatrics. Children and COVID-19 State Data Report. Available at: <https://www.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/children-and-covid-19-state-level-data-report>
6. COVID-19 in schools – the experience in NSW 2020.
7. De Sanctis V., Ruggiero L., Soliman A.T., et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in adolescents: An update on current clinical and diagnostic characteristics. Acta bio-medica: Atenei Parmensis. 2020. 91(2): 184-194. DOI 10.23750/abm.v91i2.9543.
8. Dong Y., Mo X., Hu Y., et al. Epidemiology of COVID-19 Among Children in China. Pediatrics. 2020. 145(6):e20200702. DOI 10.1542/peds.2020-0702.
9. Gemmati D., Bramanti B., Serino M.L. et al. COVID-19 and individual genetic susceptibility/receptivity: Role of ACE1/ACE2 genes, immunity, inflammation and coagulation. Might the double X-chromosome in females be protective against SARS-CoV-2 compared to the single X-chromosome in males? Int. J. Mol. Sci. 2020; 21(10): 3474. DOI 10.3390/ijms21103474.
10. Gudbjartsson D.F., Helgason A., Jonsson H. et al. Spread of SARS-CoV-2 in the Icelandic population. N. Engl. J. Med. 2020. 382(24): 2302–2315. DOI 10.1056/NEJMoa2006100.
11. Gunnarsdottir E.L.T, Gunnarsdottir S.L.X, Heimisdottir A.A., et al. [Incidence and predictors of prolonged intensive care unit stay after coronary artery bypass in Iceland]. Laeknabladid 2020. 106: 123–9. DOI 10.17992/ibl.2020.03.471.
12. Li Q., Guan X., Wu P., et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. N Engl J Med 2020. 382: 1199-1207. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>

13. Liguoro I., Pilotto C., Bonanni M., et al. SARS-COV-2 infection in children and newborns: a systematic review. *European journal of pediatrics*. 2020. 179(7): 1029-1046. DOI 10.1007/s00431-020-03684-7.
14. MOPH. Monitoring of COVID-19 infection in Lebanon. Available at: <https://www.moph.gov.lb/en/Media/view/43750/1/monitoring-of-covid-19>.
15. Mukherjee S., Pahan K. Is COVID-19 Gender-sensitive? *J Neuroimmune Pharmacol*. 2021. Mar. 16(1): 38-47. DOI 10.1007/s11481-020-09974-z.
16. Irfan O., Tang K., Ariya M., Bhutta A. Epidemiology, characteristics and impact of COVID-19 on children, adolescents and pregnant women. *Pediatric pharmacology*. 2020. 17(4): 352-359.
17. Qiu H., Wu J., Hong L., et al. Clinical and epidemiological features of 36 children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Zhejiang, China: an observational cohort study. *The Lancet. Infectious diseases*. 2020. 20(6): 689-696. DOI 10.1016/S1473-3099(20)30198-5.
18. Saryeddine R., Ajrouch Z., El Ahmar M., et al. Parents' knowledge, attitude, and practices towards COVID-19 in children: A Lebanese cross-sectional study. *J Prev Med Hyg*. 2022. Dec. 31; 63(4): E497-E512. DOI 10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.4.2521.
19. She J., Liu L., Liu W. COVID-19 epidemic: Disease characteristics in children. *Journal of medical virology*. 2020. 92(7): 747-754. DOI 10.1002/jmv.25807.
20. Singh A., Haq I. Novel coronavirus disease (COVID-19): origin, transmission through the environment, health effects, and mitigation strategies-a review. *Environ Sustain (Singap)*. 2021. 4(3): 515-526. DOI 10.1007/s42398-021-00204-7.

УДК 616.71-007.151-053.2:575.224.234

Каргина И.Г., Щербак В.А., Щербак Н.М.

**РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ОСТЕОПРОТЕГЕРИНА В РАЗВИТИИ РАХИТА
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия**

Введение. Одной из основных целей медицины настоящего времени является предупреждение развития заболеваний. Особенно это касается педиатрической практики, так как, заложенное в детстве, несет за собой последствия в более старшем возрасте. Это привело к изучению молекулярной медицины и ее внедрению в широкую практику, созданию генетического паспорта человека, для выявления генетической предрасположенности к каким-либо заболеваниям. Сама генетическая предрасположенность без воздействия определенных неблагоприятных условий не несет угрозы жизни и здоровью пациента, но при их появлении возникает развитие патологии. Определение генов предрасположенности можно назвать методом превентивной медицины. В настоящее время активно изучается полиморфизм ряда генов метаболизма костной ткани и остеопороза у человека.

Превентивная медицина — это направление в современной медицинской науке и практике, главной целью которой является сохранение здоровья человека за счет предупреждения развития различных заболеваний и патологий. На первый план выходит ранняя диагностика заболевания, что позволяет врачам начать своевременное лечение. Изучение полиморфизмов разных генов также можно отнести к методам диагностики со стороны превентивной медицины. Одной из актуальных на сегодняшний день проблем является широкое распространение заболеваний костной системы у детей, а особенно рахита. По данным Росстата, уровень заболеваемости детей рахитом в России за последние годы колеблется и составляет 49,6-66%.

Остеопротегерин (ОПГ) – протеин семейства рецепторов фактора некроза опухоли, продуцируется различными тканями и клетками (печень, сердце, легкие, почки, костная ткань). Взаимодействуя с RANKL (рецептор-активатор ядерного транскрипционного фактора каппа-В), ОПГ (OPG) препятствует соединению RANKL с RANK (рецептор активации и дифференцировки остеокластов) блокируя тем самым остеокластогенез. Повышение уровня ОПГ при остром течении рахита объясняет процесс ремоделирования костной ткани у данной группы детей [1]. Ранее выявлено увеличение концентрации ОПГ при опухолях костной ткани. Для подострого течения рахита характерно преобладание остеонной гиперплазии над процессами остеомалации. Выявленные нами изменения концентрации ОПГ логично объясняют данные процессы. Другой возможной

причиной возрастания уровня ОПГ является его антагонизм к паратгормону [2]. Система RANK/RANKL/OPG – ключевой регулятор гомеостаза костной ткани [3]. Нарушения системы RANK/RANKL/OPG участвуют в развитии ряда патологических процессов, связанных с ремоделированием костной ткани, а также онкологическими процессами. Клетками, отвечающими за контроль костного ремоделирования, являются остеобласты, ответственные за производство нового костного вещества, и остеокласты – специализированные клетки гемопозитического происхождения, отвечающие за резорбцию неорганического и органического костного матрикса [3]. Относительно недавно было показано, что ключевым молекулярным звеном в формировании, функционировании и выживании остеокластов является система RANK/RANKL/OPG [4].

Цель исследования. Выявление различий аллелей и генотипов полиморфных маркеров ремоделирования костной ткани – гена RANKL C>T [rs 9594738] и гена RANKL C>T [rs 9594759] у детей с рахитом и группы здоровых пациентов.

Материалы и методы исследования. Участие 108 доношенных детей г. Читы в возрасте от 3 месяцев до 2 лет. Критериями включения являлись дети с клиническими признаками рахита легкой и среднетяжелой степени тяжести, без сопутствующей хронической патологии, из полных и социально-адаптированных семей. Критериями исключения из исследования являлись дети от матерей, употребляющих алкоголь и наркотические препараты, из социально-неблагополучных семей; дети с пороками развития или хромосомной патологией, с внутриутробной инфекцией, от многоплодной беременности. На первом этапе мы выделили группы детей по течению заболевания: с острым (37 детей) и подострым (45 пациентов). После статистической обработки данных групп, на втором этапе группа детей с рахитом разделена также на 2 группы по степени тяжести заболевания: легкой (40 пациентов) и среднетяжелой степени тяжести (42 ребенка).

Диагностика рахита была проведена с помощью объективных данных и биохимических показателей крови. Оценивалось состояние костной, мышечной, центральной и вегетативной нервной системы, физическое и нервно-психическое развитие. Диагноз рахит был выставлен на основании анамнестических данных, физикального осмотра, результатов биохимических исследований. Использована классификация по О.С. Дулицкому (1947) с изменениями на основании Национальной программы «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции», 2021 г. [5].

Во всех случаях получено добровольное информированное согласие законных представителей пациентов. Исследование прошло экспертизу локального этического комитета при ФГБОУ ВО Читинской государственной медицинской академии от 06. 11. 2015 г, протокол № 74. Исследование биохимических показателей проходило методом ИФА. Уровень остеопротегерина определялся набором RayBio (США). Материалом для исследования были образцы ДНК, выделенные из периферической венозной крови. Для исследования были выбраны точки мутаций гена остеопротегерина RANKL C>T [rs 9594738] и RANKL C>T [rs 9594759]. Для генотипирования у ребенка проводился забор периферической венозной крови, которая собиралась в одноразовую пластиковую пробирку с раствором антикоагулянта (ЭДТА). Выделение ДНК из лейкоцитов проводилось с помощью реагента «ДНК-экспресс-кровь» («ООО НПО ДНК-Технология», г. Москва). Регистрация и учёт результатов ПЦР проводились в режиме реального времени.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Microsoft Excel 2010, Statistica 8,0 (StatSoft). Проводилось тестирование на нормальность рядов по Колмогорову-Смирнову, на основании полученных данных, мы сделали вывод, что ряды не подчинялись критериям нормальности, поэтому далее мы применили методы статистики для непараметрических данных. Сравнение двух несвязанных групп проводили критерием Манна-Уитни (U-тест), значения уровня $p < 0,05$ расценивались статистически значимыми.

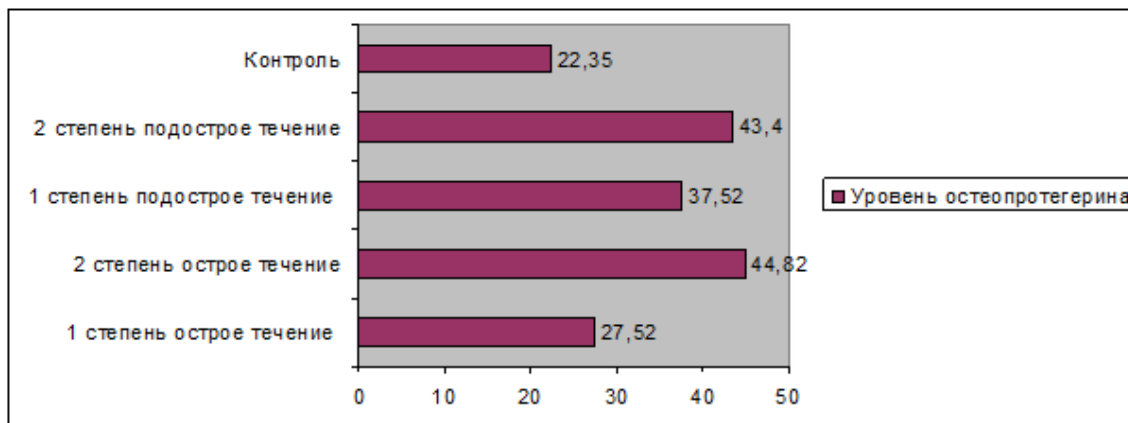
Для оценки равновесия соответствия распределений генотипов ожидаемым значениям при равновесии Харди - Вайнберга и для сравнений распределений частот генотипов и аллелей в исследованных группах использовался χ^2 (Пирсона). Вероятность развития событий вычислено методом оценки шансов OR с доверительным интервалом (CI) 95%. Значение уровня $p < 0,05$ считалось статистически значимым.

Результаты и их обсуждение. Во время проведения исследования, нами был исследован уровень ОПГ (Диаграмма 1), максимальное повышение концентрации показателя наблюдается

при среднетяжелой степени. Уровень гормона максимально повышен при средне-тяжелой степени остром течении в 2 раза ($p < 0,05$), в сравнении с группой контроля, и на 93% ($p < 0,05$) выше при средне-тяжелой степени подостром течении. Уровень ОПГ также повышен при легкой степени остром течении на 23% ($p < 0,05$) и при легкой степени остром течении на 67%.

Диаграмма 1

Уровень ОПГ в зависимости от течения и степени рахита



Установлено, что обследованные дети существенно различались по частоте генотипов (0,083) полиморфизма RANKL C>T [rs 9594738] (табл. 1). При этом среди больных с острым течением рахита, в сравнении с группой контроля, чаще регистрировались аллели CC и CT (OR= 1,90, 95%, CI: 0,59-6,14, $p=0,28$), аллель TT также зарегистрирована в 19% случаев (OR= 0,53, 95%, CI: 0,16-1,69, $p=0,28$).

Таблица 1

Распределение генотипов и частоты аллельных вариантов RANKL C>T [rs 9594738] среди детей с рахитом и группы контроля в зависимости от течения рахита

Генотипы и аллели	Частота генотипов и аллелей полиморфизма C>T [rs 9594738] гена RANKL среди детей			P (χ^2)
	Острое течение рахита, n=37	Подострое течение рахита, n=45	Группа контроля, n=26	
Генотип CC, n (%)	18 (48,6)	11 (24,4)	8 (30,8)	0,083 (8,260)
Генотип CT, n (%)	12 (32,4)	26 (57,7)	10 (38,4)	
Генотип TT, n (%)	7 (19)	8 (17,9)	8 (30,8)	
Аллель C, n (%)	30 (61,2)	37 (52,1)	18 (50)	0,509 (1,351)
Аллель T, n (%)	19 (38,8)	34 (47,9)	18 (50)	

** $p < 0,05$

При подостром течении также чаще регистрировались аллели CC и CT (OR= 2,06, 95%, CI: 0,66-6,37, $p=0,21$), аллель TT также зарегистрирована в 17,9% случаев (OR= 0,49, 95%, CI: 0,16-1,51, $p=0,21$). В группе контроля аллель TT также была выявлена, что говорит о риске развития заболеваний костной системы на основании данных, полученных другими исследователями [4].

При статистической обработке данных полиморфизма RANKL C>T [rs 9594759], полученных в ходе исследования, было выявлено существенное различие как по частоте генотипов (0,163), так и аллелей (0,419) с преобладанием генотипов CC и CT (OR= 3,79, 95%, CI: 1,18-12,21, $p=0,02$), существует статистически значимая связь между признаками, мутантная аллель TT проявляется в 42,3% случаев (OR= 0,26, 95%, CI: 0,08-0,85, $p=0,02$). При подостром течении рахита, также регистрировалось преобладание генотипов CC и CT (OR=2,20, 95%, CI: 0,78-6,19, $p=0,13$), аллель TT также зарегистрирована в 19% случаев (OR=0,45, 95%, CI: 0,16-1,28, $p=0,13$).

Нами выявлено, что носители мутантной аллели T, как гена RANKL C>T [rs 9594738], так и RANKL C>T [rs 9594759] встречались во всех выделенных группах с рахитом, так же и в группе контроля. Так, частота встречаемости аллели T при остром течении рахита составляет 38,8%,

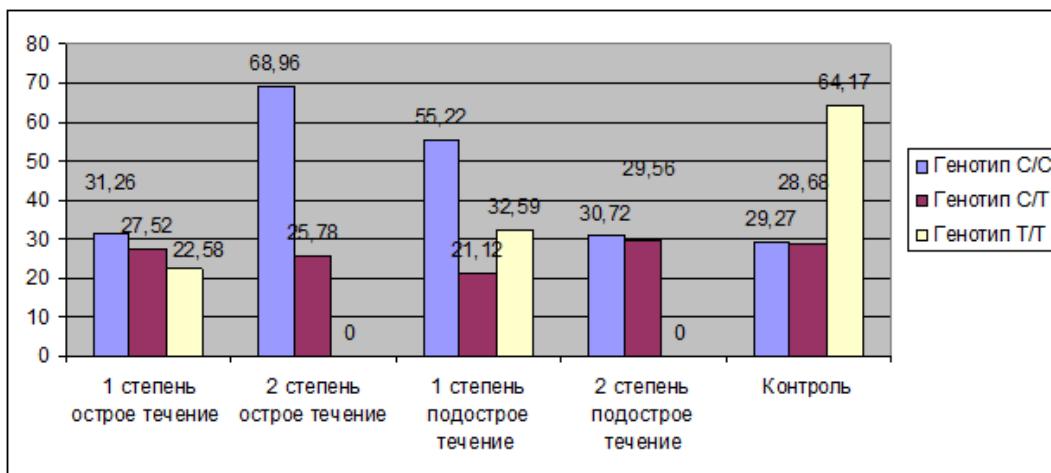
$\chi^2=0,717$, $p > 0,05$), а при подостром течении 47,9% ($\chi^2=0,982$, $p > 0,05$). Мы выявили, что мутантная аллель была выявлена как при различных видах рахита, так и в группе контроля. Генотип ТТ встречался практически в равных долях во всех группах.

Отклонение от равновесия Харди – Вайнберга для полиморфизма RANKL C>T [rs 9594738] в группах детей не выявлено.

При оценивании влияния полиморфизма гена RANKL C>T [rs 9594738] на уровень остеопротегерина, при генотипе C/C, выявлена статистически значимая связь при средне-тяжелой степени остром течении и легкой степени подостром течении ($p < 0,05$), при выделении генотипа C/T выявлена статистически значимая связь при легкой степени подостром течении. При оценке показателей генотипа T/T статистически значимыми являются показатели при легкой степени остром и подостром течении (Диаграмма 2).

Диаграмма 2

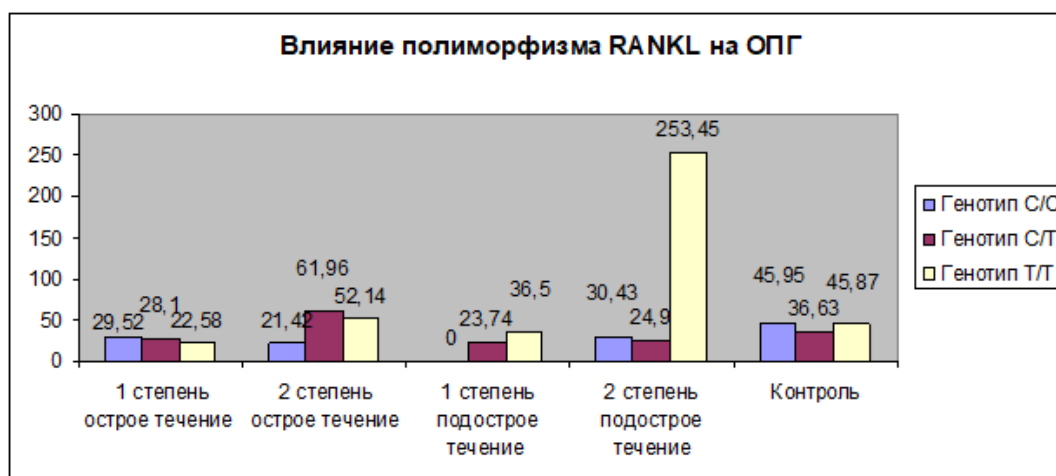
Влияние полиморфизма гена RANKL C>T [rs 9594738] на уровень остеопротегерина, в зависимости от генотипа
 При оценивании влияния полиморфизма гена RANKL C>T [rs 9594759] на уровень



остеопротегерина, в зависимости от распределения генотипов, выявлена статистически значимая связь при средне-тяжелой степени остром течении во всех 3 генотипов, а также при средне-тяжелой степени подостром течении (Диаграмма 3).

Диаграмма 3

Влияние полиморфизма гена RANKL C>T [rs 9594759] на уровень остеопротегерина, в зависимости от генотипа



Исследования последних лет значительно расширили представления о патогенетических механизмах, лежащих в основе аномалий ремоделирования костной ткани, были найдены гены,

принимающие участие в процессах костеобразования и костной резорбции. Гомеостаз костной ткани обусловлен сбалансированностью и согласованностью во времени процессов костеобразования и костной резорбции, являющихся результатом совместного действия множества генов. Мутации в этих генах, а также нарушение баланса их совместного действия приводят к возникновению различных форм костной патологии и росту заболеваемости. Это позволяет понять роль генов и долю их участия в костном ремоделировании, а также изучить молекулярно-генетические механизмы, позволяющие понять, как мутационные изменения в одном гене могут радикально влиять на сбалансированность процессов образования новой и резервирования старой костной ткани. В ходе множественных исследований влияния полиморфизма гена RANKL по полиморфизмам rs9594759 и rs9594738 была обнаружена взаимосвязь данных полиморфизмов с патологией костной системы. Большинство исследований касалось изучения влияния полиморфных генов на постменопаузальный остеопороз, а также ревматоидный артрит, частые костные переломы. Была выявлена взаимосвязь между полиморфизмом гена RANKL (rs9594738 и rs9594759) и МПК в поясничном отделе позвоночника [3]. Выводы при изучении постменопаузального остеопороза были сделаны следующие: носителей аллелей T гена RANKL по полиморфизмам rs9594759 и rs9594738 в 2 раза повышен риск снижения минеральной плотности костной ткани и повышен риск переломов. Также влияние RANKL обнаружено на возникновение опухолей костной системы [6]. Описано влияние данных полиморфизмов на факторы прогрессирования идиопатического сколиоза, наследственных нарушений соединительной ткани. Описано, что недостаточное накопление пиковой костной массы связано не только с внешними факторами, кальциевым обменом, но и, в значительной мере, с генетическими нарушениями [7].

Выводы. В патогенезе рахита полиморфизмы гена остеопротегерина имеют различное значение. Гомозиготная мутантная аллель гена RANKL C>T [rs 9594738] и гена RANKL C>T [rs 9594759] выявлены при всех вариантах течения рахита и в группе контроля. На основании этого можно предположить высокий риск развития нарушений в системе RANK/RANKL/OPG, а также заболеваний костной системы в группе контроля.

Список литературы:

1. Каргина И.Г., Щербак В.А. Современные представления о роли витамина D. Российский педиатрический журнал. 2016. 19(2). 103-105. DOI 10.18821/1560-9561-2016-19(2)-103-105.
2. Щербак В.А., Каргина И.Г., Щербак Н.М. Роль остеопротегерина в патогенезе рахита. Вопросы детской диетологии. 2018. 16(3). 72-73.
3. Arid J., Xavier T.A., da Silva R.A.B, De Rossi A., da Silva L.A.B., de Queiroz A.M., et al. RANKL is associated with persistent primary teeth and delayed permanent tooth emergence. *Int J Paediatr Dent.* 2019 May. 29(3): 294-300. DOI 10.1111/ipd.12467.
4. Petean I.B.F., K uchler E.C., Soares I.M.V., Segato R.A.B., Silva L.A.B.D., Antunes L.A.A., et al. Genetic Polymorphisms in RANK and RANKL are Associated with Persistent Apical Periodontitis. *J Endod.* 2019 May. 45(5): 526-31. DOI 10.1016/j.joen.2018.10.022.
5. Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции : Национальная программа. – 2-е издание, исправленное и дополненное. – Москва : Общество с ограниченной ответственностью Издательство "ПедиатрЪ". 2021. 116 с. – ISBN 978-5-6045953-3-6.
6. Кушлинский Н.Е., Тимофеев Ю.С., Соловьев Ю.Н. и др. Компоненты системы RANK/RANKL/OPG, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-16, ММП-2 и кальцитонин в сыворотке крови больных с новообразованиями костей. *Бюлл. экспер. биол. мед.* 2014. 157(4): 522-526.
7. Amarasekara D.S., Yun H., Kim S., Lee N., Kim H., Rho J. Regulation of Osteoclast Differentiation by Cytokine Networks. *Immune Netw.* 2018 Feb. 18(1). e8. DOI 10.4110/in.2018.18.e8.

УДК 616.94 - 053.34

Кочерова В.В.¹, Попова Н.Г.¹, Григорьева С.В.²

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ В ДИАГНОСТИКЕ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия

²Государственное учреждение здравоохранения "Краевая детская клиническая больница»,
Чита, Россия

Введение. Неонатальный сепсис – генерализованное инфекционное заболевание, которое возникает при развитии в организме новорожденного инфекционно-воспалительного процесса, бактериемии, сопровождающееся симптомами интоксикации, множественными септическими очагами и/или наличие положительной гемокультуры у детей первого месяца жизни.

Современное определение сепсиса, принятое на «Третьем международном консенсусе по определению сепсиса и септического шока» в 2016 году, рассматривает как «остро возникшую – угрожающую жизни полиорганную дисфункцию, вызванную нарушенной реакцией организма человека на инфекцию, с повреждением собственных органов и тканей» [1, 2, 5]. Для объективной диагностики сепсиса внедряются оценочные шкалы, адаптированные возрасту. В неонатологии это шкала nSOFA [2,3,4]. В модифицированной nSOFA оценивается патологии респираторной системы, сердечно-сосудистой, почечной, печеночной, неврологической недостаточности, гематологические, метаболические нарушения. Выраженность каждого синдрома оценивается от 0 до 4 баллов. По данным Wynn J.L., Polin R.A. (2019) при оценке органной дисфункции в 1-2 балла риск летальности составляет более 30%, а суммарной оценке более 8 баллов - около 90% [6]. При крайне тяжелых вариантах течение генерализованного инфекционного процесса суммарное количество баллов может достигать 24.

В периоде новорожденности как проявление генерализованного инфекционного процесса с полиорганными нарушениями кроме раннего и позднего сепсиса диагностируется и внутриутробная инфекция. Асфиксия еще одно состояние, которое сопровождается полиорганными нарушениями и может «имитировать» септическое состояние.

Таким образом, остается актуальной своевременная объективная диагностика сепсиса с возможностью проведения дифференциальной диагностики с внутриутробной инфекцией или полиорганными нарушениями постасфиксического генеза.

Цель исследования. Оценить эффективность использования шкалы nSOFA для диагностики генерализованной инфекционной патологии (раннего неонатального сепсиса и внутриутробной инфекции (ВУИ)) у новорожденных разных сроков гестации.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 30 новорожденных, прошедших через ОРИТН ГБУЗ ЗКПЦ за период 2021-2022 гг. с полиорганными нарушениями (ПОН). Причинами ПОН явились ранний неонатальный сепсис, внутриутробная инфекция и тяжелая асфиксия. Для изучения клинико-anamnestических показателей использованы форма 113/У-07 и 097/у.

Сформированы 3 группы: 1 группа (n=7) новорожденных с диагностированным ранним неонатальным сепсисом, 2 группа - с ВУИ (n=18), 3 группа (сравнения) дети, рожденные в состоянии тяжелой асфиксии (n=5).

Статистическая обработка результатов проводилась программами «Statistica-6.0», Microsoft Excel 2010. Распределение в группах было ненормальное, их описание проведено с расчетом Ме [25-75], сравнение непараметрических показателей – критерием Фишера, параметрических показателей критерием Манна-Уитни. Оценка факторов риска проводилась с помощью отношения шансов (ОШ). Значимые различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Проанализирован анамнез матерей, антропометрические показатели новорожденных детей, проведена оценка по nSOFA при их поступлении в ОРИТН, этиология инфекционных заболеваний, летальность.

Возраст матерей групп сравнения в 80% случаев был благоприятным для рождения (до 35 лет). Отягощенный акушерский анамнез (выкидыши и мертворождения) диагностирован в 1 группе

у 42,3%, во 2 группе – 64,7%, а в 3 группе у 20% отмечалось бесплодие. Течение беременности осложнялось фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) во всех группах с преобладанием субкомпенсированной формы (80%). Декомпенсация ФПН развилась только в 1 группе у 14,3%. Вагиноз неспецифической этиологии выявлен у матерей 1 группы у 28,6% и 2 группы исследования у 35,3%, как одна из причин развития генерализованной инфекции у новорожденных детей. Хориоамнионит в родах диагностирован в группе наблюдения с реализацией врожденного сепсиса у 42,8%, при ВУИ - 17,6%, при асфиксии – 60%, статистически значимых различий не выявлено. Цервицит и эндометрит выявлен только у 52,9% матерей 2 группы.

Соматические заболевания матерей в группах сравнения не имели значимых различий (регистрировались артериальная гипертензия, пиелонефрит, гестационный сахарный диабет). Экстренное оперативное родоразрешение потребовалось во всех группах сравнения (в 1 группе – 57,1%, во 2 группе – 23,5%, и в 3 группе – 40,0% ($p=1,0$)).

Характеристика детей групп сравнения представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Антропометрические показатели, срок гестации и оценка по шкале Апгар у новорожденных групп сравнения.

Показатель	1 группа n=7	2 группа n=18	3 группа n=5	p
Мальчики абс.ч./%	4/57,1	10/55,6	4/80,0	p1-2=0,7 p2-3=0,4 p1-3=0,32
Девочки абс.ч./%	3/42,9	8/44,4	1/20,0	
Антропометрические данные Me [25-75]				
Вес, гр	980 [840-1260]	1350 [900-1650]	3450 [2885-3680]	p1-2=0,005 p2-3=0,0006 p1-2=0,001
Длина, см	34 [33-38]	37 [33-41]	52 [50-53]	p1-2=0,44 p2-3=0,0008 p1-3=0,001
Окружность головы, см	26 [25-27]	28 [25-30]	32 [34-36]	p1-2=0,22 p2-3=0,0001 p1-3=0,001
Окружность груди, см	24 [21-25]	24 [22-28]	34 [34-34]	p1-2=0,58 p2-3=0,0002 p1-3=0,001
Анамнез				
Срок гестации, недель Me [25-75]	27,4 [24,5-28,3]	30,5 [28,0-31,0]	39,1 [38,6-39,3]	p1-2=0,047, p2-3=0,005 p1-3=0,008
ППК Me [25-75]	0,31 [0,27-0,38]	0,3 [0,23-0,38]	0,18 [0,16-0,21]	p1-2=0,391 p2-3=0,006 p1-3=0,009
Асфиксия тяжелая абс.ч./%	4/57,1	5/27,8	5/100,0	p1-2=0,349 p1-3=0,09 p2-3=0,01
Асфиксия умеренная абс.ч./%	3/42,9	9/50,0	0	
Без асфиксии абс.ч./%	0	4/22,2	0	

Медианные показатели сравнивались методом Манна-Уитни, непараметрические критерием Фишера, значимые различия $p<0,05$.

Во всех группах сравнения преобладали мальчики (в 1-57,1%, во 2-58,8%, в 3-80,0%), статистически значимых различий в сравнении с полом не выявлено.

Антропометрические показатели соответствовали средним для срока гестации и имели различия как отражение сроков беременности, при которых случилось рождение ребенка и развитие заболевания (сепсиса, внутриутробного генерализованного заболевания или асфиксии в родах).

Для новорожденных, реализовавших ранний неонатальный сепсис, характерно рождение в крайне ранние сроки, т.е. менее 27 недель. В группе детей с внутриутробной инфекцией, рождение соответствовало определению «очень недоношенные», т.е. 30 недель гестации. В 3 группе дети были

доношенные. Рождение в тяжелой асфиксии диагностировали в более половины случаев в 1 группе (57,1%) и 3 группе у всех, в умеренной асфиксии чаще рождались дети 2 группы.

Для оценки выраженности полиорганных нарушений при поступлении в ОРИТН использовалась возраст адаптированная шкала, в которой учитывались клинические, лабораторные маркеры полисиндромности поражения.

Таблица 2

Оценка шкалы nSOFA при поступлении в ОРИТН детей групп сравнения

	1 группа n=7		2 группа n=18		3 группа n=5	
Средний балл nSOFA у выживших абс.ч./%	9,5±2,4	4/57,1	4,14±1,3	13/72,3	5,6±2,7	5/100
Средний балл nSOFA у умерших абс.ч./%	10,6±2,8	3/42,8	5,3±2,2	5/27,7	-	

Наибольшие показатели nSOFA при поступлении в ОРИТН диагностированы у младенцев с ранним неонатальным сепсисом.

Среди поступивших новорожденных детей в ОРИТН в 1 группе 3 ребенка из 7 умерли, во 2 группе 5 из 13 случаев закончились летально, в 3 группе все дети выжили. При поступлении в ОРИТН оценка по шкале nSOFA у выживших детей с врожденным сепсисом составила 9,5±2,4 баллов, у умерших 10,6±2,8 баллов, во 2 группе выжившие имели 4,14±1,3 баллов, умершие 5,3±2,2 баллов, при асфиксии ПОН оценивалась в 5,6±2,7 баллов.

У всех новорожденных детей 1 группы (100%) диагностировались судороги и дыхательная недостаточность (ДН). Острое почечное повреждение сочеталось с сердечно-сосудистой недостаточностью у 85,7%, что требовало применения вазоактивных препаратов, коррекции терапии по протоколу неонатального шока. Нарушение метаболизма глюкозы на фоне сепсиса выявлено у 57,2% в форме гипергликемии, что требовало коррекции препаратами простого инсулина. У 41,8% детей с сепсисом отмечался нестабильный углеводный баланс: как клинически значимая гипогликемия, так и эпизоды гипергликемии.

У младенцев с внутриутробной инфекцией в 100% наблюдений диагностировались судорожный синдром и дыхательная недостаточность, потребовавшая проведения ИВЛ. Нетравматические внутрижелудочковые кровоизлияния выявлены у трети пациентов этой группы, острое почечное повреждение у 22,2%, печеночная недостаточность у 16,6%. Нарушение углеводного обмена по типу гипергликемия у 27,8%, гипогликемия у 22,2%.

В 3 группе наблюдения, в постасфиксическом периоде, диагностировали чаще всего судороги и сердечно-сосудистую недостаточность в 100%, а острое повреждение почек в 40% наблюдений. Гипогликемия в ранний неонатальный период возникла у 80% детей, на фоне коррекции глюкозой имела доброкачественное течение.

Летальность при врожденном сепсисе составила 42,8%, при ВУИ – 27,7%, при асфиксии все дети выжили (ϕ , $p=0,36$).

Для выявления возбудителя септического процесса и ВУИ проводили анализ бактериологических посевов стерильных локусов: крови, ликвора, аспирата трахеи, забранных при поступлении в ОРИТН. У младенцев с ранним неонатальным сепсисом выделены штаммы *Staphylococcus haemolyticus* и *E.coli* в 28,5%, у 14,3% – *Klebsiellae pneumoniae*, причем титр колебался от минимальных концентраций до выраженных. В половине случаев (57,2%) возбудитель не был идентифицирован. Частота верификации возбудителей сепсиса соответствует данным литературы [4]. В группе младенцев с ВУИ выделены возбудители TORCH (*Ureaplasma urealiticum*, *Mycoplasma* – 44,4%, герпес 1,2, ЦМВ по 5,5%). У 22,2% возбудитель не был установлен.

В качестве клинического примера хотим представить случай неонатального сепсиса и возможности применения прогностической шкалы в практике врача неонатолога.

В ОРИТН КДКБ поступил доношенный новорожденный ребенок, вывезенный из района бригадой санитарной авиации, в тяжелом состоянии, с клиникой сепсиса.

Из анамнеза: мальчик, П. родился от 4 беременности, 4 срочных родов. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых, доношенных детей. Мама на учет встала в 19 недель беременности, наблюдалась в женской консультации регулярно. Скрининговое УЗИ прошла в 21, 29 и 33 недели беременности, патологии плода не выявлено. Роды произошли в родильном стационаре 2 уровня.

Акушерский диагноз: Срочные роды на СГ 39+5 недель. ОАА. ХФПН, компенсация. Маловодие. Хроническая железодефицитная анемия легкой степени, обострение. Неспецифический вагинит. Безводный промежуток 1 ч 35 мин, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 2842 гр. Длина тела 50 см. Окружность головы 33 см. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов. Период адаптации протекал без особенностей, выписан домой на 4 сутки жизни. После выписки домой новорожденный ребенок находился в контакте со старшим ребенком в семье, больным острым тонзиллитом. Через 1 сутки у младенца появилось беспокойство, задержка стула, повышение температуры до 39°C, ребенок осмотрен педиатром предложена госпитализация, от которой мама отказалась. Через 1 сутки на фоне прогрессивного ухудшения состояния ребенок госпитализирован в Приаргунскую ЦРБ. Состояние при поступлении тяжелое за счет интоксикации, дыхательных нарушений (проводилась оксигенотерапия), признаков нейротоксикоза. На 3 сутки заболевания состояние с отрицательной динамикой, отмечалось нарастание дыхательной недостаточности, ребенок переведен на ИВЛ, выраженные симптомы интоксикации и неврологической симптоматики.

Состояние при поступлении в ОРИТН КДКБ тяжелое за счет течения системного инфекционного процесса (интоксикационный синдром, дыхательная недостаточность, требующая проведения ИВЛ; кишечные нарушения, мочевого синдрома). После проведенных обследований установлен диагноз: Поздний неонатальный сепсис с инфекционными очагами: двусторонняя пневмония, НЭК 2а, апостематозный пиелонефрит. Обращало на себя внимание поражение почек. По УЗИ выявлено наличие множественных апостем, в общем анализе мочи – моча мутная, с признаками воспаления. В биохимии крови диагностировано повышение уровня мочевины, значительное повышение маркеров воспаления (ЛДГ, СРБ, ПКТ), в гемограмме: нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитопения. По данным коагулограммы – гипокоагуляция, клинически сопровождавшаяся геморрагическим отделяемым (гемолизированная кровь) по зонду.

В бактериологическом посеве крови – *Staphylococcus haemolyticus* 10*6, *Staphylococcus warneri* 10*6, ликвор стерильный, в моче нет роста, из пупочной ранки выделен *Staphylococcus aureus* 10*4. На фоне проводимой антибактериальной, дезинтоксикационной, антигеморрагической терапии, коррекции гипоальбуминемии, получена положительная динамика по течению инфекционного процесса. Клинически уменьшились признаки интоксикации, на 6 день заболевания ребенок экстубирован, переведен на самостоятельное дыхание, в дополнительном кислороде не нуждался. По данным биохимии крови в три раза снизился уровень СРБ (с 229 до 81), на 15 день 11,87 мг/л; в пределах нормы ПКТ. По кишечной недостаточности: после выдержанной голодной диеты, под контролем пищевой толерантности начато минимальное трофическое питание, усваивает. Стул отходит. Получал парентеральное питание. Со стороны мочевыделительной системы, по данным УЗИ почек, отмечается небольшая положительная динамика за счет уменьшения признаков пиелита, однако апостемы с тенденцией к слиянию. По бактериальному посеву мочи получен рост *Streptococcus epidermidis* 10*3. На 9 сутки заболевания на фоне нарастания болевого синдрома выявлено отсутствие активных движений в левой нижней конечности, вновь выросли маркеры инфекционного воспаления. При проведении рентгенологического обследования диагностирован острый гематогенный остеомиелит проксимального метафиза левого бедра.

На фоне комбинированной антибактериальной терапии, дезинтоксикации, вытяжении по Шеде удалось достигнуть выздоровления к 20 дню с момента манифестации заболевания.

При поступлении в ОРИТН проведена оценка выраженности ПОН по шкале nSOFA, оценка составила 4 балла. Учитывая доношенный срок, отсутствие метаболических, печеночных, кардиальных нарушений прогноз по выздоровлению оценен благоприятным.

Выводы. Применение только адаптированной шкалы nSOFA у новорожденных детей не позволяет дифференцировать ВС или специфические ВУИ. Дополнительно необходимо выявлять этиологию заболевания.

Список литературы:

1. Гизатуллин Р.Х., Лейдерман И.Н., Мухаметзянов А.М., Гизатуллин Р.Р., Сатаев В.У. Метаболизм жирных кислот у новорожденных с сепсисом; Сообщение 1 – Новая шкала прогнозирования клинических исходов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020. 173(1): 87-94.
2. Кирилочев О.К. Клиническое значение расчета анионного пробела плазмы при метаболическом ацидозе у новорожденных с неонатальным сепсисом // Лечащий врач. 2021. 24(9): 44-47.

3. Кирилочев О.К., Эйberman А.С., Бочкова Л.Г. Возможности использования оценочной шкалы pSOFA для диагностики сепсиса у новорожденных // *Лечащий врач*. 2022. 25(1): 8-13.
4. Кишкун А.А. Современные критерии диагностики сепсиса у новорожденных и детей // *Справочник заведующего КДЛ*. 2022. 8: 49-65.
5. Миронов П.И. Лекманов А.У. Оценка валидности шкалы pSOFA у новорожденных с сепсисом // *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2021. 18(2): 56-61.
6. Wynn J.L., Polin R. A. A neonatal sequential organ failure assessment score predicts mortality to late-onset sepsis in preterm very low birth weight infants // *Pediatr. Res*. 2019. 1(88): 85-90.

УДК 616-053.31:578.825.12

Панченко А.С., Бем Е.В., Чумакова Г.Н., Мызникова И.В.

«КРАСНЫЕ ФЛАГИ» ПОСТНАТАЛЬНОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Постнатальная цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) у недоношенных детей хорошо изучена и описана, может привести к широкому спектру потенциально опасных для жизни проблем. Известно, что у доношенных новорожденных ЦМВИ обычно протекает бессимптомно, но возможно развитие симптомов инфекции у детей с компрометированной иммунной системой на фоне тяжелой врожденной и приобретенной патологии.

Цель исследования. Оценить факторы риска и особенности течения постнатальной ЦМВИ у доношенных детей, находящихся на лечении и обследовании в Перинатальном центре Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (ПЦ СПбГПМУ) в 2022 г.

Материалы и методы. В анализ включены истории развития четырех доношенных детей (гестационный возраст $38,7 \pm 1,5$ недель), которым была диагностирована постнатальная ЦМВИ. Диагностика ЦМВИ проводилась методом ПЦР с определением ДНК ЦМВ в трех локусах (моча, кровь, слюна). Врожденный характер ЦМВ инфекции был исключен, так как первое обследование на ЦМВ было сделано в возрасте до 21 дня жизни ребенка, ДНК ЦМВ не был обнаружен ни в одном из локусов. Весо-ростовые показатели соответствовали сроку гестации (масса тела при рождении – $3410 \pm 301,77$ г, длина тела при рождении – $52,5 \pm 0,8$ см). Состояние всех детей при рождении расценивалось как тяжелое или средней тяжести, обусловленное сочетанной патологией с рождения, в дальнейшем все дети были перегоспитализированы в ПЦ СПбГПМУ, находились в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и отделении патологии новорожденных (ОПН).

Анализ клинической патологии: у первого ребенка (пациент №1) после рождения была тяжелая врожденная пневмония с пневмотораксом, хилотораксом и врожденная дисфункция коры надпочечников; у второго ребенка (пациент № 2) с рождения диагностирована острая кишечная непроходимость (заворот кишки) с последующей резекцией тонкой кишки, тяжелая бактериальная инфекция; у третьего малыша (пациент № 3) – болезнь Гиршпрунга (оперативное лечение) и бактериальная инфекция; у четвертого новорожденного (пациент № 4) – синдром Дауна, ВПС (атриовентрикулярный ствол), НК 2А. Все дети имели сопутствующую сочетанную патологию в неонатальном периоде, клинико-лабораторная характеристика исследуемых пациентов представлена в таблице. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ «Statistica-6.0». Данные представлены как среднее арифметическое \pm стандартная ошибка среднего арифметического.

Результаты и их обсуждение. На фоне проведенного комплексного лечения (симптоматическая, патогенетическая или хирургическая терапии) заболеваний в ПЦ СПбГПМУ состояние детей было стабильным. На 2-4 месяце жизни у младенцев отмечалось ухудшение общего состояния: появились симптомы интоксикации (серый оттенок кожи, брадикардия, апноэ, десатурация) у 3-х детей, у 2-х детей отмечалось повышение температуры выше $38,5$ °С. При осмотре отмечалось увеличение печени и селезенки (100%), признаки интестинальной недостаточности (в 50% случаях), желтуха

была у одного ребенка, диарея у детей не отмечалась (таблица №1). При проведении лабораторных исследований у детей были обнаружены изменения в общем анализе крови: лейкопения в 50% случаев, тромбоцитопения и анемия разной степени выраженности у 3-х детей. В биохимическом анализе крови в 100% случаев отмечено нарастание (выше 5 норм) в динамике уровня печеночных ферментов: АЛТ (значения колебались от 135 до 1089 МЕ/л), АСТ (значения колебались от 168 до 919 МЕ/л). У 2-х детей был диагностирован холестаз с повышением фракции прямого билирубина более 20%, у 3-х младенцев повышение СРБ, у одного – триглицеридов. При проведении дифференциального диагноза дети были обследованы на ЦМВИ методом ПЦР в трех локусах (кровь, моча, слюна).

Таблица.

Клинико- лабораторная характеристика исследуемых пациентов

Диагнозы у детей	Порядковый номер пациента			
	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4
Основной клинический диагноз	Врожденные аденогенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов: врожденная дисфункция коры надпочечников, неverified форма.	Бактериальная инфекция неуточненная.	Болезнь Гиршпрунга, ректальная форма. Операции: Эндоректальная биопсия прямой кишки по Свенсону. Трансанальное низведение сигмовидной кишки.	Синдром Дауна. ВПС: АВК, полная форма, ОАП.
Сопутствующая патология	Бактериальная инфекция. ППЦНС. Анемия тяжелой степени. Тяжелая БЭН (дефицит МТ 31%). Хилусный выпот. Врожденная пневмония. ДВС-синдром. Гемоторакс. Вторичный Иммунодефицит.	Носитель энтеростомы (заворот кишок). Тяжелая БЭН (дефицит МТ 32%). Анемия тяжелой степени. Тромбоцитопения. Гиперферментемия.	ООО. Анемия легкой степени тяжести. Бактериальная инфекция неуточненной этиологии. Клостридиальная инфекция.	Синдактилия 2, 3, 4 пальцев стоп и 2, 3 пальцев кистей. Пупочная грыжа. Тяжелая БЭН (дефицит МТ 38 %). Врожденная пневмония.
Сроки постановки ЦМВИ	2 мес 17 дней	3 мес 7 дней	4 мес	2 мес
Клинические проявления постнатальной ЦМВИ	Инфекционный токсикоз, фебрильная лихорадка, бледно-серость кожи, субиктеричность кожи, мраморность, дыхательная недостаточность, десатурация, увеличение печени, селезенки.	Инфекционный токсикоз, фебрильная лихорадка, интестинальная недостаточность, увеличение печени, селезенки.	Интестинальная недостаточность, увеличение печени, селезенки.	Инфекционный токсикоз, тахипноэ, десатурация, интестинальные нарушения, вздутие живота, увеличение печени, селезенки.
Показатель общего анализа крови	Лейкопения (WBC: 2,4-4,0- 5,2 x 10 ⁹), тромбоцитопения (PLT: 120-85 x 10 ⁹), анемия (HGB: 99-95 г/л)	Лейкопения (WBC: 4,0-5,0 x 10 ⁹), анемия (HGB: 78-80 г/л), тромбоцитопения (PLT: 73-118 x 10 ⁹)	Анемия (HGB: 93 г/л)	Тромбоцитопения (PLT: 73-118 x 10 ⁹)
Биохимические показатели крови	Повышение АЛТ (86-210 МЕ/л), АСТ (42-216 МЕ/л), прямая гипербилирубинемия, повышение триглицеридов (3,82 ммоль/л), СРБ (42-22 мг/л)	Повышение СРБ (до 381 мг/л), АЛТ (135 МЕ/л), АСТ (168 МЕ/л)	Повышение АЛТ (1089 МЕ/л), АСТ (528 МЕ/л)	Повышение СРБ (47,2 мг/л.), АЛТ (760 МЕ/л), АСТ (919 МЕ/л), прямая гипербилирубинемия, снижение альбумина (23 г/л)
Лечение	Неоцитотект	Ганцикловир, неоцитотект	Неоцитотект, виферон	Ганцикловир, неоцитотект

Тесты были положительными у всех детей. Ухудшение состояния детей было расценено как течение постнатальной цитомегаловирусной инфекции. Всем детям в связи с наличием клинической симптоматики на фоне отягощенного преморбидного фона, лабораторных критериев (увеличение уровня АЛТ и АСТ, признаки холестаза) и данных ПЦР была диагностирована ЦМВИ и назначено индивидуальное специфическое лечение: ганцикловир и/или нецитотек. На фоне терапии у детей отмечалась положительная клиничко- лабораторная динамика, однако уровень печеночных трансфераз длительное время оставался повышенным (6-8 недель). При проведении контрольных обследований на ЦМВИ после проведенного лечения, ПЦР тесты были отрицательными у всех исследуемых пациентов.

Данные литературы показывают, что ЦМВИ является наиболее распространенной врожденной инфекцией в мире, встречается с частотой от 0,5 до 2,5% живорожденных детей, меньше изучены особенности течения ЦМВИ, приобретенной постнатально [1, 2]. Заражение постнатальной ЦМВИ чаще всего происходит через грудное молоко ЦМВИ серопозитивных матерей [3]. В 2018 г. Американская Академия педиатрии (ААП) предложила использовать кратковременную пастеризацию грудного молока для недоношенных детей, родившихся в возрасте <32 недель, в зависимости от серологического статуса матери с ЦМВ [4]. Другими потенциальными способами инфицирования постнатальной ЦМВИ являются заражение во время родов при прохождении через естественные родовые пути (вирус выделяется в родовых путях) и постнатальная горизонтальная передача. Было показано, что степень выделения ЦМВ в родовых путях незначительна по сравнению с грудным молоком и не считается основным источником постнатальной ЦМВИ, однако было сообщено об инфицировании 27-56% младенцев, вагинально подвергшихся воздействию ЦМВ [5]. От 1,2% до 3,0% пациентов, получающих препараты крови, имеют группу высокого риска по заражению ЦМВИ [6]. Трансфузия ЦМВ серонегативных и лейкоредуцированных продуктов крови эффективно предотвращает передачу ЦМВИ недоношенным детям.

В отличие от врожденной ЦМВИ, постнатальная, протекает часто бессимптомно и не имеет особых серьезных клинических последствий (тугоухость, поражение ЦНС, гепатит). Постнатальная инфекция в первую очередь опасна для детей с факторами риска: недоношенные дети с ОНМТ, ЭНМТ, и доношенные дети с тяжелой и сопутствующей врожденной или приобретенной патологией, для которых заражения ЦМВИ через грудное молоко или другим путем может привести к серьезным заболеваниям [7]. Почему доношенные редко болеют ЦМВИ? Это можно объяснить тем, что происходит передача защитных материнских антител, поэтому доношенные дети редко развивают симптоматическое заболевание ЦМВ, без какой-либо альтернативной причины для нарушения иммунитета [8]. Клинические проявления постнатальной ЦМВ инфекции начинаются обычно на 2-3 месяце жизни ребенка, отличаются от симптомов врожденной ЦМВИ. Одним из проявлений постнатальной ЦМВИ является ЦМВ-сепсисоподобный синдром (SLS), который протекает с апноэ, брадикардией, серостью кожных покровов, возможно развитие острого гепатита, гепатоспленомегалии, пневмонии. Гепатит, который проявляется гепатоспленомегалией, желтухой и повышением уровня трансаминаз. Имеются сообщения о тяжелых проявлениях гепатита с системным поражением, портальной гипертензией и прогрессированием заболевания до цирроза печени [9]. Редко у младенцев может протекать ЦМВ энтероколит, желтуха с холестазом, лимфоаденопатия. Симптоматическая ЦМВ-инфекция может проявляться в виде пневмонита, гепатита, энтерита, лимфаденопатии или асептического менингита.

Поражение желудочно-кишечной системы является необычным проявлением ЦМВИ у иммунокомпетентных детей. Постнатальное инфицирование доношенного новорожденного, как правило, протекает бессимптомно, но в редких случаях вызывает развитие тяжелого ЦМВ-энтероколита. Клиническая картина энтероколита может включать выраженную водянистую диарею с развитием эксикоза, гемоколита, развитие стеноза или перфорации кишки [10]. ЦМВ может вызывать рецидивы кишечных заболеваний у младенцев, страдающих воспалительными заболеваниями кишечника [11].

Лабораторные проявления постнатальной ЦМВИ характеризуются следующими показателями: тромбоцитопения, нейтропения, повышение трансаминаз, прямого билирубина, умеренное повышение СРБ, щелочной фосфатазы (ЩФ) и гамма-глутамин трансферазы (ГГТ). Продолжительность повышения уровня АЛТ и АСТ варьирует от 2 до 48 недель. Довольно часто

лабораторные изменения в крови являются единственными проявлениями постнатальной ЦМВИ, поэтому есть рекомендации, которые предлагают недоношенных детей с признаками супрессии костного мозга тестировать на ЦМВИ. Постнатальная ЦМВИ является одной из наиболее распространенных причин длительной нейтропении [12].

ЦМВИ диагностируется на основании выделения ДНК ЦМВ в крови, моче или слюне методом ПЦР и/или при выявлении анти-ЦМВ IgM в сыворотке крови методом ИФА. Специфическую терапию ЦМВИ проводят детям при наличии тяжелого поражения органов и систем, включая гепатит, супрессию костного мозга (анемия, нейтропения, тромбоцитопения), тяжелые поражения ЖКТ, пневмонию или обострение БЛД, сепсисо-подобный синдром (SLS). Лечение проводится, как и при врожденной ЦМВИ, назначают ганцикловир (6 мг/кг 2 раза в день, в/в) или валганцикловир (16 мг/кг 2 раза в день per os) в среднем в течение 4-6 недель. Возможно назначение гипериммунного глобулина, содержащего анти-ЦМВ антитела. Исходы постнатальной ЦМВИ показали, что у ряда детей увеличен риск развития БЛД, риск развития нейросенсорной тугоухости не ассоциируется с постнатальной ЦМВИ. Возможно нарушение когнитивных и моторных функций при долгосрочном наблюдении за детьми с постнатальной ЦМВИ.

Выводы. Анализ данных наших клинических случаев у доношенных иммунокомпрометированных новорожденных детей и литературные источники показали важные триггеры по развитию постнатальной ЦМВИ. Группу риска составляют доношенные дети, имеющие с рождения проблемы в состоянии здоровья (врожденные пороки развития, хирургическая, хромосомная патологии), коморбидные состояния (тяжелая белково-энергетическая недостаточность, анемия, персистирующие бактериальные инфекции), а также длительное время находящиеся в стационаре (таблица). Доношенные дети в возрасте старше двух месяцев жизни с неблагоприятным преморбидным статусом, длительно находящиеся в условиях госпитальной среды при ухудшении состояния («сепсис-подобный» синдром, интестинальный синдром на фоне лечения, включая антибактериальную терапию), изменений в лабораторных показателях, должны быть, тестированы на ЦМВИ методом ПЦР, если исключены другие причины. Клинические проявления постнатального ЦМВ у доношенных компрометированных детей могут протекать по типу «сепсисоподобного» синдрома, с лихорадкой, у всех детей отмечалась гепатоспленомегалия. Клинико-лабораторный контроль и настороженность врача для обследования на ЦМВИ поможет в клинической практике поставить правильный диагноз и назначить этиотропное лечение. На фоне специфической терапии наблюдалось быстрое улучшение клинической симптоматики, показатели трансаминаз достигали нормальных значений в течение более длительного времени (6-8 недель). Таким образом, должна быть настороженность врача в отношении данной группы пациентов на предмет постнатального инфицирования ЦМВ.

Список литературы:

1. Lanzieri T.M., et al. Systematic review of the birth prevalence of congenital cytomegalovirus infection in developing countries. *International Journal of Infectious Diseases*. 2014. 22: 44–48.
2. Stehel E., Sanchez P. Cytomegalovirus infection in the fetus and neonate. *Neoreviews*. 2005. 6: 38–45.
3. Hamprecht K., Maschmann J. Cytomegalovirus transmission to preterm infants during lactation. *J Clin Virol*. 2008. 41: 198–205.
4. Kimberlin D.W., Brady M.T., Jackson M.A. Red Book: Report of the committee on infectious diseases, 31st edition. AAP committee on infectious diseases. 2018. 117-20.
5. Sue P.K., Salazar-Austin N.M., McDonald O.G., Rishi A., Cornish T.C., Arav-Boger R. Cytomegalovirus Enterocolitis in Immunocompetent Young Children: A Report of Two Cases and Review of the Literature. *Pediatr Infect Dis J*. 2016. May. 35(5): 573-600.
6. Vamvakas E.C. Is white blood cell reduction equivalent to antibody screening in preventing transmission of cytomegalovirus by transfusion? A review of the literature and meta-analysis. *Transfus Med. Rev*. 2005. 19(3): 81-199.
7. Osterholm E., Schleiss M. Impact of breast milk-acquired cytomegalovirus infection in premature infants: Pathogenesis, prevention, and clinical consequences? *Rev Med Virol*. 2020. November. 30(6): 1–11.
8. Fouda G.G., Martinez D.R., Swamy G.K., Permar S.R. The impact of IgG transplacental transfer on early life immunity. *Immunohorizons*. 2018. 2: 14–25.
9. Valdez P.R.A., Zamarripa V.L., Ramirez L.D.H., Barrios O.C., Ochoa M.C. Postnatal Cytomegalovirus

- (CMV) Infection in Pediatrics: Case Report and Literature Review. *Austin Pediatr.* 2016. 3(3): 1038.
10. Вайнштейн Н.П. и др. Роль цитомегаловирусной инфекции в поражении желудочно-кишечного тракта у новорожденных и детей раннего возраста. *Неонатология: новости, мнения, обучение.* 2018. 6(4): 70–85.
 11. Ghidini B., Bellaiche M., Berrebi D., Viala J., Hugot J.P., Mougnot J.F., Munck A., Peuchmaur M., Cezard J.P. Cytomegalovirus colitis in children with inflammatory bowel disease. *Gut.* 2006. Apr. 55(4): 582 - 583.
 12. Sheen J.-M., Kuo H.-C., Yu H.-R., Huang E.-Y., Wu C.C., Yang K.D. Prolonged acquired neutropenia in children. *Pediatr. Blood Cancer.* 2009. 53: 1284-1288.

УДК 159.922.7 : 612.08

Чаванина С.А., Левченко Н.В., Баранова П.С., Копылова В.К.

**ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ
В ШКОЛЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**
*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия*

Введение. Важный этап в жизни ребенка – поступление в школу. Происходит освоение нового социального статуса, перестройка всего образа жизни и деятельности. Школьное обучение требует от ребенка напряженного умственного труда, активизации внимания, сосредоточенной работы на уроках. Некоторые первоклассники с трудом переносят нагрузку, к которой обязывает учебная деятельность, что негативно отражается на состоянии здоровья. Такие дети чаще болеют, у многих формируется невроз, отмечается замедление темпов роста. В дальнейшем возможно возникновение не только функциональных расстройств, но и хронических заболеваний, а также пограничных изменений психического здоровья [1, 2, 3, 4, 5]. В связи с чем, особую важность приобретает диагностика готовности детей к посещению средних образовательных учреждений, которая становится объектом внимания не только педагогов, но и медицинских работников.

Цель исследования. Изучить степень готовности детей дошкольного возраста к обучению в школе.

Материалы и методы. Обследован 31 ребёнок, посещающий дошкольные образовательные учреждения. В возрастном интервале 6 лет 4 месяцев - 6 лет 11 месяцев – 28 детей, в возрасте 7 лет – 3 ребенка. Из них мальчиков – 13, девочек – 18. Критерии включения в исследование: дети I-II группы здоровья. Исследование проводилось в ноябре-декабре 2022 г. Выполнена оценка физического развития детей (масса тела по возрасту, рост по возрасту, индекс массы тела) с использованием Z-score, Филиппинского теста и зубного возраста. Готовность детей к обучению в школе определяли с помощью теста Керна-Йирасека (первое задание), методики «Домик» Н.И. Гуткиной, опросника Я. Йирасека, теста на выявление дефектов звукопроизношения, методики «Раскрашивание кружков» Л.М. Шипицыной.

Ориентационный тест школьной зрелости Керна-Йирасека применяется для обследования детей в возрасте 6-7 лет, состоит из трех заданий. Первое задание – рисунок человека (мужчины). Второе задание – срисовывание письменных букв, третье – срисовывание группы точек. Первое задание заключается в рисовании мужской фигуры по памяти и направлено на оценку общего умственного развития ребенка: зависимость между изобразительной деятельностью и абстрактным мышлением. Задание оценивается по пятибалльной шкале, где 1 балл – наилучший результат, 5 баллов – наихудший (рис. 1).



Рис. 1. Оценка рисунка фигуры мужчины теста Керна-Йирасека

Методика «Домик» Н.И. Гуткиной представляет собой задание на срисовывание картинке в виде домика, отдельные детали которого составлены из геометрических фигур и элементов прописных букв (рис. 2). Методика рассчитана на детей в возрасте 5-10 лет и может использоваться при определении готовности детей к школьному обучению. Задание позволяет выявить умение копировать образец, определить особенности развития пространственного восприятия и произвольного поведения – сосредоточенно, не отвлекаясь работать некоторое время над не очень привлекательным занятием. Также результаты указывают на степень развития мелкой моторики рук и координации зрения и движений руки. Эти умения необходимы в школе для овладения письмом. Методику «Домик» можно рассматривать как аналог второго и третьего заданий теста Керна-Йирасека.

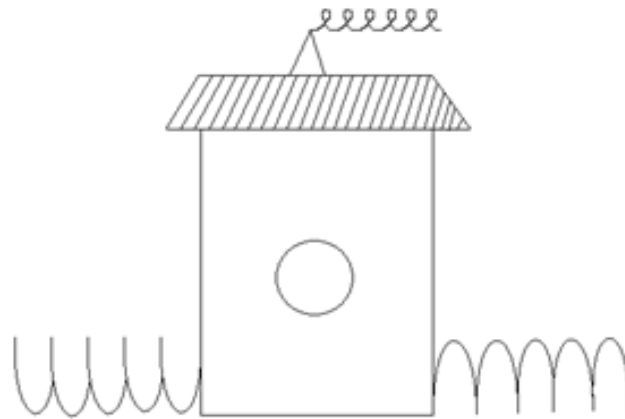


Рис. 2. Задание «Домик» к методике Н.И. Гуткиной

Обработка результатов проводится путем подсчета баллов, которые выставляются за все ошибки, которые допустил ребенок. Учитывают следующие неточности:

- отсутствие какой-либо детали рисунка (4 балла);
- увеличение отдельных деталей рисунка более чем в два раза при относительно правильном сохранении размера всего рисунка (3 балла за каждую увеличенную деталь);
- неправильно изображенный элемент рисунка (3 балла);
- неправильное расположение деталей в пространстве рисунка (1 балл);
- отклонение прямых линий более чем на 30° от заданного направления (1 балл);
- разрывы между линиями в тех местах, где они должны быть соединены (1 балл за каждый разрыв);
- залезание линий одна за другую (1 балл за каждое залезание).

Хорошее выполнение задания оценивается как «0» баллов. Чем больше сумма баллов, тем хуже испытуемый справился с заданием.

Опросник Я. Йирасека выявляет уровень мышления, кругозор, развитие социальных качеств. Он включает в себя ряд вопросов, на которые ребенок должен дать устный ответ. Допускается лишь один правильный вариант ответа. Ответы фиксируются в баллах, затем суммируются. Результаты оцениваются следующим образом: сумма 24 и выше – высокий вербальный интеллект (кругозор); сумма от 14 до 23 – выше среднего; сумма от 0 до 13 – средний показатель вербального интеллекта; сумма от -1 до -10 – ниже среднего; сумма от -11 и меньше – низкий показатель.

Развитие речевого аппарата определяли с помощью теста на выявление дефектов звукопроизношения. Ребенку предлагается повторить слова: экскаватор, эскалатор, архитектор, кораблекрушение, водопроводчик, аэропорт. Правильный ответ оценивается в 1 балл, неправильный – 0 баллов (неправильным ответом считаются пропуски, искажения, перестановки).

Методика «Раскрашивание кружков» позволяет выявить особенности волевого развития, и представлена в виде задания на закрашивания 15 кружков, каждый из которых имеет диаметр 10 мм. Контуры кружков нарисованы на отдельном бланке. Каждый кружок оценивается отдельно от 1 до 4 баллов, при этом учитывается интенсивность и направление закрашивания, нарушение границ кружка. Затем вычисляется общая сумма баллов закрашенных 15 кружков. В зависимости от количества баллов определяется уровень волевой регуляции, отражающий способность ребенка длительно выполнять монотонную работу с соблюдением точности и аккуратности.

Родители всех детей информированы о цели и методах исследования и дали письменное согласие на участие.

Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного пакета анализа данных Excel 2010. Описательная статистика представлена качественными признаками в виде относительной частоты наблюдений (%).

Результаты и их обсуждение. Уровень физического развития и его гармоничность является критерием состояния здоровья детей и рассматривается как самостоятельный компонент физической готовности к школьному обучению. При изучении антропометрических показателей среднее физическое развитие имеют 7 (22,6%) мальчиков и 12 (41,9%) девочек. Среди мальчиков пониженное питание встречалось в 3 (9,7%), недостаточность питания – 1 (3,2%), повышенное питание – 2 (6,5%), рост ниже среднего – в 2 (6,5%) случаях. У девочек выявлялось повышенное питание в 3 (9,7%), пониженное питание – 1 (3,2%), низкорослость и рост выше среднего – в 1 (3,2%) наблюдений. С филиппинским тестом успешно справились 29 (93,5%) детей, двое воспитанников (6,5%) не выполнили задание. К моменту обследования у 100% воспитанников сменились 2-4 зуба.

Изучение параметров нервно-психической сферы дошкольников выявило следующие особенности.

Согласно результатам проведения субтеста «Рисование фигуры мужчины» 1 (3,2%) ребенок нарисовал мужскую фигуру со всеми необходимыми элементами с оценкой в 1 балл. На оценку в 2 балла задание выполнили 3 (9,7%) воспитанника, 3 балла – 16 (51,6%), 4 балла – 10 (32,3%) детей. Один ребенок не справился с заданием (изображение не соответствовало фигуре человека).

Одним из способов диагностики готовности к школьному обучению является тест «Домик» Н.И. Гуткиной. Методика аналогична второму и третьему заданиям теста Керна-Йирасека: срисовывание письменных букв и срисовывание группы точек. Анализ данных показал, что согласно критериям оценки автора, все дети допустили ошибки при срисовывании картинки. При этом 29 (93,5%) воспитанников продемонстрировали низкий уровень развития произвольного внимания, сенсомоторной координации и мелкой моторики.

Согласно опроснику ориентировочного теста школьной зрелости Я. Йирасека, количество детей, готовых к школе – 24 (77,4%), дошкольников, требующих отдельных исследований – 7 (22,6%).

По результатам теста на оценку фонологических навыков и умений дефекты звукопроизношения выявлены у 21 (67,7%) ребенка.

При выполнении задания с раскрашиванием кружков 6 (19,3%) детей показали высокий уровень волевой регуляции, что отражает настойчивость в достижении цели, склонность к завершению начатой работы, способность регулировать свои действия, самостоятельно приводить их в соответствие с поставленной задачей и требованиями взрослых. Большинство испытуемых (74,2%) продемонстрировали средний уровень подготовленности. Дети способны длительное время выполнять однообразную работу, однако точность и аккуратность выполнения задания не соблюдаются. Недостаточно подготовленными оказались 2 (6,5%) воспитанников. Продолжительное время они не могут выполнять монотонную работу, требующую сосредоточенности, неусидчивы, часто отвлекаются от выполнения задания.

Выводы. Таким образом, анализ результатов показал, что у трети дошкольников выявлены отклонения физического развития. При оценке нервно-психического развития установлено, что 80,6% детей имеют проблемы в этой сфере и нуждаются в дополнительной подготовке с привлечением психолога, логопеда, дефектолога. Наибольшие трудности дети испытывают при работе с заданиями, требующими усидчивости, внимания, аккуратности, развития мелкой моторики. Диагностика готовности к школе позволяет своевременно обнаружить нарушения физического и психоэмоционального характера и организовать проведение коррекционных мероприятий, эффективность которых определяет успех адаптации к школьному обучению.

Список литературы:

1. Балабежян Е.С. Готовность ребенка к школе и проблема школьной дезадаптации. Вестник современных исследований. 2018. 2(2): 31-35.
2. Захарова Н.М., Гуляева Н.А., Артамонова С.Ю., Степанова Л.А., Маркова С.В. Психофизиологическая готовность часто болеющих детей к школьному обучению. Вестник северо-восточного федерального университета имени М.К. Аммосова. Серия «Медицинские науки». 2022. 3(28): 76-84.

3. Рыскулова М.М. Исследование психологической готовности ребенка к обучению в школе. Вестник бурятского государственного университета. 2014. 5: 65-68.
4. Балтийская Д.А., Пархоменко О.Г. Психологическая готовность к школе детей с общим недоразвитием речи. Герценовские чтения: психологические исследования в образовании. 2020. Выпуск 3: 59-64.
5. Иванова П.В., Зайцева Н.О., Томилова Е.А. Психофизиологическая диагностика готовности к обучению в школе детей старшего дошкольного возраста. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2020. 80: 28-31.

Богданова А.С.¹, Фирсова Н.В.¹, Филонов В.А.¹, Касимов Д.А.²

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ

¹*ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» МЗ РФ
Россия, г Хабаровск.*

²*Медико - генетическое отделение краевого перинатального центра
имени профессора Г.С. Постол, г Хабаровск.*

Введение. Фенилкетонурия – это наиболее частое наследственное заболевание аминокислотного обмена веществ. Эндогенная интоксикация сопровождается самые разные виды заболеваний, так и выступает в качестве самостоятельного синдрома, усугубляя течение сопутствующих заболеваний.

Цель исследования. Найти простой, доступный скрининг – тест определения эндогенной интоксикации для общей оценки состояния тяжести течения фенилкетонурии у детей.

Материалы и методы. Мы обследовали 33 ребенка с фенилкетонурией в возрасте от 6 до 14 лет. Определяли ротовую жидкость, уровень молекул средней массы в слюне и сыворотке крови, селена в крови и йода в моче. В ходе работы мы проводили поиск доступного метода определения степени тяжести воздействия фенилаланина на организм детей. Для этого использовали метод клиновидной дегидратации, предложенный В.Н. Шабалиным и С.Н. Шатохиной.

Результаты исследования. Все фации ротовой жидкости больных с фенилкетонурией были отнесены к третьему типу (патологическому); по форме кристаллы были представлены двумя вариантами - «пирамиды» собраны в глыбчатые образования, крупные, вершиной, обращенной к центру фации и располагаются по периферии центральной зоны. Другой вариант – кристаллы мелкие пигментированны без дифференциации – типа «мха». Ограниченность форм кристаллов, вероятно, обусловлена однотипностью повреждающего фактора – гиперфенилаланина. Аморфная зона узкая, чистая. С целью подтверждения индикатором эндогенной интоксикации в ротовой жидкости и в плазме нами выбраны молекулы средней массы, которые определялись на спектрофотометре UV – 2540. Установлена прямая корреляционная связь средней степени ($r=0,42$) между степенью тяжести фенилкетонурии и уровнем молекул средней массы в крови и ротовой жидкости. В сыворотке больных фенилкетонурией в зависимости от степени тяжести заболевания: при легкой степени тяжести фенилкетонурии (уровень фенилаланина от 0 до 6 мг/дл) дефицит йода в моче легкой степени (средняя концентрация составила $85,09 \pm 3,59$ мкг/л) из 11 детей выявлен у 9 детей. У двух детей содержание йода в моче находилось в пределах нормы. В этой же группе детей показатель МСМ в крови составил $0,202 \pm 0,002$, в слюне был выше и составил $0,204 \pm 0,003$ (при норме $0,193 - 0,213$). Уровень селена соответствовал дефициту средней степени тяжести ($66,55 \pm 0,83$ мкг/л). При средней степени тяжести ФКУ (уровень фенилаланина от 6 до 10 мг/дл) дефицит йода в моче легкой степени установлен у 12 детей ($51,67 \pm 1,72$ мкг/л). При этом показатель молекул средней массы в слюне составил $0,242 \pm 0,006$, в крови $0,235 \pm 0,004$ свидетельствующий о средней степени тяжести катаболического влияния фенилаланина. Содержание селена в крови соответствовало дефициту средней степени тяжести ($62,67 \pm 1,35$ мкг/л). У 10 детей с тяжелой степенью ФКУ (уровень фенилаланина свыше 10 мг/дл) дефицит йода в моче выявлен на уровне дефицита средней степени тяжести. Пул молекул средней массы в крови в этой группе детей был намного выше, чем в других группах и составил $0,334 \pm 0,031$, показатель, отнесенный к проявлениям тяжелой

эндогенной интоксикации. Дефицит селена соответствовал тяжелому дефициту ($46,80 \pm 2,10$ мкг/л). Установлена прямая корреляционная связь между уровнем фенилаланина и молекулами средней массы, что касается разницы между группами в зависимости от фенилаланина, то содержание йода в моче достоверно снижалось при увеличении уровня фенилаланина ($p < 0,001$). Уровень селена в крови также снижался при повышении фенилаланина ($p < 0,01$), что было особенно выражено при сравнении средней и тяжелой степени ($p < 0,001$). Также зависели от фенилаланина показатели молекул средней массы, как в крови ($p < 0,001$), так и в слюне ($p < 0,01$). Кроме того, при оценке характера и степени тесноты связи была выявлена прямая сильная связь между содержанием молекул средней массы в крови и в слюне у пациентов с легкой степенью повышения фенилаланина ($r_{xy} = 0,72$) и сильная ($r_{xy} = -0,77$) – у пациентов с тяжелой степенью.

Выводы. Таким образом, у больных с фенилкетонурией имеет место эндогенная интоксикация, степень которой напрямую зависит от уровня фенилаланина и антиоксидантов. Повышение уровня фенилаланина можно расценить как маркер эндогенной интоксикации: чем больше фенилаланина в сыворотке крови, тем более выраженный, патологический вид имеет фация ротовой жидкости, представлена третьим типом, при этом нарастает показатель молекул средней массы и снижается уровень антиоксидантов – селена и йода в организме. Считаем, что метод клиновидной дегидратации слюны может быть использован как скрининг – тест для общей оценки состояния тяжести больных фенилкетонурией.

Бочкарева Л.С., Мироманова Н.А.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА А Н1N1 У ДЕТЕЙ
В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД 2022-23 ГГ. В Г. ЧИТЕ**
*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия.*

Введение. Острые респираторные инфекции занимают лидирующее положение в структуре инфекционных болезней у детей и представляют собой серьезную проблему для здравоохранения. Наибольшие опасения традиционно вызывает грипп вследствие высокой заболеваемости, способности вызывать сезонные вспышки, эпидемии и пандемии, большой частоты госпитализаций и осложнений. Первая зарегистрированная в 1918 г. пандемия вируса гриппа Н1N1 поразила более 500 млн человек по всему миру и унесла жизни около 100 млн человек (3–5% населения земного шара). Последняя пандемия вируса гриппа Н1N1 была зафиксирована в 2009 г. и привела к гибели около 17 тыс. человек по всему миру. Циркуляция пандемического штамма вируса гриппа А (Н1N1) pdm09 сохраняется в настоящее время на всех континентах. Так, в Российской Федерации в 2018 г. его доля в структуре идентифицированных штаммов составила около 50%. Заболеваемость гриппом детей в РФ в 2019 г. составила 95,92 на 100 тыс. населения, заболеваемость детей 1-2 лет – 176,64 на 100 тыс. населения, детей 3-6 лет – 131,28 на 100 тыс. населения. Прямой экономический ущерб от гриппозной инфекции, согласно данным Государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2019 году», в 2019 г. превысил 1,6 млрд рублей.

Цель исследования. Выявить особенности течения гриппа А Н1N1 у детей в эпидемический период 2022-23 гг. в г. Чите.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 56 случаев госпитализации пациентов с диагнозом: Грипп А Н1N1, обоего пола (58,9% мальчики, 41,1% девочки), находившихся на лечении в ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница» в эпидемический период с 4 недели 2022 года по 4 неделю 2023 г. Возрастной диапазон госпитализированных – от 1 месяцев до 12 лет. Этиология гриппа верифицировалась путем обнаружения РНК вируса в носоглоточных смывах методом полимеразной цепной реакции. Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ STATISTICA 6.1.

Результаты исследования. В ходе проведенного исследования выявлено, что инфекция в 100% случаев протекала в среднетяжелых формах, тяжесть была обусловлена выраженным синдромом интоксикации. Интоксикационный синдром проявлялся повышением температуры тела до

фебрильных значений, средний показатель – $39,05 \pm 0,8^{\circ}\text{C}$, сохраняющаяся в среднем на протяжении $3,9 \pm 1,1$ дня. На фоне лихорадки больных беспокоили: миалгия – 68,2%, головные боли – 87,3%, рвота на высоте лихорадки – 1,7%, светобоязнь – 51,2%, артралгия – 21,1%, вялость и сонливость – 97,8%, отказ от еды – 47,3%. У 6 детей (10,7%) лихорадка сопровождалась появлением кратковременных тонико-клонических судорог, по поводу чего бригадой скорой медицинской помощи оказывалась помощь на до госпитального этапе. Катаральный синдром проявлялся невыраженной ринореей – 100%, фарингитом, преимущественно проявляющимся в першении горла и покашливании – 88%, ларинго-трахеит – 18%, бронхит – 12%. Течение вторичной бактериальной пневмонии отмечено у 5 детей (8,9%). В гемограмме в 32% отмечалась лейкопения и лимфоцитоз, у 54% особенностей картины гемограммы выявлено не было.

Выводы. Ведущее место в клинике гриппа А H1N1 у детей занимает интоксикационный синдром, проявляющийся выраженной продолжительной лихорадкой с общим недомоганием, приводящей, на фоне токсинемии, к развитию судорожного синдрома у каждого 10 ребенка.

Игнатьева А.В., Сибиря О.Ф., Соктоева Н.С.

**СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ,
ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**
*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия*

Введение. Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2, возникшая в декабре 2019 г. из локальной вспышки за несколько месяцев достигла масштабов пандемии COVID-19 (Corona Virus Disease). У беременных женщин из-за физиологических изменений в иммунной, сердечно-сосудистой и дыхательной системах организма, свойственных периоду гестации имеются некоторые особенности течения коронавирусной инфекции. Физиологические иммунологические изменения в организме беременной приводят к преобразованию врожденных и адаптивных иммунных реакций из воспалительного фенотипа в противовоспалительный, подавляя реакции иммунного отторжения плода и способствуя пассивной передаче материнских антител к плоду. В неонатальном периоде система гемостаза претерпевает ряд изменений, которые делают ее менее стабильной при любых неблагоприятных воздействиях. Инфекционно-воспалительный процесс может привести к нарушению равновесия коагуляционных и антикоагулянтных факторов в системе гемостаза новорожденного ребенка. В настоящее время имеются данные о возможной вертикальной передаче новой коронавирусной инфекции от матери к плоду и воздействию SARS-CoV2 на плод. Роль рецептора для SARS-CoV-2 в патогенезе COVID-19 выполняет ангиотензинпревращающий рецептор 2-го типа ACE2, экспрессируемый клетками легких, кишечника, почек, сосудов, а также слизистой оболочкой ротовой полости, что объясняет разнонаправленное действие вируса, которое запускает иммунное воспаление. В следствии этого происходит повышенная проницаемость сосудов и протромботические состояния, отражающие сочетание сосудистой дисфункции, тромбоза и нерегулируемого воспаления. Таким образом, особым свойством вируса SARS-CoV-2 является тропность к эндотелию сосудов с развитием эндотелиита, который влечет за собой ряд характерных нарушений свертывающей системы крови, в том числе и во время беременности. Это может потенциально оказывать влияние на состояние плода и новорожденного. Возможные последствия перенесенной инфекции у младенцев, рожденных от матерей с COVID-19 продолжают активно изучаться в настоящее время.

Цель исследования. Оценить влияние коронавирусной инфекции на здоровье детей, рожденных от матерей с COVID-19.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование, в которое включено 137 детей на базе ГУЗ Краевая детская клиническая больница отделения патологии новорожденных и детей раннего возраста и Биохимическая лаборатория диагностической поликлиники Клиники ЧГМА. Исследуемые поделены на 2 группы: 1 группу составили 112 детей, средний возраст 15 ± 7 дней (71 мальчик и 41 девочка) рожденных от матерей, перенесших COVID-19 в период пандемии 2020-2022 гг. Во 2 группу вошли 26 младенцев, средний возраст 17 ± 6 дней (13

девочек и 13 мальчиков) – от беременных без признаков коронавирусной инфекции и других ОРВИ (контрольная группа). У всех беременных диагноз COVID-19 был подтвержден при вирусологическом обследовании мазка из зева и носа методом ПЦР. У новорожденных детей учитывались сроки гестации, массу тела при рождении, проанализированы результаты общеклинических, биохимических исследований крови, коагулограммы, а также показатели фибриногена и D-димера. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ «Statistica-10.0», Microsoft Excel 2010 в соответствии с принципами доказательной медицины с учетом t-теста с различными дисперсиями критерия Стьюдента и χ^2 Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Средний срок гестации в 1 группе составил – $38,3 \pm 1,9$ недель, средняя масса при рождении – $3114,83 \pm 605$ гр. Во 2 группе средний срок гестации – $38,9 \pm 1,7$ недель, средняя масса при рождении – $3214,68 \pm 506$ гр. В общем анализе крови у новорожденных от ковид-положительных матерей показатели гемоглобина $158 \pm 34,1$ г/л эритроцитов $4,7 \pm 0,7 \times 10^9$ /л значимо выше, чем в группе детей от соматически здоровых детей ($131,3 \pm 38,2$ г/л и $3,6 \pm 0,6 \times 10^9$ /л соответственно) ($p < 0,05$). В 1 группе отмечалась лимфопения $41 \pm 14\%$, во 2 группе уровень лимфоцитов соответствовал возрастной норме $56 \pm 13\%$ ($p < 0,05$). Моноциты у детей первой группы хоть и соответствовали возрастной норме $6,5 \pm 3\%$, но были значимо выше, чем у пациентов 2 группы $2,5 \pm 2\%$ ($p < 0,05$). При биохимическом исследовании крови у детей 1 группы отмечены повышения АСТ $60,3 \pm 24,8$ ед/л, при нормальном АЛТ $26,7 \pm 9,1$ ед/л, повышение СРБ $7,6 \pm 3,7$ мг/л, при нормальном уровне прокальцитонина. Во 2 группе данные показатели соответствовали возрастной норме АСТ $31,3 \pm 17,1$ ед/л, при нормальном АЛТ $29,1 \pm 10,3$ ед/л, СРБ $1,3 \pm 0,4$ мг/л ($p < 0,05$). Показатели общего билирубина $90,4 \pm 36,8$ мкмоль/л значимо выше регистрировались у детей, рожденных от матерей с COVID-19, против $41,6 \pm 23,8$ мкмоль/л группы сравнения ($p < 0,05$). В коагулограмме обращало на себя внимание у детей 1 группы повышение фибриногена $4,6 \pm 0,8$ г/л, изменения ПТИ $88,9 \pm 10,4\%$ и МНО $1,25 \pm 0,2$, в сравнении со 2 группой фибриноген $2,9 \pm 0,8$ г/л, ПТИ $94,6 \pm 18,9\%$ и МНО $1,05 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Уровень D-dimer у детей 1 группы составил 548 ± 151 pg/мл, во 2 группе 52 ± 16 pg/мл ($p < 0,05$). Фибриноген и D-dimer не только принимают участие в фибринолитической системе крови, но и являются маркерами инфекционного процесса.

Выводы. Таким образом, не исключается влияния SARS-CoV2 на ребенка, так как имеются признаки инфекционного процесса вирусной этиологии в виде повышения СРБ, фибриногена, D-димера, лимфопении и моноцитоза. Также отмечаются нарушения в системе гемостаза у детей, рожденных от матерей с COVID-19, характеризующиеся снижением факторов коагуляции, нарушением функции печени, признаками эндотелиальной дисфункцией сосудов.

Левченко Н.В.

К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия*

Введение. Высокие темпы роста ребенка на первом году жизни, потребность в широком комплексе минеральных веществ, витаминов, дополнительного количества энергии диктуют необходимость расширения рациона питания путем введения новых продуктов. Правила введения прикорма освещены в Национальной программе по оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации (2019) и хорошо известны врачам-педиатрам.

Цель исследования. Изучить осведомленность родителей детей первого года жизни о правилах введения прикорма.

Материалы и методы исследования. Выполнено анонимное анкетирование 80 родителей детей первого года жизни, получающих прикорм, с помощью платформы GoogleForms. Предложено 44 вопроса открытого и закрытого типа. Статистическую обработку выполняли с использованием прикладной программы Excel 2010. Описательная статистика представлена качественными признаками в виде относительной частоты наблюдений (%).

Результаты исследования. Возраст опрошенных представлен следующим образом: 18-21 год (13%), 22-30 лет (43%), 31-40 лет (41%), старше 40 лет (3%). На момент сбора информации возраст у большинства детей (37,5%) составил 5 и 6 мес. Более половины детей (58%) получают естественное вскармливание, искусственное – 26%, смешанное – 16%. Дети в 90% случаев получают адаптированную молочную смесь, в 10% – специализированную лечебную смесь. По данным анкетирования установлено, что родители пользуются разнообразными источниками информации о правилах питания детей: доверяют врачам-педиатрам (52%), членам семьи, друзьям (14%), интернет-ресурсам (39%), личному опыту со старшими детьми (10%), специализированным книгам, журналам (6%). Лишь в 60% случаях врачи-педиатры объясняли респондентам правила введения прикорма. Анализ полученных данных показал, что возраст введения первого прикорма составил 4-6 месяцев (92,5%), 7-9 месяцев (5%), 3 месяца (2,5%). 70% родителей предпочитают использовать в питании детей продукты домашнего приготовления и 30% – промышленного производства. Овощное пюре в качестве первого прикорма выбрано в 62% случаев, каша – в 31%, фруктовое пюре – в 6% и фруктовый сок – в 1%. У большинства детей (80%) в 6-7 мес. вводилось мясное пюре, фруктовое пюре. Творог и яичный желток получают с 8-9 месяцев (18%), рыбное пюре – с 9-10 месяцев (12%). При введении в рацион каш предпочтение отдали гречневой 67% родителей, рисовой – 12%, кукурузной и овсяной – по 6% и манной – 3%. Из овощных пюре лидирует кабачок (76%), цветная капуста и брокколи (15%). Первым среди фруктовых пюре введено яблочное (90%), грушевое (6%), персиковое (4%). Первым видом мясного пюре явилось пюре из диетических сортов мяса: индейки (33%), кролика (25%), курицы (17%). Добавляют в блюда прикорма растительное и сливочное масло лишь 65% опрошенных. При категорическом отказе ребенка пробовать новую пищу, родители возобновляли попытку в 75% случаях. Введение нового продукта рекомендуют начинать с одного вида, однако в 15% случаях выявлено использования 2-х и более компонентов. Применяют в питании детей соль и сахар 13% родителей. Запрещенные к употреблению на первом году жизни такие продукты как цитрусовые, шоколад, сладости, мед, орехи, сало встречаются в рационе у 31% детей.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показали отличия от общих норм введения прикорма, что косвенно свидетельствует о недостаточной санитарно-просветительной работе со стороны медицинских работников. Повышение уровня информирования родителей на тему рационального вскармливания детей до года положительно отразится на здоровье и развитии детей.

Марковская А.И., Потапова Н.Л., Марковский А.В.

**МУКОВИСЦИДОЗ: РЕГИСТР ПАЦИЕНТОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия**

Введение. Муковисцидоз (МВ) является аутосомно-рецессивным заболеванием, вызванным потерей или дисфункцией активности хлорного канала трансмембранного регулятора муковисцидоза (англ. CFTR — Cystic Fibrosis Transmembrane conductance Regulator – белок, участвующий в транспорте ионов хлора через мембрану клетки). Обычно отток ионов хлора через канал CFTR помогает установить осмотический градиент, позволяющий воде поступать в просветное пространство. Дефекты функции CFTR приводят к неспособности установить этот осмотический градиент, что приводит к обезвоживанию и образованию толстого, вязкого слоя слизи. Учитывая широкую экспрессию CFTR в различных органах по всему телу, МВ представляет собой широкомасштабное и мультисистемное заболевание, которое часто трудно поддается лечению. Хотя дыхательная дисфункция является наиболее распространенной причиной заболеваемости и смертности, поджелудочная железа, печень, кишечник, репродуктивный тракт и потовые железы также поражаются. Ранняя диагностика является основой и дает возможность контролировать с первых месяцев жизни течение заболевания и развитие его осложнений, что при адекватном лечении позволяет существенно продлевать и улучшать качество жизни больных.

Цель исследования. Анализ регистра больных муковисцидозом в Забайкальском крае и сопоставление с данными по Российской Федерации.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в рамках проекта

«Национальный Регистр больных муковисцидозом России». Число больных муковисцидозом России, представленных в регистре составило 3722 человек (2567 живых и 32 умерших). Всего в Забайкальском крае на 31.12.2021 года состояло на учете 28 пациентов, которым диагноз был установлен на основании клинической картины, данных положительной потовой пробы и генетического исследования, а также неонатального скрининга. Из них 16 мужского пола (57%) и 12 – женского (43%). Пациенты наблюдались в ГУЗ КДКБ г. Чита, РДКБ г. Москва. Анамнестически оценивались: возраст установления диагноза, хлориды пота при проведении потового теста, наличие осложнений. Среди показателей функции внешнего дыхания учитывались объем форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1) и форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) как процент от должных величин. Оценивались результаты генетического исследования на поиск частых мутаций МВ, который был проведен у части пациентов в генетических лабораториях Медико-генетического научного центра РАМН и в лаборатории молекулярной генетики ФГБОУ ВО ЧГМА. Анализировался микробиологический профиль и объем терапии. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2007, Statistica v.10.0. методами описательной статистики.

Результаты исследования. Средний возраст больных в Российской Федерации составил 13,7±9,7 лет, в Забайкальском крае – 9,9±6,08 лет. Доля взрослых пациентов в РФ (≥ 18 лет) – 26,5%, в крае – 10,7 % (3 человека). Средний возраст постановки диагноза в регионе 2,1±1,8 года. Минимальный возраст установления диагноза – в 2 месяца, максимальный – в 9,7 лет. Мекониальный илеус был диагностирован при рождении у 3 детей (10,7%), что потребовало хирургического пособия. Средний уровень хлоридов пота составил 114,7±18,6 ммоль/л. Доля больных, которым диагноз был установлен по неонатальному скринингу – 46,4% (13 детей).

Генетическое исследование было проведено в 96,4% случаев, общая суммарная частота идентифицированных аллелей составила 81,5% (выявлено у 22 человек), в 18,5% (у 5 человек) случаев патологический аллель выявить не удалось. Мутация F508del обнаружена у 22 (81,5%) больных и встретилась у 41% (9 больных) – в гомозиготном состоянии, у 3 детей (14%) – в гетерозиготном состоянии, в сочетании с мутацией CFTR dele2,3; у 2 детей (9%) – в компаунде с мутацией G542X, в единичных случаях (14%) – в компаундном состоянии с мутацией N1303K, P205S, 2143delT соответственно, у 22% (5 больных) – второй мутации не обнаружено. В Российской Федерации охват генетическим исследованием равен 93%. Доминирующими мутациями являются – F508del аллельная частота 52,6%, dele2,3 (21kb) – 6,2%, E92K – 3,3%.

В регионе частота инфицирования дыхательных путей различной флорой составляет 64,3% (18 больных): высев *Staphylococcus aureus* – у 8 пациентов (44,4%), MRSA – у 3 (16,7%), *Pseudomonas aeruginosa* (хроническое инфицирование) – у 8 (44,4%), *Pseudomonas aeruginosa* (интермитирующий высев) – 9 (50%). В Российской Федерации микробиологический профиль респираторного тракта больных МВ представлен *Staphylococcus aureus* – 63,1%, MRSA – 3,1%, *Pseudomonas aeruginosa* (хроническое инфицирование) – 34,1%, *Pseudomonas aeruginosa* (интермитирующий высев) – 16,9%, *Burkholderia cepacia complex* – 5,1%, *Stenotrophomonas maltophilia* – 5,3%, *Achromobacter sp.* – 7,6%.

В Забайкальском крае спирометрия за отчетный год была проведена 7 (25%) больным. Объем проведения спирометрии в России равен 61%. Средние показатели ФЖЕЛ и ОФВ1 составили 80,6±13,9% долж. и 81,3±17,2% долж. соответственно. По России данные показатели составляют 85,7±22 и 78,6±26,5% долж. соответственно.

Анализ осложнений МВ показал, что у 6 (21,4%) человек развился полипоз верхних дыхательных путей; 3 ребенка (10,7%) реализовали сахарный диабет 1 типа и получают инсулинотерапию, у 2 детей (7,1%) отмечается поражение печени. В Российской Федерации самым частым осложнением течения муковисцидоза также является полипоз верхних дыхательных путей (31,8%), синусит без полипов (28%), поражение печени (17,9%), реже развивается остеопороз (5,2%) и сахарный диабет с ежедневным приемом инсулина (3,2%).

Объем медикаментозной терапии в регионе: ингаляции гипертонического раствора натрия хлорида за отчетный период делали 7 человек (25%). Антибиотики ингаляционные применяли 12 человек (42,8%); бронходилататоры использовали 7 пациентов (25%). Базисную терапию (дорназа альфа, урсодезоксихолевая кислота, панкреатин, жирорастворимые витамины) получали все больные (100%). Сопоставление данных объема проводимой терапии отличаются не резко, хотя есть

сдвиг использования бронходилататоров, в РФ данный вид терапии применялся у 45,5%, ингаляции гипертонического раствора натрия хлорида получали 72,7% больных.

Выводы. Регистр позволил оценить основные клинико-лабораторные характеристики больных муковисцидозом в Забайкальском крае. Выявить особенности генетического профиля пациентов в регионе.

Таким образом, анализ регистра позволяет планировать организационные, лечебные, реабилитационные и профилактические мероприятия в группе детей с таким тяжелым наследственным заболеванием. У четверти пациентов вторая мутация не выявлена, следовательно, необходимо использовать диагностические панели ДНК-диагностики, включающих более 30 мутаций. Проводить дополнительное обследование по поиску более редких мутаций или полиморфизмов, с применением метода секвенирования ДНК. Остеопения разной степени тяжести достаточно часто наблюдается у детей с муковисцидозом, поэтому в обязательный план обследования нужно включать исследование минеральной плотности костной ткани.

Никифорова Т.Ф., Мироманова Н.А.

**ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОПРОСАХ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ МЕНИНГОКОККОВОЙ И РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЙ
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия**

Введение. Ротавирусная и менингококковая инфекции остаются актуальными для здравоохранения. Ротавирусная инфекция – распространенное заболевание с высокой интенсивностью эпидемического процесса. Ротавирусный гастроэнтерит, по-прежнему считается угрозой для детского здоровья, обуславливая клинически значимую дегидратацию и нередко являясь причиной смертельных исходов среди детей первых лет жизни. Менингококковая инфекция, напротив, является редкой, но потенциально смертельной и инвалидизирующей, особенно для детей раннего возраста, которые составляют большую часть заболевших генерализованными формами. Поэтому становится очевидным, что вакцинация является наиболее действенным методом контроля этих инфекций. Однако, Национальный календарь прививок (Н КП) в перечне обязательных прививок иммунизацию против менингококковой и ротавирусной инфекции не предусматривает. В связи с чем, должна проводиться непрерывная работа по популяризации иммунизации детей против актуальных инфекций, не входящих в обязательный перечень НКП.

Цель исследования. Оценить уровень осведомленности родителей в вопросах вакцинации детей против менингококковой и ротавирусной инфекций.

Материалы и методы исследования. Сбор информации осуществлялся с использованием анкетирования родителей. Авторская анкета включала 12 вопросов. Исследовательская группа состояла из 90 человек. Критерии включения – возраст ребенка до 5 лет, место проживания – город Чита. Анализ и обработка полученных данных проводилась при помощи программы Microsoft Office Excel, 2019. Дополнительно проанализированы данные статистической отчетности прививочного кабинета ООО «Клиника Медикс» о количестве вакцинированных от менингококковой и ротавирусной инфекций за период 2020-2022 гг.

Результаты исследования. Анализируя данные анкет установлено, что средний возраст детей респондентов составил 3,6 г. При анализе полученной информации выявлено, что 88% родителей вакцинируют своих детей согласно НКП. 2% не вакцинируют детей (добровольный отказ от вакцинации). Знают о существовании менингококковой инфекции и ее угрозе для детского здоровья 91,1% респондентов, из них вакцинировали своих детей 8,8%. О ротавирусной инфекции знают 86,6% опрошенных, из них вакцинировали своих детей всего 5,5%. Большинство респондентов (85,5%) иммунизацию своих детей доверяют государственным учреждениям здравоохранения (поликлиники), остальные вакцинируют детей в частных клиниках. У 7,7% опрошенных мнение о вакцинации сомнительное, 3,3% считают вакцинацию ненужной мерой профилактики, остальные – полагают, что прививки являются эффективной и необходимой защитой от инфекций. Вся когорта опрошенных получает информацию о вакцинации от врачей, 12,2% дополнительно – из СМИ.

При этом 82,2% респондентов отмечают, что хотели бы больше знать об иммунопрофилактике. По статистическим данным ООО «Клиника Медикс» выявлено, что за период 2020-2022 гг. привито вакциной «Менактра» 83, вакциной «Ротатек» 170 человек. Наблюдалась следующая динамика: в 2020 г. вакциной «Менактра» был вакцинирован 21, вакциной «Ротатек» – 44 ребенка. В 2021 г. показатели увеличились: вакциной против менингококка привилось на 15, а против ротавируса на 25 человек больше. За 2022 год количество вакцинированных от данных инфекций снизилось: от менингококка привито 26 человек, от ротавирусной 57 человек.

Выводы. По результатам анкетирования установлен недостаточный уровень осведомленности родителей о существовании вакцин против менингококковой и ротавирусной инфекции, что связано с отсутствием их в НКП. Высокая стоимость вакцин делает недоступным широкое применение их в педиатрической практике. Таким образом, даже популяризация необходимости иммунизации детей против актуальных инфекций, не входящих в обязательный перечень НКП, не сможет повлиять на эпидемический процесс при менингококковой и ротавирусной инфекциях в связи с необходимостью охвата большого числа детей, формированием достаточной иммунной прослойки, что может быть обеспечено только за счет государственной стратегии расширения, имеющегося НКП.

Ногина Н.С.¹, Мазин А.С.²

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ «ОПАСНЫХ» ИНОРОДНЫХ ТЕЛ У ДЕТЕЙ

¹ГУЗ «Краевая детская клиническая больница», Чита, Россия

²ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия

Введение. Инородное тело – любой объект органического, неорганического, искусственного происхождения случайно или намеренно проглоченный. Любое инородное тело, находясь в просвете полого органа, может принести вред пациенту, но встречаются предметы, которые практически всегда вызывают развитие опасных для жизни состояний. К «опасным» инородным телам относятся все остроконечные предметы и химически активные инородные тела, а также ряд веществ, вызывающих физические процессы (магниты, инородные тела размерами более 2,5 см). Последние удаляются только в условиях стационара под общим обезболиванием и нередко требуют интубации трахеи как метода защиты верхних дыхательных путей.

Наиболее сложными в процессе удаления являются скрепленные между собой магниты в просвете органа, с ущемлением его стенки. В практике детских хирургов ГУЗ КДКБ встречаются случаи, когда магниты становятся причинами формирования конгломератов кишечных петель, фиксированных между собой магнитами (магниты притягиваются друг к другу через стенки кишечника). Данные случаи проявлялись острой кишечной непроходимостью и требовали проведения оперативного вмешательства.

Цель исследования. Продемонстрировать на клинических примерах возможности развития опасных для жизни состояний при различных инородных телах.

Материалы и методы исследования. Клинико-anamnestическое, лабораторное, инструментальное обследование.

Результаты исследования. Клинический случай № 1. Мальчик, 2 года. Поступил в ГУЗ КДКБ с жалобами на боли в животе. За 1 час до обращения ребенок проглотил горсть частей магнитной головоломки. При поступлении состояние было расценено как удовлетворительное, при пальпации живота определялась болезненность в эпигастрии, при этом конфигурация живота не нарушалась, диспептических явлений не было. На обзорной рентгенограмме органов грудной и брюшной полостей определялись множественные инородные тела металлической плотности, фиксированные друг к другу в проекции желудка. Ребенку в срочном порядке была выполнена эзофагогастродуоденоскопия под общим обезболиванием: по малой кривизне в теле желудка обнаружены магниты, которые были фиксированы друг к другу через складку желудка, вызывая компрессию последней. Сложность удаления данных предметов заключалась в примагничивании эндоскопического инструментария к ним. Свободно лежащие магниты извлечены с помощью сетки-сачка для экстракции инородных тел.

В последующем, один из магнитов был удален при помощи щипцов – разъединен от оставшихся с усилием, при этом оставшиеся магниты удалены путем примагничивания помещенного в сетку ранее извлеченного магнита. На контрольном осмотре сразу после извлечения инородных тел в месте компрессии слизистой обнаружен язвенный дефект последней с умеренной контактной кровоточивостью. Ребенку проводилась консервативная терапия, при проведении ЭГДС перед выпиской – положительная динамика в виде сокращения язвенного дефекта, его эпителизацией. Ребенок выписан с выздоровлением.

Не меньшую опасность для пациентов представляют остроконечные инородные тела. Вклиниваясь в стенку органа, последние могут вызвать перфорацию органа и спровоцировать развитие перитонита или стать причиной серьезного кровотечения.

Клинический случай № 2. Девочка, 11 месяцев, поступила в хирургическое отделение ГУЗ КДКБ. Из анамнеза известно, что за пару часов до обращения в стационар ребенок нашел и проглотил половинку использованной зубочистки. Мама активно жалоб не предъявляет. При объективном осмотре состояние расценено, как удовлетворительное. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. По данным рентгенографии признаков рентген-контрастных инородных тел не обнаружено. Учитывая анамнез и, выждав минимальную голодную паузу в течение 4 часов, девочке была проведена диагностическая эзофагогастродуоденоскопия под общим наркозом, при которой обнаружен фрагмент зубочистки длиной 3 см с двумя острыми краями в проекции нисходящего отдела 12 перстной кишки. При помощи щипцов для удаления инородных тел инородное тело позиционировано параллельно стенке кишки, таким образом, чтобы нанести минимальное повреждение слизистой, которое в данном случае будет неизбежным при извлечении из просвета кишки. Инородное тело выведено в просвет желудка, перехвачено в более выгодное для удаления, положение и благополучно извлечено. На контрольном осмотре после удаления в проекции нисходящей части 12 перстной кишки определялось линейное повреждение слизистой, скудная контактная кровоточивость в месте стояния инородного тела слизистой желудка и пищевода без изменений. Пациенту проведена консервативная терапия. Девочка была выписана домой в удовлетворительном состоянии через 5 дней.

Химически активные инородные тела – батарейки, несут серьезную угрозу жизни и здоровью пациентов. Окисляясь в просвете органа, они вызывают электрохимический ожог слизистой в месте стояния, что в последующем может привести к рубцовым изменениям.

Клинический случай №3. Мальчик 10 лет, поступил в хирургическое отделение ГУЗ КДКБ с клиникой пищеводного завала. Со слов мальчика: «во время еды плохо пережевывал кусок мяса». Из формы 112 стало известно, что ребенок в течении месяца (по необъяснимым причинам) проходил с инородным телом в пищеводе, по установлению диагноза был переведен из района Забайкальского края в ГУЗ КДКБ, где инородное тело, представленное дисковой батарейкой в средней трети пищевода было успешно удалено с помощью эзофагоскопии. В последующем, ребенок на контрольные осмотры, обследования не являлся. Объективный статус при поступлении: состояние средней степени тяжести за счет признаков острой обструкции пищевода, невозможности проглатывать слюну. В срочном порядке пациенту проведена эзофагогастродуоденоскопия, в ходе которой обнаружен вколоченный в просвет пищевода кусок мяса. Последний фрагментирован, частично извлечен, оставшиеся фрагменты низведены в просвет желудка. После устранения обструкции в месте стояния инородного тела обнаружен язвенный дефект слизистой пищевода в средней трети по передней стенке, суживающий и деформирующий просвет органа, также обнаружен ложный дивертикул пищевода, дном обращенный кверху. Пациенту проведен короткий курс лечебного бужирования пищевода. В динамике при эндоскопическом контроле дивертикул сократился в размерах. Было принято решение воздержаться от хирургического иссечения дивертикула. После курса консервативного лечения ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

Клинический случай № 4. В реанимационное отделение центральной районной больницы поступил мальчик 1 года 9 месяцев в тяжелом состоянии за счет тяжелой асфиксии. Анамнез заболевания: находясь дома с родителями, взял горсть высушенной фасоли и поместил её в рот, после чего закашлялся, перестал дышать, посинел. Родителями оказана первая помощь. Бригадой СМП ребенок госпитализирован в ЦРБ, где проводилась симптоматическая терапия, параллельно вызвана бригада врачей ГУЗ КДКБ (эндоскопист, реаниматолог). По прибытии бригады в районную больницу состояние ребенка расценено как тяжелое, проведена коррекция терапии и в экстренном

порядке выполнена ригидная бронхоскопия. Во время бронхоскопии в просвете нижней трети трахеи обнаружено инородное тело, обтурирующее просвет трахеи на 90%. С техническими сложностями, связанными с большими размерами инородного тела и анатомически узким подсвязочным пространством, фасоль была фрагментарно извлечена. После этого пациент транспортирован в реанимационное отделение ГУЗ КДКБ. Несмотря на проводимое лечение, асфиксия вызвала тяжелые и необратимые изменения центральной нервной системы. После стабилизации состояния, ребенок был переведен в отделение неврологии и в дальнейшем выписан в вегетативном статусе.

Вывод. Наличие «опасных» инородных тел в просвете желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей у детей – частая причина развития жизнеугрожающих состояний, которые требуют проведения неотложного хирургического вмешательства и последующего за ним, как правило, длительного периода реабилитации. Развитие эндоскопической службы, усовершенствование эндоскопических технологий и инструментария позволили проводить минимально инвазивное лечение – удаление различных предметов непосредственно из просвета полого органа и избавлять ребенка от обширных и неоднократных нередко калечащих хирургических вмешательств.

Петрухина И.И.¹, Чеснокова М.А.², Максимова О.Г.¹, Дюкова Е.И.²

ФЕНИЛКЕТОНУРИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия

²ГУЗ КДКБ «Краевая детская клиническая больница» Чита, Россия

Введение. Фенилкетонурия (phenylketonuria; ФКУ) – группа аутосомно-рецессивных заболеваний, обусловленных нарушением обмена незаменимой аминокислоты фенилаланина (ФА), поступающей в организм человека с белковой пищей. ФКУ объединяет несколько генетически гетерогенных форм нарушения обмена фенилаланина, сходных по клиническим признакам: классическая ФКУ (ФКУ I типа), обусловленная дефицитом фенилаланин-4-гидроксилазы (ФАГ) и птерин-зависимые формы гиперфенилаланинемии, связанные с дефектом птеринового кофактора (ФКУ II и III типов).

Количество детей с таким заболеванием зависит от страны, местности проживания. Так, в России фиксируют рождение одного малыша, страдающего фенилкетонурией, на 10 000 человек. В Великобритании этот показатель в два раза выше, а у африканских детей подобная проблема почти не встречается. Девочки страдают этим недугом почти в два раза чаще, по сравнению с мальчиками. В Забайкальском крае количество детей, состоящих на учете у генетика, на 2023 г. составило 42 человека, 7 человек отказались от постановки на учет. Классическая фенилкетонурия (фенилкетонурия I типа) обусловлена дефицитом фермента фенилаланин-гидроксилаза (ФАГ), ведущим к накоплению фенилаланина и продуктов его распада в биологических жидкостях. Заболевание вызвано мутацией гена фенилаланин-гидроксилазы (PAH), локализующегося на длинном плече хромосомы 12, участке 12q22-q24.1. Фенилкетонурия II типа обусловлена дефицитом дигидроптеридинредуктазы (DHPR), вследствие которого развиваются метаболические блоки на путях превращения фенилаланина в тирозин, а также образования предшественников нейромедиаторов катехоламинового и серотонинового ряда L-дофы и 5-окситриптофана.

Заболевание вызвано мутацией структурного гена для цитозольной дигидроптеридинредуктазы QDPR. Ген QDPR локализован на хромосоме 4p15.3. Фенилкетонурия III типа связана с недостаточностью 6-пирувоилтетрагидроптеринсинтазы (PTPS), участвующей в процессе синтеза тетрагидробиоптерина из дигидронеоптерин трифосфата. Заболевание вызвано мутацией структурного гена для цитозольной 6-пирувоилтетрагидроптерин синтазы PTS, что приводит к ее недостаточности в печени и эритроцитах. Ген PTS расположен на длинном плече хромосомы 11 в районе q22.3-23.3. Тип наследования всех форм заболевания – аутосомно-рецессивный. Патогенез заболевания связан с нарушением обмена незаменимой аминокислоты фенилаланина. В результате метаболического блока превращения фенилаланина в тирозин происходит значительное накопление фенилаланина и его токсических метаболитов (фенилпировиноградной, фенилмолочной, фенилуксусной кислот, фенилэтиламина и др.) в биологических жидкостях больного организма, что оказывает токсическое действие на центральную нервную систему.

В практике медико-генетического консультирования принята условная классификация ФКУ,

предложенная С.Р. Scriver и S. Kaufman (2001). Классическая форма ФКУ (тип I, дефицит ФАГ) – ФА выше 20 мг/дл (1200 мкмоль/л). Средняя форма ФКУ – заболевание с уровнем ФА 10,1-20 мг/дл (600-1200 мкмоль/л), а также при уровне ФА 8,1-10 мг/дл, если он устойчив в крови ребенка на фоне физиологической нормы белка в рационе. Легкая (доброкачественная) ГФА – уровень ФА 2,1-8,0 мг/дл (126 - 360 мкмоль/л). Эта форма ГФА обычно не требует специального лечения, однако такие дети должны находиться под наблюдением врача в течение первого года жизни с ежемесячным контролем уровня ФА крови. Биохимические методы диагностики: все формы ГФА можно диагностировать уже в первые недели или даже дни жизни ребенка: 1. В родильном доме у всех новорожденных на 3-й день жизни (у недоношенных на 7-й день) берется кровь из пятки на тест-бланки: определения ФА в сухом пятне крови ФА ≤ норма 2,0 мг/дл. 2. Флюориметрия – количественный биохимический метод определения фенилаланина в крови методом хроматографии с помощью современных автоматических флюориметров. Нормальный уровень ФА в сыворотке крови здоровых лиц составляет 0-2 мг/дл (0-120 мкмоль; 0-2 мг/дл). Уровень ФА в крови человека выше 2 мг/дл квалифицируют как гиперфенилаланинемию, при содержании ФА в крови от 2,1 до 6,0 мг/дл предполагается доброкачественная ГФА. Ребенок наблюдается в медико-генетической консультации в течение первого года жизни с ежемесячным контролем уровня ФА крови. При концентрации ФА в крови выше 6,0 мг/дл диагностируется фенилкетонурия, назначается диетотерапия, на основании эффективности которой планируются мероприятия по уточнению диагноза и выбору дальнейшей тактики необходимого лечения. Для уточнения клинического диагноза используются молекулярногенетические методы диагностики генного дефекта. Проводится прямой поиск наиболее часто встречающихся мутаций гена PAH с помощью синтетических олигонуклеотидных зондов. Если исследуемые мутации не выявлены, рекомендуется секвенирование гена PAH. В случае невозможности получения прямых генетических данных о гене PAH методом секвенирования, используется более доступное косвенное подтверждение наследования мутантного локуса PAH в одной или двух копиях, идентифицируемое по ПДРФ (полиморфизм длины рестриционных фрагментов) или VNTR (вариабельные по количеству тандемные повторы) в ДНК пробанда и его родителей. Данный метод позволяет выявить не саму мутацию, а факт передачи потомству хромосомы, несущей полиморфный маркер, тесно связанный с мутантным геном.

Цель исследования. Демонстрация на клиническом примере возможности диагностики одного из редких наследственных заболеваний.

Материалы и методы исследования. Клинико-анамнестическое и лабораторное обследование.

Результаты исследования. Генетиком КДКБ наблюдается ребенок Руслан Г.: дата рождения 13.07.2021 г. Масса при рождении 3318 гр., длина тела 51 см. Проблем в родах и послеродовом периоде не было. При проведении неонатального скрининга методом сухой капли у ребенка были выявлены повышенные показатели ФА ≥ 6 мг/дл., в связи с этим был проведен ретест, который подтвердил повышенные показатели уровня ФА. Семья консультирована генетиком: с целью поиска 25 наиболее частых при ФКУ мутаций в гене PAH (NM 000277). Проведено генетическое исследование, в результате был обнаружен патогенный вариант с.1222C>T в гомозиготном состоянии. Ребенок поставлен на учет у генетика, педиатра, невролога. Согласно Российским Федеральным клиническим рекомендациям, при концентрациях фенилаланина более 360 мкмоль/л пациенту назначается лечение в виде диетотерапии, в данном случае диетотерапия была начата с первых недель жизни ребенка, поскольку это патогенетически обоснованный и наиболее эффективный метод лечения классической ФКУ; ее основной целью является предупреждение развития повреждения ЦНС, нарушений физического и интеллектуального развития. С рождения ребенок получал специализированную молочную смесь Anamix infant PKU (продукт включен в Перечень специализированных продуктов для детей-инвалидов Правительства РФ). В связи с тяжелой формой заболевания назначено патогенетически обоснованное лечение препаратом сапроптерин (A16AX) из расчета 2 мг/кг с целью предотвращения тяжелых неврологических нарушений. На фоне диетотерапии, медикаментозного лечения состояние ребенка удовлетворительное, физическое развитие среднее, нервно-психическое развитие соответствует 3 группе НПР (нижнегармоничное развитие).

Выводы. Таким образом, ранняя диагностика и диетическая коррекция при фенилкетонурии позволяет снизить эндогенную интоксикацию и предотвратить развитие поражения нервной системы.

Плотникова М.И., Носков Н.В., Леонтьева Е.А.
**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА
НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ-СПОРТСМЕНОВ**
*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия*

*Государственное учреждение здравоохранения
«Краевой врачебно - физкультурный диспансер», г. Чита*

Введение. Рост патологии внутренних органов и систем, тесно ассоциированной с диспластикозависимыми нарушениями у детей в настоящее время является актуальной проблемой, требующей длительного медицинского наблюдения, а в некоторых случаях оперативного лечения, сопряженных с рядом экономических затрат.

Недифференцированная дисплазия соединительной ткани представляет собой полиорганную и полисистемную патологию с прогрессивным течением, в основе которой лежит нарушение синтеза, распада или морфогенеза компонентов внеклеточного матрикса, имеющее в своей основе генетическую предрасположенность. Соединительная ткань в организме человека представлена во всех органах и системах, выполняет множество функций, участвует в обеспечении большинства физиологических процессов, поэтому аномалии ее развития характеризуются выраженным полиморфизмом клинико-морфологических (диспластикозависимых) нарушений, а также способствуют формированию вторичных (ассоциированных) патологий со стороны внутренних органов и систем.

В спортивной медицине вызывает настороженность рост грыж передней брюшной стенки, связанных со слабостью мышечно-сухожильного аппарата передней брюшной стенки как результат именно патологии соединительной ткани у юных спортсменов. В России, согласно статистическим данным, варианты вентральных грыж (пупочная, грыжа белой линии живота) диагностируются у каждого пятого ребенка старше 10 летнего возраста. Данные патологические состояния могут нарушать процесс адаптации организма к физическим нагрузкам, снижать их эффективность, увеличивать риск ущемления грыжевых образований.

Цель исследования. Выявить сочетанные диагностически значимые изменения со стороны органов систем, тесно ассоциированных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани у детей-спортсменов с грыжами передней брюшной стенки.

Материалы и методы. Основу исследования составили клинические наблюдения и специальные исследования, выполненные у 43 детей-спортсменов в возрасте 7-17 лет, наблюдающихся у врача хирурга на базе ГУЗ «Краевой врачебно-физкультурный диспансер» г. Читы в период с января по март 2023 г.

Дети-спортсмены с грыжами передней брюшной стенки (пупочные грыжи) составили группу из 43 человек. Группа исследования была разделена на 3 подгруппы в соответствии со степенью выраженности недифференцированной дисплазии соединительной ткани:

1 подгруппа с легкой степенью выраженности недифференцированной дисплазии соединительной ткани – 20 человек

2 подгруппа с умеренно выраженной степенью недифференцированной дисплазии соединительной ткани – 16 человек

3 подгруппа с выраженной степенью признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани – 7 человек.

Детям проводились консультативные осмотры хирурга, кардиолога, окулиста, спортивного врача, врача ЛФК, дополнительные методы исследования (ЭКГ, ЭхоКГ, плантография, сколиометрия).

Выраженность соединительно-тканной дисплазии определялась методом Аббакумовой Л.Н.

Статистическую обработку данных осуществляли при помощи программ Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования. Исследование показало, что дети-спортсмены с грыжевыми образованиями передней брюшной стенки в 97,5% случаев имели диспластикозависимые изменения сердца, так называемые, малые аномалии развития сердца – аномалия строения хордального аппарата (74%), изолированный пролапс митрального клапана 1 степени (21%), открытое овальное окно

(2,5%); в 2,5% отмечались изменения клапанного аппарата сердца (утолщение створок аортального клапана); в 41,8% сопровождалась патологией опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, плоскостопие, сколиоз) и в 20,9% патологией зрительного анализатора (миопия, астигматизм).

По степени увеличения выраженности недифференцированной дисплазии соединительной ткани:

В 1 подгруппе (с легкой степенью выраженности недифференцированной дисплазии соединительной ткани) аномалия строения хордального аппарата составила 90%, изолированный пролапс митрального клапана 1 степени – 10%. Патологии опорно-двигательного аппарата и зрительного анализатора отсутствовали.

Во 2 подгруппе (с умеренно выраженной степенью недифференцированной дисплазии соединительной ткани) аномалия строения хордального аппарата составила 68,7%, пролапс митрального клапана – 31,3%. Патология опорно-двигательного аппарата: нарушение осанки – 37,5%, плоскостопие – 37,5%. Патология зрения составила 57%.

В 3 подгруппе (с выраженной степенью недифференцированной дисплазии соединительной ткани) аномалия строения хордального аппарата составила 29%, сочетанный пролапс митрального клапана 1-2 степени – 43%, открытое овальное окно – 14%, патология клапанного аппарата – 14%. Патология опорно-двигательного аппарата: нарушение осанки – 28,5%, плоскостопие – 14%, сколиоз – 28,5%. Патология зрения составила 43%.

Выводы. Согласно результатам нашего исследования, все дети-спортсмены с грыжами передней брюшной стенки, находившиеся под наблюдением врача хирурга в ГУЗ «Краевой врачебно-физкультурный диспансер» с января по март 2023 г. имеют признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани и тесно ассоциированную с ней сочетанную диспластикозависимую патологию. Кроме того, у большинства детей-спортсменов с грыжами передней брюшной стенки имеются малые аномалии развития сердца (97,5 %).

Комплексное исследование показало, что с утяжелением степени недифференцированной дисплазии соединительной ткани учащается вовлечение патологии опорно-двигательного аппарата, патологии зрения, что подтверждает системность и полиорганность поражений при диспластикозависимой патологии.

Системность поражения при диспластикозависимой патологии, тесно ассоциированной с недифференцированной дисплазией соединительной ткани, по нашему мнению, диктует необходимость комплексного углубленного обследования детей-спортсменов с грыжами передней брюшной стенки для полного понимания степени вовлечения соединительной ткани с целью применения индивидуального подхода для занятий физической культурой и спортом. Данный подход продиктован не только целью достижений высоких результатов в спорте, но, прежде всего, сохранением здоровья юных спортсменов, нивелированием неблагоприятных и угрожающих жизни состояний.

Потапова Н.Л.

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА**
*ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия*

Введение. Качество жизни (КЖ) – это степень самооценки комфортности существования человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. В ряде случаев качество жизни может служить одним из основных критериев оценки эффективности лечения. Персонализированный подход к учету и коррекции отдельных сторон качества жизни позволяет повысить комплаентность и оптимизировать терапию заболеваний. Бронхиальная астма относится к мультифакториальным заболеваниям. Наличие таких симптомов как внезапные приступы удушья, необходимость использования ингаляторов в школе, детском саду, влияет на психоэмоциональное состояние ребенка и затрудняет его социальную адаптацию.

Понятие «качество жизни» является многофакторным, т.е. включает в себя множество компонентов. Среди них были выделены следующие:

1. Медицинские аспекты качества жизни, под которыми понимается влияние самого заболевания, его симптомов и признаков; ограничение функциональной способности, наступающее в результате заболевания; а также влияние лечения на повседневную жизнедеятельность больного.
2. Психологические аспекты, под которыми, в первую очередь, понимается субъективное отношение человека к своему здоровью; степень адаптации пациента к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому положению.
3. Социально-экономические аспекты, отражающие степень участия человека в социальной жизни общества, его социальная значимость.

Цель исследования. Изучение влияния социальных факторов на качество жизни детей, больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования. Оценка качества жизни проводилась при помощи валидизированного опросника Childhood Asthma Questionnaire, который имеет 3 формы, ориентированные на разные возрастные группы пациентов: форма А – для детей 4-7 лет, требующая определенного участия родителей в процессе анкетирования, форма В – для детей 8-11 лет, предназначенная для самостоятельного чтения и заполнения, и форма С – для детей 12-16 лет, учитывающая специфические интересы и виды активности, характерные для подростков. Формы А и В дополнительно имеют раздел вопросов для родителей, что позволяет оценить мнение родителей о влиянии заболевания на жизнь семьи. Первая часть каждого опросника (вопросы 1-10 в форме А, 1-15 в форме В и 1-8 в форме С) может использоваться у всех детей, как больных бронхиальной астмой, так и не имеющих данного заболевания. Каждая форма опросника образует несколько шкал, отражающих различные аспекты жизни ребенка и его отношение к заболеванию. Изучались основные показатели: Качество повседневной жизни (КПовс.Ж) – удовлетворение от всех видов обычной повседневной деятельности. Качество активной жизни (КАЖ) – удовлетворение от бега, занятий плаванием, физкультурой; Дистресс (Дис.) – ощущение симптомов астмы и социальные проблемы; Качество пассивной жизни (КПас.Ж) – удовлетворение от чтения, просмотра телевизора и т.д.; Качество подростковой жизни (КПод.Ж) – удовлетворение от подростковой социальной активности; Тяжесть (Тяж.) – частота симптомов астмы Реактивность (Р) – избегание триггеров окружающей среды. После заполнения больными опросника производилось шкалирование данных опросника – процедура пересчета необработанных данных опросника в баллы КЖ по шкалам. Для учета социальных проблем нами дополнительно оценивались следующие показатели:

1. Профессиональная занятость родителей (работает/не работает).
2. Семейный статус (полная/неполная семья).
3. Возможность приобрести ребенку препарат (ингалятор) для базисной терапии (есть/ не всегда/ нет).

Результаты исследования. При оценке профессиональной занятости установлена прямая зависимость с качеством жизни больных детей. Оказалось, что профессиональная занятость родителей была взаимосвязана с оценкой качества жизни детьми. Так, у всех детей, кроме детей старшей возрастной группы с тяжелой бронхиальной астмой, более высокие значения КАЖ, КПод.Ж, КПас.Ж были зарегистрированы у тех детей, чьи родители работали. Показатели тяжести и дистресса были ниже, чем у детей, чьи родители не работали. Степень тяжести заболевания значительно различалась в группах работающих и неработающих родителей. У детей, больных тяжелой бронхиальной астмой, родители не работали в 30% случаев, среднетяжелой бронхиальной астмой – в 13,7%, легкой бронхиальной астмой – в 10,3% случаев ($p < 0,01$). Существенные изменения в качестве жизни детей отмечались и в зависимости от семейного статуса родителей. Благоприятный психологический микроклимат, внимание к ребенку способствовали тому, что в полных семьях (67,5%) все показатели качества жизни были выше, чем в неполных. В неполных семьях отмечались более высокие показатели тяжести заболевания.

Возможность приобретения ингалятора для базисной терапии учитывала не только материальное положение, но и степень комплайенса, то есть желания сотрудничать с врачом и выполнять все его рекомендации. «Есть возможность приобрести ингалятор» ответили 56% (100) родителей. Ответ «не всегда» давался в случае, если родители могли приобрести ребенку лишь один флакон препарата (в среднем на 1 месяц регулярного лечения) или покупали препарат только при выраженном ухудшении состояния ребенка – такой ответ дали 32% (57) родителей. Не имели возможности обеспечить

ребенку регулярное лечение 12% (22) родителей. В целом, у детей, родители которых могли и хотели обеспечить ребенку адекватную базисную терапию, показатели КЖ были выше.

Выводы. Качество жизни пациентов с бронхиальной астмой существенно зависит не только от симптомов болезни, но и социальных факторов, что диктует необходимость комплексного подхода к лечению и реабилитации данной категории пациентов.

Рахматуров А.Г., Максимова О.Г., Батаева Е.П., Петрухина И.И.
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКИХ КОАГУЛОПАТИЙ У ДЕТЕЙ
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ,
Чита, Россия

Введение. Дифференциальная диагностика повышенной кровоточивости в неонатальном и раннем детском возрасте достаточно сложна. Геморрагический синдром может быть обусловлен как первичными нарушениями сосудисто-тромбоцитарного, коагуляционного или смешанного звена гемостаза, так и вторичной гемостазиопатией на фоне основного заболевания. Качественное обследование пациента и грамотная интерпретация клинических и лабораторных симптомов позволяет предположить заболевание на раннем скрининговом этапе диагностики. В то же время трудность своевременной диагностики редких коагулопатий заключается в отсутствии специфических клинических проявлений и стандартных лабораторных критериев и требует обследования пациента в специализированной лаборатории.

Цель исследования. Демонстрация на клиническом примере возможность диагностики одной из редких коагулопатий в раннем детском возрасте.

Материалы и методы исследования. Клинико-anamnestическое и лабораторное обследование с оценкой сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза, активности отдельных факторов свёртывания крови, в том числе, редких, молекулярно-генетический анализ.

Результаты исследования. Девочка Екатерина З., 2 года, от 2 беременности, 2 оперативных родов (плановое кесарево сечение – рубец на матке) на сроке 40 недель. Течение беременности на фоне артериальной гипотензии, тахикардии. Масса при рождении – 3650 г, длина тела – 51 см. У родственников повышенной кровоточивости не отмечено. Состояние после рождения ребенка расценено удовлетворительным. Выписана домой на 4-е сутки жизни. На 5-е сутки после отторжения пуповинного остатка отмечалось обильное кровотечение из пупочной ранки. Педиатром поликлиники по месту жительства рекомендована давящая повязка, но кровотечение не останавливалось. В экстренном порядке госпитализирована в отделение патологии новорожденных ГУЗ КДКБ, проведена гемостатическая терапия. Выполнено оперативное лечение: мини лапаротомия, перевязка пупочной вены. В послеоперационном периоде отмечалась постгеморрагическая анемия тяжелой степени тяжести, в связи с чем, проводилась геотрансфузия эритроцитарной массы. Лабораторных изменений со стороны стандартных показателей гемостаза не выявлено. Со второго полугодия жизни, когда ребенок начал активно двигаться, мать стала отмечать на теле девочки обширные гематомы различных размеров.

В возрасте 2 лет после очередной травмы образовалась гематома области лба, нарастающая в динамике в течение последующих дней. Девочка была госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии ГУЗ КДКБ. При поступлении у пациента отмечалась асимметрия лица за счет выраженного отека мягких тканей в области лба размером 5 см x 4,5 см, отек возвышался над поверхностью, кожа над ним была синюшного цвета, не напряжена, в глубине образования определялась флюктуация. По органам и системам изменений не выявлено. Показатели физического развития средние. Проведена пункция гематомы, получено 40 мл темной крови, наложена давящая повязка. В динамике после ежедневной пункции гематома наполнялась вновь. Выполнено вскрытие и дренирование гематомы. В послеоперационном периоде вновь появились признаки нарастания гематомы на фоне гемостатической, противоанемической терапии: транексам, октаплекс, дважды трансфузии СЗП, эритроцитарной взвеси. Показатели общего анализа крови, агрегации тромбоцитов, стандартной коагулограммы (фибриноген, ПТВ, ПТИ, АЧТВ, МНО, ТВ, АТ-III), активности факторов свертывания крови II, V, VIII, IX, VII, Виллебранда были в пределах нормы. Учитывая

гематомный тип кровоточивости, несоответствие между тяжестью клинических проявлений и отсутствием изменений в стандартной коагулограмме, типичный «пупочный синдром» в раннем неонатальном периоде, заподозрен дефицит FXIII. При дополнительном обследовании активность FXIII составила 2,2%. Молекулярно-генетическое исследование гена F13AI методом прямого секвенирования по Сенгеру выявило у ребенка гетерозиготную замену одного нуклеотида с.691-1G>A. В экзоне обнаружена гетерозиготная замена с. 998 G>T, приводящая к образованию преждевременного стоп-кодона р. Gly330Ter (G330*). Выставлен диагноз: Наследственный дефицит XIII фактора

свертывания крови (болезнь Лаки-Лоранда) тяжелой степени. Препараты FXIII в России не зарегистрированы. В связи с этим, девочка получает лечение введением криопреципитата, приемом транексамовой кислоты.

Вывод. Несмотря на сложность диагностики редких наследственных коагулопатий, предположить наличие дефицита XIII фактора свертывания крови позволяет клинически выраженный геморрагический синдром в виде гематомного типа кровоточивости при нормальных стандартных лабораторных показателях гемостаза, а также начального проявления болезни в раннем неонатальном периоде пупочным кровотечением.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

**Губанова И.В., Москалева Е.П.
 ВКЛАД СОТРУДНИКОВ ЧГМИ
 В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО
 ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
 ЧИТИНСКОЙ ОБЛАСТИ В ГОДЫ
 ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

Победа Советского союза в Великой Отечественной войне стала возможна благодаря единству фронта и тыла, скорейшему переводению всех систем жизнеобеспечения страны в соответствие с требованиями военного времени. Это коснулось всех сфер деятельности, в том числе здравоохранения и санитарного обслуживания. Система здравоохранения и медицинской помощи различным группам пациентов адаптировалась к новым вызовам благодаря профессионализму, невероятной трудоспособности и высоким гуманистическим принципам медицинских сотрудников, работавшим в области. Яркими примерами этого уникального явления стали судьбы преподавателей ЧГМА, в годы войны трудившихся в Забайкалье и включенны в Бессмертный полк ЧГМА. Их вклад в общее дело Победы был не менее важен, чем подвиг тех, кто принимал непосредственное участие в боевых действиях.

В преддверии войны система здравоохранения области страдала от многих нерешенных проблем и невыгодно отличалась этим от уровня здравоохранения во многих других регионах. Проблемами первостепенной важности, на которые указывали руководители медицинской службы города, были: непригодность, перегруженность и плохое состояние помещений больниц и поликлиник, недостаточно хорошее питание в больницах, огромные очереди в поликлиниках, плохое обслуживание вызовов вследствие нехватки транспорта и т.д. Но сложнее всего было с врачебными кадрами: катастрофически не хватало врачей. Так, по данным Государственного архива Забайкальского края, в 1940 г. вместо запланированных по штату 152 врачей работало 73. Совместителями работали 51 врач. С началом войны положение становится еще более сложным. В других регионах страны, территориально более близких к фронтовому району, кадровые проблемы частично решались за счет эвакуированных в тыл врачей. [2] В

Забайкалье, как в регионе, находящимся в глубоком тылу, не было большого количества эвакуированных, и решать эту проблему можно было только за счет своих ресурсов. Каждому, из работавших в крае врачей, пришлось работать с еще большей отдачей, с еще большей нагрузкой.

Несмотря на удаленность от линии фронта, в Забайкальской области по решению СНК СССР было развернуто 10000 коек, специализированных по видам ранений. [16] Особенностью работы тыловых госпиталей в Забайкалье было то, что в них поступали наиболее тяжело раненые с давними и осложненными огнестрельными, осколочными ранениями груди и живота, с повреждениями крупных суставов и костей, порочными ампутационными культями. У многих во время доставки в тыл были нарушены правила хирургической эвакуации, что приводило к гнойно-септическим осложнениям. [1] Первая массовая загрузка эвакуогоспиталей произведена в марте 1942 г. с этого момента и до середины 1946 г. система эвакуогоспиталей в Чите работала в режиме военного времени. Весь персонал находился на казарменном положении, рабочий день был ненормированным, а отдыхали врачи, медсестры и санитарки, не отлучаясь из госпиталя. Максимальный объем больных был достигнут в 1944 г., когда в Забайкалье дислоцировалось 13 госпиталей с общим количеством раненных 3244 человек. При всей тяжести ранений и осложнений у поступающих больных, смертность в госпиталях Забайкалья не превышала 0,4 %. [16]

После окончания войны поток раненых снизился, но на излечении оставались особенно тяжелые раненые, нуждающиеся в длительном лечении. Нередко сотрудниками госпиталей осуществлялось и сопровождение инвалидов до места проживания в другие регионы, в том случае, если за ними не могли приехать родственники. Работать в тыловых госпиталях было несколько не проще, чем на фронте. Именно в глубоком тылу прodelывали трудоемкую, протяженную по времени часть работы: нужно было прооперировать, выводить, долечить и восстановить тяжелораненого пациента.

Филипп Еремеевич Власюк после окончания Иркутского медицинского института в августе 1941 г. был призван в ряды Рабоче-крестьянской Красной Армии и служил рядовым 19-го отдельного батальона на 79-м разъезде Забайкальской железной дороги близ поселка Шерловая гора. [1] В апреле 1942 г. был

откомандирован в распоряжение санитарного управления Сибирского военного округа и направлен в эвакуогоспиталь № 1478 в г. Нерчинск. Первичную специализацию проходил под руководством В.Ф. Тальковского, В.А. Коханского – выдающихся забайкальских хирургов того времени. Работал сначала ординатором, а с 1943 г. – начальником хирургического отделения. С 1943 по 1945 гг. – начальник отделения и ведущий хирург эвакуогоспиталя 1477 в г. Сретенск. Демобилизован в 1945 г. в звании капитана медицинской службы. Как участник войны Филипп Еремеевич награжден медалями «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», «За трудовую доблесть», юбилейными медалями.

Выполнить тяжелую работу в эвакуогоспиталях наравне с мужчинами, а часто и заменяя их, пришлось молодым женщинам, девушкам, едва успевшим до войны получить медицинское образование.

Мария Мефодьевна Лисина окончила фельдшерско-акушерскую школу в г. Иркутске, после чего была направлена на работу медсестрой в бурятский улус Усть-Ордынского национального округа Иркутской области. [10] С началом войны ушла добровольцем в ряды Рабоче-крестьянской Красной армии и направлена в полевой передвижной госпиталь № 548, дислоцировавшийся в Забайкалье, затем служила в эвакуогоспитале 958. Демобилизована 20 августа 1946 г. в звании лейтенанта медицинской службы. За участие в войне награждена медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», «За победу над Японией».

Сепп Мария Антоновна в 1939 г., окончив Иркутский медицинский институт, по путевке Наркомздрава была направлена на работу в Шилкинскую районную больницу Читинской области в должности врача-хирурга. В сентябре 1942 г. была мобилизована для работы в эвакуогоспитале 1484 ординатором хирургического отделения, а после прохождения специализации по ЛОР-болезням в Иркутске, была переведена в 1944 г. в Читку. Работала в эвакуогоспитале 1971, потом в эвакуогоспитале 1481, который был переформирован в 1946 г. в госпиталь для долечивания инвалидов Отечественной войны. Как участник войны награждена орденом Отечественной войны II ст., медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», «За победу

над Японией», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.».[11]

Орлова Нина Николаевна в 1940 г. окончила с отличием Свердловский медицинский институт. В марте 1942 г. была мобилизована в Рабоче-крестьянскую Красную Армию и возглавляла хирургическое отделение эвакуогоспиталя № 1940 в Чите, затем служила ординатором госпиталя по долечиванию инвалидов Великой Отечественной войны. Демобилизована в марте 1946 г. За участие в войне награждена медалями «За победу над Японией», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне», «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945» [12].

В 1941 г. в возрасте 19 лет Матрена Ивановна Козина была мобилизована в Красную Армию. Первая ее должность – санитарка. Затем она стала работать медсестрой в окружном госпитале СибВО [6]. После окончания войны, оставаясь на военной службе, работала медицинской сестрой в госпитале для инвалидов войны, который расформировали в 1946 г. Как участник войны награждена медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.», «За трудовую доблесть», юбилейными медалями.

Татьяна Петровна Корнакова в 1937 г. была принята в Иркутский медицинский институт. В связи с начавшейся Великой Отечественной войной, проходила обучение по ускоренной программе и досрочно, в декабре 1941 г., получила диплом врача. Вскоре была мобилизована в Рабоче-крестьянскую Красную армию и направлена для службы в г. Читку, в эвакуогоспиталь № 1028 [7]. Здесь начинающий хирург под руководством ведущего хирурга Б.Е. Смирнова и Н.И. Томиловой осваивала азы хирургической деятельности, военно-полевой хирургии. В 1942 г., в связи с поступлением большого количества раненых из центральных регионов России, она переведена ординатором хирургического отделения в г. Петровск-Забайкальский в эвакуогоспиталь № 1479. В мае 1942 г. была демобилизована и переведена в областную больницу им. Ленина. За участие в войне награждена медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-45 гг.»

Для ухода за ранеными привлекались девочки-школьницы, которые приходили в эвакуогоспитали в свободное от уроков время. В 1943 г. Татьяне Павловне Аксеновой исполнилось 12 лет и с этого возраста она начала помогать в

уходе за ранеными в одном из эвакуогоспиталей Приаргунска. Капитолина Васильевна Буранова с 1942 г., в возрасте 13 лет вместе со своими сверстниками работала в эвакуогоспиталях: школьники чистили картошку, стирали, гладили бинты, кормили раненых бойцов. В госпитале Капитолина Васильевна особенно привязалась к одному из раненых с изуродованным ранением лицом. Плакала, глядя на него, когда давала ему пить из поильника. Тогда и решила стать челюстно-лицевым хирургом. [3]

Все годы войны в Забайкальском военном округе в резерве сохранялось значительное количество вооруженных сил на случай нападения Японии, являвшейся союзником фашистской Германии. Надежда Васильевна Кузьмина в 1940 г. окончила I Московский медицинский институт. В 1940 г. была принята в аспирантуру на кафедру фармакологии этого же вуза [10]. В июле 1941 г., оставив обучение, ушла по призыву в РККА и была отправлена в качестве военного врача в Забайкальский край на 562 базу аэродромного обслуживания 12 Воздушной Армии. В дальнейшем служила в военном госпитале на станции Бада, где располагались военные аэродромы. Демобилизована из действующей армии в июне 1945 г. в звании капитана медицинской службы. За участие в войне награждена медалями «За победу над Германией в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.».

Система гражданского здравоохранения в годы Великой отечественной войны так же работала в сложнейших условиях. Нехватка кадров решалась за счет внутренних ресурсов: много работали сверхурочно, совмещая не одну ставку. Бытовые проблемы так же решались своими силами: после работы с больными выезжали на заготовку дров, для улучшения питания больных практически каждая больница держала свое подсобное хозяйство. Поликлиники организовывали сбор грудного молока для молочных кухонь. Не хватало то транспорта, то топлива для машин – участковые врачи ходили на вызовы пешком. Практически одни женщины работали в первичном звене, детских лечебных и профилактических заведениях, многие руководили различными медицинскими учреждениями. [16]

Таисия Алексеевна Корчагина с 1941 г. начала работать главным врачом областной больницы им. В.И. Ленина, директором областной станции переливания крови. Нехватка медицинских

кадров в годы войны была очень высокой, но более всего не хватало хирургов. Имея опыт участия в качестве военного хирурга в боевых действиях на Холхин-Голе, возглавляла организованную при областной больнице школу для молодых хирургов и врачей других специальностей. После окончания школы врачи поступали в распоряжение руководства госпиталей и прикреплялись к ведущим хирургам. При поддержке такой команды каждый ведущий хирург обслуживал до 600-800 хирургических коек. В послевоенные годы (до 1952 г.). Таисия Алексеевна работала начальником хирургического отделения Читинского областного госпиталя для инвалидов войны. [8]

Людмила Николаевна Шестакова в 1941 г. окончила Воронежский государственный медицинский институт и по распределению была назначена фтизиатром в Карымскую районную больницу. В отношении уровня заболеваемости туберкулезом – Забайкалье традиционно неблагополучный регион. Еще более сложной эпидобстановка стала в годы войны. Резко возросло количество больных с открытой формой туберкулеза, представлявших особую опасность для окружающих. После первичной специализации в ноябре 1941 г. на базе областного противотуберкулезного диспансера, она была оставлена для работы врачом-ординатором в открывшемся стационаре этого диспансера, вела прием в поликлиническом отделении. За участие в войне награждена медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне в 1941-1945 гг.» [13].

Людмила Ефимовна Дубовая в 1939 г. закончила лечебный факультет 2 Харьковского мединститута. В 1940 г. в связи с переводом мужа, переехала в Читин и, в соответствии с направлением Министерства здравоохранения, была направлена заведующей женской консультации на станции Чита II. Все годы войны заведовала женской консультацией, добившись значительного улучшения акушерско-гинекологической помощи. Награждена медалью «За доблестный труд в Великую Отечественную войну» [5].

Елизавета Павловна Четвертакова в 1940 г. окончила Томский медицинский институт, в ноябре 1941 была мобилизована в РККА и служила врачом в Читинском городском травмункте, где оказывали помощь поступавшим на лечение раненым. В конце

декабря того же года, в связи со вспышкой кори у детей в Чите, она была демобилизована и переведена из госпиталя на должность участкового педиатра городской поликлиники Центрального района, где проработала до 1946 г. В годы войны резко ухудшилось санитарное состояние детского населения, резко возросло количество больных, ослабленных детей. Но, героическими усилиями педиатров края, в том числе и Елизаветы Петровны удалось не только прекратить рост заболеваемости детей в годы войны, но и добиться их снижения по сравнению даже с довоенными показателями. Так в 1943 г. среди детей в Чите по сравнению с 1940 г. снизились заболевания: корью на 26%, дизентерией на 20%, скарлатиной на 20%. Это был результат большой профилактической работы. Как участник войны награждена медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» [14]

Судьбы наших сотрудников, о которых было рассказано в статье, очень разные. Но есть объединивший их признак – все они настоящие подвижники своего дела, врачебный долг в понимании которых был превыше личных обстоятельств, удобства и амбиций. Уровень самоотверженности и жертвенности в медицине гораздо более высок, чем в ряде других профессий. А в условиях военного времени медицина требует все душевные и физические силы. Поэтому с полной ответственностью можно сказать, что независимо, где трудились бойцы Бессмертного полка ЧГМА – в военном госпитале или в гражданском здравоохранении, были ли они медсестрами, педиатрами или хирургами – все они трудились на грани возможности, забывая о себе. Так же как и для всей страны для медиков Забайкальского края главным правилом жизни в этот период был лозунг: «Все для фронта, все для Победы!»

ЛИТЕРАТУРА:

1. Амелянович О.В. К 95-летию ветерана Великой Отечественной войны кандидата медицинских наук Власюка Филиппа Еремеевича – организатора здравоохранения и основоположника плановой торакальной хирургии в Забайкалье / О.В. Амелянович, Ю.В. Первоушина, В.П. Смекалов // Исторический опыт медицины в годы Великой Отечественной войны 1941 – 1945 гг.: материалы IX конференции с международным участием. – Москва: МСГМУ, 2013. – С. 13 – 14.
2. Великая Отечественная война: юбилейный статистический сборник. – URL :https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/LwyhKZcQ/VOV_75_f.pdf. – (дата обращения: 23.09.2022).
3. Личное дело Бурановой К.В. // Архив ЧГМА, эл. версия – музей истории ЧГМИ / ЧГМА.
4. Личное дело Власюка Ф.Е. // Архив ЧГМА, эл. версия – музей истории ЧГМИ / ЧГМА.
5. Личное дело Дубовой Л.Е. // Архив ЧГМА, эл. версия – музей истории ЧГМИ / ЧГМА.
6. Личное дело Козина М.И. // Архив ЧГМА, эл. версия – музей истории ЧГМИ / ЧГМА.
7. Личное дело Корнаковой Т.П. // Архив ЧГМА, эл. версия – музей истории ЧГМИ / ЧГМА.
8. Личное дело Корчагиной Т.А. // Архив ЧГМА, эл. версия – музей истории ЧГМИ / ЧГМА.
9. Личное дело Кузьминой Н.В. // Архив ЧГМА, эл. версия – музей истории ЧГМИ / ЧГМА.
10. Личное дело Лисиной М.М. // Архив ЧГМА, эл. версия – музей истории ЧГМИ / ЧГМА.
11. Личное дело Сепп М.А. // Архив ЧГМА, эл. версия – музей истории ЧГМИ / ЧГМА.
12. Личное дело Орловой Н.Н. // Архив ЧГМА, эл. версия – музей истории ЧГМИ / ЧГМА.
13. Личное дело Шестаковой Л.Н. // Архив ЧГМА, эл. версия – музей истории ЧГМИ / ЧГМА.
14. Максимова О.Г., Елизавета Павловна Четвертакова – детский врач, педагог, ученый, профессор ЧГМА / О.Г. Максимова // Забайкальский медицинский вестник. – 2005. – № 2. – С. 13-14.
15. Малая энциклопедия Забайкалья. Здравоохранение и медицина : энциклопедия / гл. ред. Р.Ф. Гениатулин. – Новосибирск : Наука, 2011. – 630 с.
16. Чита в годы Великой Отечественной войны : сборник статей, документов и фотодокументов / под ред. В.И. Мерцалова. – Чита : Экспресс-издательство, 2015. – 520 с.: ил.

Михайличенко М.И.¹, Щелканова О.А.²,
Иванов Н.И.², Бусоедов А.В.², Истомина О.А.²,
Шаповалов К.Г.¹

**К ЮБИЛЕЮ СЛУЖБЫ
АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-
РЕАНИМАТОЛОГИИ ГУЗ «КРАЕВАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

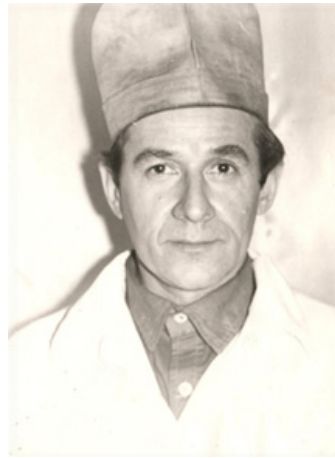
¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» МЗ РФ (ректор – д.м.н., доцент Д.Н. Зайцев)

²ГУЗ «Краевая клиническая больница» МЗ РФ. И.о. главного врача – Д.Б. Нардин

В феврале 2023 г. служба анестезиологии и реаниматологии Краевой клинической больницы г. Читы отметила свой сорокалетний юбилей.

История ее становления чрезвычайно интересна и многогранна. Известно, что областная клиническая больница вводилась в эксплуатацию по частям. С 1981 по 1982 гг. из областной больницы имени Ленина (ныне краевой детской клинической больницы) в открывшийся стационар были переведены терапевтические отделения и неврология. Отделение анестезиологии и реанимации (АиР) со всем персоналом оставалось в прежней больнице. Необходимо было организовать оказание интенсивной терапии и реанимации больным с тяжелой патологией терапевтического и неврологического профиля. В то время главный врач строящейся областной клинической больницы (ОКБ) В.К. Яковлев в марте 1982 г. перевел перспективного специалиста Бурцева Виктора Авдеевича для формирования отделения анестезиологии и реанимации в новом стационаре. Работу по организации отделения в больнице пришлось начинать с нуля. Не было ни готовых помещений для развертывания отделения, ни персонала, ни оборудования. В апреле 1982 г. с целью усиления кадрового потенциала переведен молодой врач анестезиолог Иванов Николай Иванович, который принял самое активное участие в открытии отделения. В то время в ОКБ из работающих хирургических отделений организовано новое отделение челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) и было сформировано ЛОР-отделение с последующей организацией на базе последней клинической кафедры ЛОР-болезней. В указанных структурных подразделениях быстрыми темпами развивались оперативные пособия пациентам, остро возникла необходимость в адекватном обезболивании

проводимых операций. Совместно с врачами ЧЛХ В.А. Васиным, В.Н. Бородулиным обосновано приобретение новой лечебно-диагностической и наркозно-дыхательной аппаратуры, а также операционных столов и пр.



Бурцев
Виктор Авдеевич



Иванов
Николай Иванович

Одновременно организована работа по приему с параллельным обучением медсестер-анестезистов. Одними из первых медсестер, которые приняли активное участие в открытии отделения, стали Зинаида Складорова, Таисия Муратова, Ирина Титова, Альбина Волкова, Галина Брюханова, Ольга Сергеева, Екатерина Трухина, Екатерина Рудт.

Для оказания интенсивной терапии и реанимации больным в отделении ЧЛХ и отделении пульмонологии были открыты палаты реанимации и интенсивной терапии, оборудованные необходимой аппаратурой. Это было время, когда из-за отсутствия эффективных лекарственных средств для лечения в отделение пульмонологии поступали больные с тяжелыми приступами бронхиальной астмы, нередко в состоянии астматического статуса, которым требовалось оказание реанимационной помощи.

Следует отметить, что укомплектование ОКБ медицинским оборудованием, как пускового объекта, осуществлялось на хорошем уровне. Из наркозно-дыхательных аппаратов отечественного производства, для оснащения операционных и палат реанимации поступали аппараты марки РО-5, РО-6н, РО-6р, РО-6 03. Импортные аппараты, производства ГДР «Медиморф», Чехословакии «Хирана-5, Хирана-6, Хирана-7», а также дыхательные аппараты «Фаза», «Фаза-5», лечебно-диагностическая аппаратура.

С 1-го января 1983 г. из ОБ им. Ленина

в ОКБ переведены глазное отделение, нейрохирургия, гинекология, урологическое отделение. Необходимо было организовать оказание квалифицированной анестезиолого-реанимационной помощи уже большому количеству больных.

1 февраля 1983 г. в ОКБ было открыто отделение анестезиологии и реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии на 6 коек. Временно оно располагалось на 6-м этаже 7-го блока. Заведующим отделением назначен В.А. Бурцев, старшей медицинской сестрой работала Е.Ф. Рудт. В это время на работу были приняты врачи Шаравин Евгений Анатольевич, Гурулёва Галина Александровна, Варзегова Светлана Михайловна, Стельмашенко Виктор Иванович, Щегольков Александр Максимович, Свистунов Валерий Яковлевич, Коваленко Любовь Фёдоровна, Шильников Владимир Александрович. Подготовлены в ординатуре молодые врачи Горчаков А.В., Сазонов Ю.К., Единархов О.В., Смирнов Г.Г. В разное время в службе анестезиологии-реаниматологии ККБ работали ветераны специальности Алферов Михаил Иванович, Голобоков Владимир Иннокентьевич, Браунер Леонид Аркадьевич.

После окончания строительства ОКБ из областной больницы имени Ленина переведены все оставшиеся хирургические отделения. В 1984 г. открыт операционный блок, который к тому времени был оснащен всей необходимой аппаратурой для проведения анестезиологических пособий. Отделение анестезиологии и реанимации переведено на первый этаж четвертого блока, где располагается и по сей день.



Отделение анестезиологии и реанимации ОКБ (1983 г.)

В феврале 1984 г. открыто отделение гипербарической оксигенации крови. Зав. отделением назначен врач-анестезиолог высшей категории Свистунов Валерий Яковлевич. Важным этапом в истории отделения стало освоение в 1992 г. реанимационного комплекса «Енисей-3», благодаря которому больным с нарушением функции внешнего дыхания проводилось ИВЛ во время проведения баросеанса.

С 1 января 1986 г. для эффективной работы по оказанию анестезиологической и реанимационной помощи приказом главврача ОКБ В.К. Яковлева отделение АиР было разделено на отделение реанимации и интенсивной терапии на 15 коек и отделение анестезиологии. Заведующим отделением анестезиологии назначен В.А. Бурцев, заведующим отделением реанимации – Л.Ф. Коваленко.

С декабря 1988 г. в отделение реанимации для интенсивной терапии больных с гнойно-септическими заболеваниями начали внедряться новые методы лечения (экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез, УФОК)). Инициатором внедрения была Л.Ф. Коваленко. Новые специальности успешно осваивали врачи О.В. Единархов, Г.А. Гурулева.

С января 1989 г. было организовано отделение гравитационной хирургии крови, которое вывелось из состава ОРИТ. Зав. отделением назначена Л.Ф. Коваленко, зав. отделением реанимации и интенсивной терапии назначен Г.Б. Ваховский, который, к великому сожалению, рано ушел из жизни... Отделение гравитационной хирургии крови оснащено современной аппаратурой для дезинтоксикации.

Внедрены все современные методики. В последующем заведующими отделением реанимации и интенсивной терапии были Чумаков С.П., Просецкая Т.А., Костромитин С.В. В настоящее время отделением заведует Истомина О.А.

При этом служба анестезиологии и реаниматологии продолжала развиваться. Наряду с общей анестезией широко стали внедряться все виды регионарного обезболивания (спинномозговая анестезия, продленная эпидуральная анестезия, проводниковая анестезия). С приобретением импортных аппаратов ИВЛ «Берд», в отделении реанимации и интенсивной терапии начали применяться методы

продленной ИВЛ с различными режимами. Инициатором внедрения современной респираторной поддержки являлась заведующая отделением ОРИТ Т.А. Просецкая. В дальнейшем отделение было оснащено более современными аппаратами: «Ньюпорт 150» и «500», что позволило проводить респираторную терапию на более высоком уровне.

В 1984 г. отделение санитарной авиации из ОБ им. Ленина переведено в ОКБ. Наряду с основной работой, персоналом АиР проводилось оказание анестезиолого-реанимационной помощи по линии отделения ЭПКП (сан авиация). Санзадания выполняли врачи Стельмашенко В.И., Иванов Н.И., Шаравин Е.А., Бурцев В.А., Богомягков С.Г., Шильников В.А. Ежегодно выполнялось свыше 150 вылетов. Внедрена методика ИВЛ при транспортировке больных авиатранспортом из ЦРБ в ОКБ портативными аппаратами «Лада МТ», «Пневмат-1».

В 1995 г. при нейрохирургическом отделении открыта палата реанимации и интенсивной терапии (ПИТ) на 9 коек, затем на 12 коек. В дальнейшем, в 2009 году, преобразовано в отделение АиР для больных неврологического профиля [1].

В 2003 г. открыт перинатальный центр, при котором организовано отделение АиР с палатами на 6 коек для беременных и рожениц и отделение реанимации новорожденных на 14 коек.

В 2006 г. в ОКБ введена должность заместителя главного врача по анестезиологии и реаниматологии. На эту должность назначен Владимир Александрович Шильников, который являлся главным внештатным анестезиологом Минздрава Забайкальского края.



Владимир Александрович Шильников (2013 г.)

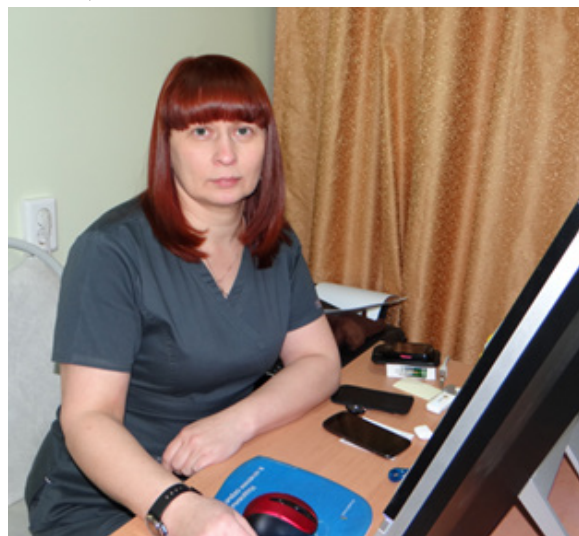
В мае 2011 г. открыто ОРИТ для лечения больных с гнойно-септическими заболеваниями,

вначале на 6 коек, сейчас на 12, заведующий – А.В. Бусоедов с момента организации отделения.



Заведующий отделением
Алексей Валерьевич Бусоедов

В 2012 г. организовано отделение анестезиологии-реанимации для больных кардиологического профиля на 12 коек. С февраля 2017 г. службу анестезиологии-реаниматологии ККБ возглавила к.м.н. доцент О.А. Щелканова.



Заведующая отделением
Оксана Александровна Щелканова

Таким образом, служба анестезиологии реанимации в настоящее время представлена 6-ю отделениями:

1. Отделение анестезиологии и реанимации с центральным кабинетом обезболивания и палатой пробуждения. Это отделение самое большое по штатному расписанию: успешно работают 20 врачей, 25 медицинских сестер.

- Заведует отделением врач высшей категории – Иванов Н.И., старшая медсестра высшей категории – Миронова Е.М. В настоящее время отделение переоснащено современной наркозно-дыхательной аппаратурой («Венар Омега», «Датекс Омеда», «Дрэггер Юлиан+»). Все аппараты укомплектованы испарителями для подачи нового анестетика Севоран. Инициатором внедрения севофлюрана в анестезиологическую практику является В.А. Шильников, который прошел подготовку на центральной базе г. Москвы. В дальнейшем по низкочастотной анестезии севофлюраном им обучено более 60 врачей анестезиологов-реаниматологов. В 15 операционных оперблока, 2х гнойных операционных, операционных ЧЛХ, ЛОР, рентген-операционной, малой операционной отделения гинекологии, в поликлинике, противошоковой операционной – персоналом отделения проводятся все виды общей анестезии, регионарного обезболивания. Ежегодно выполняется свыше 11 тысяч анестезиологических пособий.
2. Отделение анестезиологии и реанимации для пациентов неврологического и нейрохирургического профиля на 12 коек. Изначально организовала и заведовала отделением врач анестезиолог-реаниматолог к.м.н О.А. Щелканова В последующем отделением заведовали врачи Р.А. Кузьмин и А.Е. Морев. В данном структурном подразделении проводятся анестезиологические пособия при нейрохирургических операциях, интенсивная терапия больным в послеоперационном периоде и больным с неврологической патологией. Отделение оснащено современным оборудованием.
 3. Отделение реанимации и интенсивной терапии общего профиля на 12 коек. С 01.11.2022 г. руководитель отделения – О.А. Истомина. В отделении проводится интенсивная терапия больным как хирургического, так и терапевтического профиля. Ежегодно на реанимационных койках лечатся свыше 1500 больных с тяжелой патологией. За последние годы отделение переоснащено современными аппаратами ИВЛ, системами мониторинга наблюдения и другой лечебно-диагностической аппаратурой.
 4. Отделение реанимации и интенсивной терапии для гнойно-септических больных на 12 коек. Заведует отделением с момента его организации врач высшей категории – А.В. Бусоедов. Это новое специализированное отделение, в котором получают интенсивное лечение больные с тяжелой гнойно-септической патологией со всех лечебных учреждений края и города Читы. При открытии отделение оснащено современными аппаратами ИВЛ, лечебно-диагностической аппаратурой и системой центрального мониторинга наблюдения.
 5. Отделение анестезиологии–реанимации для пациентов с острым коронарным синдромом основано в 2012 г., первый заведующий отделением Е.В. Пьянникова. В разные годы отделением заведовали: М.С. Мыльников Р.Д. Гончиков. В настоящее время заведует отделением Пронин Алексей Андреевич. В состав отделения входит 12 реанимационных коек, 1 кардиохирургическая операционная и 2 рентгенхирургических операционных. В среднем за год в отделении проходят лечение около 2500 пациентов, оказывается около 1500 различных анестезиологических пособий. Отделение оснащено современным оборудованием. В отделении применяются все современные технологии интенсивной терапии и анестезиологического обеспечения с использованием современной аппаратуры. В период пандемии коронавирусной инфекции отделение являлось «провизорной» реанимацией.
 6. Отделение анестезиологии-реанимации перинатального центра на 6 коек. Первый заведующий отделением – врач Петрова Виктория Владимировна. Сейчас заведует отделением Кондрахина Екатерина Александровна. Персонал отделения оказывает анестезиологические пособия при оперативных вмешательствах и обезболивании родов, а также интенсивную терапию в палате реанимации беременным и роженицам. Отделение также оснащено современной аппаратурой.
 7. Отделение реанимации новорожденных. Заведует отделением врач высшей категории Нестерова Лариса Анатольевна. На 14-и реанимационных койках проводится интенсивная терапия новорожденным с различной патологией. Отделение оснащено современной аппаратурой для респираторной поддержки новорожденных, а также лечебно-диагностической аппаратурой.
- В 2012 г. по федеральной программе

ДТП открыта операционная и противошоковая палата. На центральных базах г. Москвы подготовлены 4 врача анестезиолога-реаниматолога: Чепелев Д.С., Петров А.А., Сазонов Ю.К., Пинтусова А.В.

В настоящее время в ККБ под руководством врача высшей категории к.м.н., доцента О.А. Щелкановой в центре анестезиологии-реанимации работают 59 врачей анестезиологов-реаниматологов и 60 медицинских сестер-анестезистов.

Служба анестезиологии и реанимации ККБ продолжает интенсивно развиваться. С 2003 г. с приобретением аппарата искусственного кровообращения, необходимой наркозно-дыхательной аппаратуры, лечебно-диагностической аппаратуры, инструментария начали проводиться операции на открытом сердце. Первые 4 операции проведены операционной бригадой кардиоцентра им Мешалкина г. Новосибирск. Последующие 13 операций – бригадой врачей кардиоцентра г. Москвы. В 2005 г. на центральных базах подготовлены врачи кардиохирурги, анестезиологи и перфузиологи, медсестры-анестезисты кардиохирургической направленности.

Первыми анестезиологами и перфузиологами, оказывающими анестезиологические пособия при кардиохирургических операциях на открытом сердце, были А.В. Аленочкин и А.Н. Спиридонов. Позднее специализацию прошли врачи Хворова А.В., Пьянникова Е.В., Лосев С.Ю., Кривошеев К.С., Сенокосов И.С. Первыми сестрами-анестезистами, подготовленными по кардиоанестезиологии, стали Скачек Л.В., Фирсанова О.А., Твердохлебова Т.А., Игнатович М.В. [1].

ГУЗ «Краевая клиническая больница» с момента постройки является клинической базой ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, в том числе для обучения врачей анестезиологов-реаниматологов в клинической ординатуре, медсестер – анестезистов по линии УПК медицинского колледжа. Подготовленные специалисты успешно работают в регионах края и по всей России.

Кроме того, ГУЗ «Краевая клиническая больница» – крупнейшая база кафедры анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО ЧГМА, в ней расположены

учебные помещения, ежегодно формируется самая большая группа ординаторов по специальности «анестезиология-реаниматология». С 2001 г. на базе ККБ работает ассистент кафедры анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Кушнаренко Кирилл Евгеньевич. С 2016 г. в анестезиолого-реаниматологической службе ККБ работают заведующий кафедрой д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный анестезиолог-реаниматолог министерства здравоохранения Забайкальского края Шаповалов Константин Геннадьевич и к.м.н., доцент Коннов Валерий Анатольевич, которые помимо обучения и воспитания ординаторов через лечебный процесс, осуществляют экспертную и аналитическую работу, участвуют в курации сложных случаев, работе консилиумов, лечебно-контрольных комиссий, обсуждении вопросов оснащения и организации службы. На кафедре работает руководитель Центра анестезиологии и реанимации ККБ к.м.н., доцент Щелканова Оксана Александровна.

С 2010 г. врачи анестезиологи-реаниматологи ККБ принимают активное участие в работе региональной некоммерческой организации «Забайкальское общество анестезиологов-реаниматологов», участвуют в подготовке молодых специалистов и поддержке ветеранов службы.

В 40-летний юбилей службе анестезиологии и реанимации Краевой клинической больницы хочется пожелать благодарных пациентов, как можно меньше «сложных интубаций» и неэффективных реанимационных мероприятий, а также большого человеческого счастья и спокойных дежурств...

ЛИТЕРАТУРА:

1. Летопись анестезиологии-реаниматологии Забайкалья / Под редакцией К.Г. Шаповалова. – Чита: Экспресс-издательство, 2013. – 184 с.

**КОНСУЛЬТАТИВНО-
ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ
ФЕДЕРАЛЬНОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО
КАЗЕННОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
«321 ВОЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ГОСПИТАЛЬ» МИНИСТЕРСТВА
ОБОРОНЫ РОССИИ – 50 ЛЕТ**

Учреждение организовано в соответствии с ДГШ ВС СССР № ОШ (4) 1365653 от 3 мая 1955 г. как поликлиническое отделение 321 окружного военного госпиталя.

В январе 1973 г. поликлиническое отделение 321 окружного военного госпиталя преобразовано в 134 гарнизонную поликлинику ЗаБВО. Первым начальником 134 гарнизонной поликлиники был подполковник медицинской службы Носов Василий Александрович, который руководил учреждением до 1979 г.

В последующие годы поликлинику возглавляли:

- подполковник медицинской службы Матвеев Юрий Александрович (1979-1981 гг),
- подполковник медицинской службы Хмыров Владимир Валентинович (1981-1984 гг),
- полковник медицинской службы Месяцев Леонид Владимирович (1984-1988 гг),
- полковник медицинской службы, заслуженный врач РФ Медус Алексей Иванович (1988-1998 гг.),
- полковник медицинской службы Бочарников Валерий Валентинович (1998-2004 гг),
- полковник медицинской службы Башаров Андрей Русланович (2004-2009 гг).

В сентябре 2009 г. на должность заведующего поликлиникой, главным врачом назначен

Мусаев Гаджимурад Магомедович (руководил учреждением до 2016 г.). В период с 2016 года поликлинику возглавляла врач высшей категории Бирюкова Марина Геннадьевна. В настоящее время учреждение возглавляет полковник медицинской службы в отставке заслуженный врач Российской Федерации, врач высшей категории Дураков Николай Иванович.

Учреждение несколько раз меняло название в соответствии с указаниями военного руководства, периодически изменялась организационно-штатная структура учреждения.

Консультативно-диагностическая поликлиника ФГКУ «321 ВКГ» Минобороны России обеспечивает квалифицированную и специализированную, амбулаторно-поликлиническую помощь прикрепленному контингенту более 40 тысяч человек.

Поликлиника является базовым консультативно-диагностическим центром для военнослужащих, офицеров и прапорщиков запаса (в отставке), членов семей офицеров Забайкальского края, так и отдаленных гарнизонов, дислоцирующихся на территории Республики Бурятия. Имеет лицензии на все виды медицинской деятельности, а также деятельности связанной с оборотом наркотических и психотропных веществ.

Лечебно-диагностическая работа поликлиники организована в соответствии с требованиями Руководства по медицинскому обеспечению ВС РФ на мирное время от 25.11.2016 года, Указаний ГВМУ по «Организации работы военной поликлиники» от 2005 г.

Амбулаторный прием и консультации больных проводятся по 17 врачебным специальностям: врач-хирург, врач-травматолог, врач-гинеколог, врач-уролог, врач-дерматовенеролог, врач-офтальмолог, врач-оталаринголог, врач-онколог, врач-психиатр, врач-нарколог, врач-инфекционист, врач-невролог, врач-терапевт, врач-пульмонолог, врач-кардиолог, врач-эндокринолог, врач-физиотерапевт.

В настоящее время в поликлинике развернуто 6 лечебно-диагностических отделений, 4 диагностических отделений, 15 лечебно-диагностических



Консультативно-диагностическая поликлиника



Рабочее совещание с врачебным составом поликлиники

кабинетов, аптека, медицинская часть и кабинет медицинского страхования.

Поликлиника рассчитана на 650 посещений в день. Ежегодная общая обращаемость в поликлинику составляет около 140 тысяч человек.

Все кабинеты и отделения укомплектованы необходимым оборудованием для оказания высококвалифицированной медицинской помощи. В прошлом году получено и введено в работу новое диагностическое оборудование в кабинет окулиста. С целью внедрения в поликлинику элементов создаваемой в Вооруженных силах Российской Федерации медицинской информационной системы было установлено серверное оборудование, проведены сети, оборудованы два автоматизированных рабочих места для организации работы электронной регистратуры.

Профессиональный уровень медицинских работников и сегодня остается высоким. Более 87,7% специалистов имеют высшую и первую квалификационную категорию, 2 врача имеют степень кандидата медицинских наук, 3 врача удостоены почетных званий «Заслуженный врач Российской Федерации», «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации» и «Отличник здравоохранения Российской Федерации».

Высокий уровень профессионализма

медицинского персонала поддерживается за счет обучения на центральных базах Министерства обороны, привлечения специалистов к научно-практическим работам, обобщения клинических наблюдений, обработки статистических данных, внедрения новых методов диагностики и лечения, современных информационных технологий, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи.

В коллективе трудятся настоящие



профессионалы своего дела, беззаветно преданные военной медицине, заслуги которых отмечены командованием военного округа и Министерства обороны Российской Федерации. Это врачи: Бишарова Н.А., Васильева Л.М., Ковтун С.В., Горлова О.В., Ботвинник В.Д., Осипова Н.Д., Кергенцова О.И., Де-Вите Н.Ф., Бугаева Н.С., Иванова И.А., Кулькова Е.С., Патрина Е.В., Сычев А.В., Титова Е.Г., Трухина



М.Ю., Уфимцева Д.Ю.; медицинские сестры: Газизова Е.С., Кекшина А.А., Каменева О.В., Конюкова О.В., Корешкова Е.А., Ламожапова С.С., Макарова Л.А., Сыренова Л.С.

Сегодняшний коллектив помнит своих предшественников, сохраняет их богатейший опыт, творчески использует достижения и профессиональные навыки, бережно хранит и приумножает лучшие традиции. Немалый вклад в развитие поликлиники внесли: Шапиев М.Ш. – заместитель начальника поликлиники (по медицинской части), Золотарев А.В. – врач-травматолог, Афанасьева О.Е. – заведующий кабинетом УЗИ, Максименко Е.И. – медицинская сестра, Боровик Г.Н. – медицинская сестра, Иванова О.П. – медицинская сестра, Матвеева Н.К. – рентгенлаборант, Павлова Г.Н. – санитарка,

Перед коллективом поликлиники неоднократно ставились неординарные и сложные задачи, которые коллектив с честью решал. Так с марта 2020 г. медицинский персонал поликлиники активно участвовал в борьбе с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19). В кратчайшие сроки было налажено тесное взаимодействие с воинскими частями по проведению мероприятий по профилактике, раннему выявлению и лечению военнослужащих и гражданского персонала. На базе поликлиники были организованы пункты вакцинации и отбора биологического материала для исследований на COVID-19 методом ПЦР. В условиях пандемии с пациентами приходилось работать врачам и медицинским сестрам, прошедшим ранее соответствующую подготовку: врач-инфекционист Бронникова А.И., врач-терапевт Иванова А.Н., медицинские сестры: Корешкова Е.А., Хомякова М.Ф., Баутина Т.А.

С началом специальной военной операции главной задачей коллектива поликлиники стало скорейшее восстановление военнослужащих, получивших травмы и ранения, проведение им медицинского освидетельствования с целью определения категории годности к военной службе и тяжести полученного увечья, направление их на медицинскую и медико-психологическую реабилитацию.

За весь период деятельности поликлиники главным приоритетом в работе коллектива была неустанная забота о пациентах. Сегодняшний коллектив творчески использует накопленный опыт, с оптимизмом смотрит в будущее, отдавая силы и знания делу сохранения и укрепления здоровья военнослужащих Российской армии, военных пенсионеров и членов их семей. Коллектив поликлиники по праву может гордиться пройденным путем длиной в 50 лет.

*Заместитель начальника поликлиники
по медицинской части Ма-Ван-дэ Ю.А.
Заместитель начальника поликлиники
по экспертизе временной
нетрудоспособности Тюменцева Н.М.
Врач-статистик Будаева С.Ц.*

ИНФОРМАЦИЯ

**ИНФОРМАЦИЯ О X КОНФЕРЕНЦИИ
АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ
ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ
С ВСЕРОССИЙСКИМ УЧАСТИЕМ
«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ В XXI ВЕКЕ:
ОТ МЕНАРХЕ ДО МЕНОПАУЗЫ»**

16-17 мая 2023 г. в ЧГМА состоялась X конференция акушеров-гинекологов Забайкальского края с Всероссийским участием «Здоровье женщины в XXI веке: от менархе до менопаузы», организаторами которой явились Читинская государственная медицинская академия, Краевая общественная организация «Забайкальское общество акушеров-гинекологов» (ЗОАГ), Ассоциация медиков «Забайкальская медицинская палата», Министерство Здравоохранения Забайкальского края, «Российская ассоциация по генитальным инфекциям и неоплазиям» (РАГИН). Конференция проходила преимущественно в очном формате с он-лайн трансляцией при участии 210 врачей и клинических ординаторов ЧГМА. Программа конференции включала лекции профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и научных центров России, организаторов здравоохранения Забайкальского края, практических врачей, мастер класс по кольпоскопии и патологии шейки матки, интерактивные клинические разборы.

Основной задачей данного образовательного мероприятия было формирование онкопрофилактического междисциплинарного подхода к решению проблем здоровья женщин, повышение уровня профессиональных компетенций в области перинатальной медицины и гинекологической эндокринологии.

Открыла конференцию д.м.н. Ледина Антонина Виталиевна – вице-президент Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазиям, доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины Российского Университета Дружбы Народов (Москва), которая в своем приветственном слове озвучила современный вектор здравоохранения, направленный на междисциплинарное решение вопросов профилактики злокачественных заболеваний органов репродуктивной системы и особо отметила важность непрерывного образования для современного врача.



Главный внештатный специалист МЗ РФ в ДФО по акушерству, гинекологии и репродуктивному здоровью женщин, Президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов, депутат Законодательного Собрания Забайкальского края, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета и факультета ДПО ФГБОУ ВО ЧГМА, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор Белокриницкая Татьяна Евгеньевна в своем приветственном слове озвучила приоритетные медико-социальные и демографические задачи, стоящие перед акушерско-гинекологической службой, и вручила Почетную грамоту Законодательного Собрания Забайкальского края и памятный подарок от ЗОАГ врачу акушеру-гинекологу Краевой больницы № 3 Савину Александру Вилевичу за многолетний добросовестный труд в сфере здравоохранения.

Заседание № 1. Мастер-класс-репетиториум РАГИН «От женских болезней к женскому здоровью. Междисциплинарный взгляд сквозь призму диагностики, лечения и профилактики» (аккредитовано в системе НМО).

В аналитических докладах «Проблемы злокачественных новообразований женских половых органов и молочных желез в мире и России» (д.м.н. Ледина А.В., Москва), «Фиброзно-кистозная болезнь и рак молочной



железы: проблемы диспансеризации, скрининга и возможности управления» (профессор Белокриницкая Т.Е., Чита), «Интервальный рак молочной железы» (доцент Каюкова Е.В., Чита) были представлены данные современной мировой статистики и принципы управления наиболее распространенными формами «женских» раков. На заседании так же были представлены новейшие сведения научной литературы и международных клинических рекомендаций на темы «Вагинальный микробиом и цервикальный канцерогенез: взаимосвязь и возможности управления» (профессор Белокриницкая Т.Е., Чита), «Заболевания вульвы в практике акушера-гинеколога, дерматолога. Кто диагностирует, тот и лечит?» (д.м.н. Ледина А.В., Москва), «VIN. Роль гинеколога» (доцент Каюкова Е.В., Чита).

Заседание № 2. Кольпоскопия: форсированный практический курс по основам кольпоскопии с интерактивными разборами сложных (д.м.н. Ледина А.В., Москва; доцент Каюкова Е.В., Чита), аккредитованный в системе НМО. Все участники мастер-класса получили в подарок «Блокноты кольпоскописта» и информационные материалы.

Заседание № 3. Репродуктивный и демографический потенциал Забайкалья: векторы системы здравоохранения для сохранения репродуктивного здоровья и снижения репродуктивных потерь.

Открыли конференцию главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения

Забайкальского края по акушерству и гинекологии – Брум О.Ю., по репродуктивному здоровью мужчин – Дударев В.А. с аналитическими докладами «Репродуктивный потенциал женщин Забайкальского края» и «Актуальные проблемы службы охраны репродуктивного здоровья мужчин и пути их решения». В презентациях главных специалистов были представлены структурированные сведения о состоянии репродуктивного потенциала женского и мужского населения Забайкальского Края. Заведующая отделением антенатальной охраны плода ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» Жихарева А.С. (Чита) сделала доклад «Пренатальная диагностика в Забайкальском крае: организация, проблемы, пути решения». Проблема прогнозирования и профилактики неотложных состояний в акушерстве озвучена в докладе «Роль плацентарной васкулопатии в развитии критических акушерских состояний», представленном заведующей кафедрой акушерства и гинекологии факультета ДПО ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» МЗ РФ, д.м.н., доцентом Жуковец И.В. (Благовещенск).



Заседание № 4. Репродуктивное здоровье, эндокринопатии и качество жизни женщин

С огромным интересом были заслушаны и очень активно обсуждены доклады «Контрацепция, репродуктивная медицина и женское здоровье. Национальные медицинские критерии приемлемости методов контрацепции-2023» (профессор



Белокриницкая Т.Е. (г. Чита), «Врожденные нарушения формирования пола в практике акушера-гинеколога» и «Гиперпролактинемия: эпидемиология и современные подходы к диагностике и лечению» (профессор Сутурина Л.В., Иркутск), «КОК и СПКЯ: польза, риски, перспективы лечения» (к.м.н. Лазарева Л.М., Иркутск), «Возрастные особенности диагностики гиперандрогенизма» (к.м.н. Наделяева Я.Г., Иркутск).

Заседание № 5. Эстроген-дефицитные заболевания и женское здоровье

Основными спикерами финального заседания конференции были научные сотрудники ФГБНУ «Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека», которые представили дискуссионные доклады «Сниженный овариальный резерв «невозможное» часто относительно» (к.м.н. Лазарева Л.М., Иркутск), «Менопаузальный переход – от теории к практике, индивидуальный подход» (к.м.н. Наделяева Я.Г., Иркутск).

Инновацией юбилейной X конференции стало то, что на конференции был представлен доклад-победитель конференции «Медицина завтрашнего дня-2023» на тему «Оценка отношения врачей различных специальностей к менопаузальной гормонотерапии», который от группы авторов достойно доложила студентка ЧГМА Салмина Н.В. (Чита).

В завершении заседания профессор Белокриницкая Т.Е. (Чита) и к.м.н. Наделяева Я.Г. (Иркутск) провели интерактивные разборы

сложных клинических случаев по коррекции эстроген-дефицитных состояний.

При подведении итогов конференции участники мероприятия тепло поблагодарили организаторов конференции за всеобъемлющую образовательную программу, спикеров – за высокий уровень и большую научно-практическую значимость докладов. Иногородние докладчики и гости конференции особо отметили активное участие Забайкальских врачей в дискуссиях и интерактивных разборах.

*Председатель оргкомитета конференции,
президент ЗОАГ профессор Белокриницкая Т.Е.*

*Член оргкомитета конференции, член
ЗОАГ д.м.н. Фролова Н.И.*

*Секретарь ЗОАГ, член оргкомитета
конференции Смольянова О.Н.*

X СЪЕЗД АНЕСТЕЗИОЛОГОВ- РЕАНИМАТОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ

27-28 апреля 2023 г. на базе Читинской государственной медицинской академии в очном формате состоялся X Съезд анестезиологов-реаниматологов Забайкалья.

С приветственным словом к участникам конференции обратились:

- президент Ассоциации анестезиологов-реаниматологов, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО Первый СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова МЗ РФ, руководитель Научно-клинического центра анестезиологии-реанимации, проректор по научной работе, академик РАН, д.м.н., профессор Полушин Юрий Сергеевич;
- президент Российского Сепсис Форума к.м.н., доцент, ведущий научный сотрудник «НИИ скорой помощи им Н.В. Склифосовского», Кулабухов Владимир Витальевич;
- ректор ФГБОУ ВО ЧГМА, д.м.н., доцент Зайцев Дмитрий Николаевич;
- исполняющая обязанности Министра здравоохранения Забайкальского края Аранина Елена Геннадьевна;
- д.м.н., профессор, проректор по ДПО ФГБОУ ВО ЧГМА, председатель Совета ЗОАР, заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО ЧГМА, вице-президент «Ассоциации анестезиологов-реаниматологов», вице-президент НП «Забайкальская медицинская палата» Шаповалов Константин Геннадьевич;

Состоялось торжественное награждение. Грамотами министерства здравоохранения Забайкальского края «За многолетний добросовестный труд в системе здравоохранения Забайкалья» награждены:

1. Беркович Евгений Николаевич – врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница»
2. Болtromюк Евгений Алексеевич – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации ГУЗ «Краевая клиническая больница»
3. Дегтярёва Оксана Дмитриевна – заведующая группы анестезиологии-реанимации ГУЗ «Шелопугинская центральная районная больница», врач анестезиолог-реаниматолог

4. Джакибеков Карим Ильдарович – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации гнойно-септического профиля ГУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Читы
 5. Замешаев Максим Сергеевич – заведующий отделением анестезиологии-реанимации ГУЗ «Краевая детская клиническая больница», врач анестезиолог-реаниматолог
 6. Кудрявцева Ольга Владимировна – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер»
 7. Панин Виктор Николаевич – врач анестезиолог-реаниматолог ГКУЗ «Забайкальский территориальный центр медицины катастроф»
 8. Федоровцев Дмитрий Викторович – врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии общего профиля ГУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Читы
 9. Шуткин Константин Александрович – врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии ГУЗ «Краевая клиническая больница»
 10. Яцко Алексей Олегович – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Чита»
- Грамотами Забайкальского общества анестезиологов-реаниматологов «За заслуги в развитии Анестезиологии и реаниматологии в Забайкальском крае, добросовестный труд и высокий профессионализм» награждены:
1. Балбаров Баяр Болотович – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации для больных с гнойно-септическими заболеваниями ГУЗ «Краевая клиническая больница»;
 2. Витовский Иван Вадимович – врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии общего профиля ГУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Читы;
 3. Иванов Денис Евгеньевич – врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии ГУЗ «Краевая клиническая больница»;
 4. Исакова Татьяна Петровна – начальник Центра анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГКУ «Окружной

- военный клинический госпиталь № 321», майор медицинской службы;
5. Кулагина Татьяна Николаевна – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации ГУЗ «Забайкальский краевой онкологический диспансер»;
 6. Мартынов Максим Владимирович – врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница»;
 7. Махазагдаев Алексей Рыгзынович – заведующий группой анестезиологии-реанимации ООО «Клиника Медикс», врач анестезиолог-реаниматолог;
 8. Помировка Оксана Фёдоровна – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации хирургического профиля ГУЗ «Городская клиническая больница № 1» г. Читы;
 9. Портнягин Антон Александрович – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Чита»;
 10. Рахматуров Александр Геннадьевич – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации ГУЗ «Краевая детская клиническая больница»;
 11. Родионова Нина Алексеевна – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации ГУЗ «Краевая детская клиническая больница»;
 12. Софьянникова Татьяна Викторовна – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации ГУЗ «Краевая клиническая больница»;
- Награды «Почетный анестезиолог-реаниматолог Забайкальского края» удостоен главный врач ГУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Читы, врач анестезиолог-реаниматолог Чепцов Федор Романович.
- С докладами выступили:
- Кулабухов Владимир Витальевич – к.м.н., доцент, Ведущий научный сотрудник «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского», Член Координационного совета Ассоциации анестезиологов-реаниматологов; Президент Российского Сепсис Форума;
 - Дехнич Андрей Владимирович – к.м.н., Заместитель директора по научной работе «НИИ антимикробной химиотерапии» ФГБУ «Смоленский государственный медицинский университет»;
 - Ершова Ольга Николаевна- д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Академии постдипломного образования ФМБА России, Член Экспертного Совета Российского Сепсис Форума;
 - Зубарева Надежда Анатольевна – д.м.н., профессор кафедры общей хирургии № 1, Пермской государственной медицинской академии имени академика Е.А. Вагнера, Член Экспертного Совета Российского Сепсис Форума;
 - Пырегов Алексей Викторович – д.м.н., профессор, Директор Института анестезиологии-реаниматологии и трансфузиологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ. Заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Департамента профессионального образования ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ;
 - Полушин Юрий Сергеевич - президент Ассоциации анестезиологов-реаниматологов, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ФГБОУ ВО Первый СПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова МЗ РФ, руководитель Научно-клинического центра анестезиологии-реанимации, проректор по научной работе, академик РАН, д.м.н., профессор;
 - Шлык Ирина Владимировна – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии, заместитель главного врача по анестезиологии и реаниматологии Клиники ФГБОУ ВО Первый СПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова МЗ РФ;
 - Горобец Евгений Соломонович д.м.н., проф. главный научный консультант отдела анестезиологии и реанимации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава РФ;
 - Киров Михаил Юрьевич – д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой анестезиологии-реаниматологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России;
 - Храпов Кирилл Николаевич – д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии, главный научный сотрудник ФГБОУ ВО Первый СПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова МЗ РФ;

- Соколов Дмитрий Васильевич -ФГБОУ ВО Первый СПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова МЗ РФ, научный сотрудник НКЦАР;

В рамках второго дня Съезда с докладами выступили:

- Шаповалов Константин Геннадьевич - д.м.н., профессор, проректор по ДПО ФГБОУ ВО ЧГМА, председатель Совета ЗОАР, заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО ЧГМА, вице-президент «Ассоциации анестезиологов-реаниматологов», вице-президент НП «Забайкальская медицинская палата»;

- Туктарова Диляра Рашитовна, заместитель главного врача ГУЗ КДКБ, главный внештатный специалист детский анестезиолог-реаниматолог министерства здравоохранения Забайкальского края;

- Бабаева Сабина Илхам Кызы – клинический ординатор ФГБОУ ВО ЧГМА по специальности «Анестезиология-реаниматология»;

- Шмаков Алексей Николаевич, д.м.н. главный анестезиолог-реаниматолог Новосибирской области, ГНОКБ г. Новосибирск;

- Лукьянов Сергей Анатольевич, к.м.н., доцент, главный внештатный пульмонолог министерства здравоохранения Забайкальского края;

- Ванданов Баир Кимович, к.м.н., врач анестезиолог-реаниматологии Клиники высоких медицинских технологий, Отраслевого Клинико-диагностического центра ПАО «Газпром»;

- Сошников Федор Сергеевич, врач анестезиолог-реаниматолог ГУЗ «Городская клиническая больница № 1», г. Чита;

- Емельянов Руслан Сергеевич, ассистент кафедры анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»;

- Попова Надежда Григорьевна, к.м.н., доцент кафедры педиатрии ФДПО ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»;

В рамках Съезда состоялся образовательный курс «Обучай учителей». Преподаватель: Зарипова Зульфия Абдуллоевна – к.м.н., доцент, руководитель Центра аттестации и аккредитации, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, член Правления РОСОМЕД.

В работе съезда приняли участие более 150 специалистов: анестезиологов-реаниматологов и врачей смежных специальностей.

Совет Забайкальского общества анестезиологов-реаниматологов за участие в проведении мероприятия выражает глубокую благодарность спонсорам конференции, компаниям: «Фарммедтехника», «Полисан», «Medix group», «Уральский приборостроительный завод», «Ланцет», «ББраун», «Р-Фарм», «Медимком».

Научно-организационный комитет конференции:

профессор Шаповалов К.Г.

профессор Степанов А.В.

доцент Малярчиков А.В.

доцент Коннов В.А.

ассистент Емельянов Р.С.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Уважаемые коллеги!

Редакционная коллегия ежеквартального научно-практического журнала «Забайкальский медицинский журнал» принимает материалы для публикации по следующим рубрикам:

- вопросы организации здравоохранения;
- клинические лекции;
- новые медицинские технологии;
- в помощь практическому врачу;
- случаи из практики;
- краткие сообщения.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Редакция «Забайкальского медицинского журнала» просит внимательно ознакомиться с нижеследующими положениями по изданию журнальных публикаций

Статья должна быть представлена в печатном виде и на электронном носителе в формате MS Word (любой версии).

Бумажный вариант статьи должен быть напечатан на одной стороне листа А4 через 1,5 интервала, шрифт Times New Roman, кегль – 14. Размеры полей: левое – 30 мм, правое – 10 мм, верхнее и нижнее – каждое не менее 20 мм.

Объем публикаций по вопросам организации здравоохранения не должен превышать 5-7 страниц, лекций – 12-15 страниц, случаев из практики – 2-4 страниц, кратких сообщений – 2-3 страниц.

Структура оригинальной статьи.

Титульная часть статьи должна содержать: название статьи, фамилию и инициалы автора(ов), наименование организации.

Основной текст статьи должен структурно строиться в следующем порядке: введение; цель исследования; методы и материалы; результаты и обсуждение; заключение; список литературы.

Единицы измерения, характеристики и показатели изучаемых явлений должны быть представлены в единицах единой метрической системы.

Таблицы, диаграммы и рисунки помещаются в тексте по ходу изложения. Иллюстративный материал должен быть пронумерован и снабжен подписями.

Цитируемая литература приводится в алфавитном порядке (русские, затем иностранные источники) в соответствии с действующим ГОСТом. В тексте статьи литературные источники проставляются цифрами в квадратных скобках, соответственно списку.

Вся ответственность за достоверность представленных данных возлагается на автора(ов) статьи.

Статьи, не соответствующие указанным требованиям, к опубликованию не принимаются.

Правила направления статьи

1. Файл статьи (в формате MS Word) отправляется по электронной почте на e-mail chgmazabmed@mail.ru.
2. В распечатанном виде (с визой члена редколлегии на первой странице) материалы для опубликования сдаются в редакцию по адресу:

672000, г. Чита, ул. Горького, 39-а, ЧГМА, каб. 231.