

ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2`2025

Учредитель:

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Читинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Главный редактор:
Ларёва Н.В.**

**Заместители главного редактора:
Горбунов В.В.
Серкин Д.М.**

**Редакционная коллегия:
Белокриницкая Т.Е., Байке Е.Е.,
Богомолова И.К., Говорин Н.В.,
Говорин А.В., Дударева В.А.,
Емельянова А.Н., Евстафьева Ю.В.,
Кибалина И.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., Серебрякова О.В.,
Солпов А.В., Цепелев В.Л.,
Цыбиков Н.Н., Шаповалов К.Г.,
Щербак В.А.**

**Ответственный секретарь – Макеева Л.Н.
Технический редактор – Никифорова Э.О.
Корректор – Тришкина А.Н.**

**Подписано в печать 25.06.2025
Бумага офсетная
Формат 60х84/8
Усл. изд. л. 11,4
Тираж 48**

**Адрес редакции:
672000, г. Чита,
ул. Горького, 39-а, к. 117
Тел.: (3022)32-00-85
Факс: (3022)32-30-58
E-mail: chgmazabmed@mail.ru**

**Ежеквартальное
научно-практическое
издание**



© ЧГМА, 2025



ЗАБАЙКАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ, № 2 / 2025

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

Андреева Е.В.

ЛЕКЦИЯ: ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ. ЧАСТЬ 1.
КЛАССИФИКАЦИЯ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ.....6

Бобрович И.В., Шильникова Н.Ф.

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....8

Примаков Т.Д.

СОВРЕМЕННЫЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ.....13

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ПРОСВЕЩЕНИЕ

Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Турчина Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО
ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....17

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

Хидиралиев Б.М., Волнина Н.Н., Губанова И.В.

ФАКУЛЬТЕТ ОБЩЕСТВЕННЫХ ПРОФЕССИЙ: СТРАНИЦА ИСТОРИИ ЧИТИНСКОГО
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА.....20

Евстафьева Ю.В., Бобрович И.В.

ЭВАКОГОСПИТАЛИ ЗАБАЙКАЛЬЯ: ВКЛАД ГЛУБОКОГО ТЫЛА В ПОБЕДУ В
ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ.....24

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Захарова А. С., Груздева О.С.

АТРОФИЧЕСКИЙ ГЛОССИТ. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА,
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ.....29

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Батаева Е.П., Казанцева А.Н., Молчанова Т.С., Федосеева А.А.

МУКОПОЛИСАХАРИДОЗ I ТИПА У РЕБЕНКА МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА:
РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....32

Пашкевич А.В., Белякова Е.А.

НАСКОЛЬКО ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МОЖЕТ БЫТЬ ПУЛЬМОНИТ?.....35

Чупрова Г.А., Емельянова А.Н., Калинина Э.Н., Пономарева А.А., Епифанцева Н.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАВОЗНОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е.....38

ИНФОРМАЦИЯ

XII КОНФЕРЕНЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ, ОНКОГИНЕКОЛОГОВ И
ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ С ВСЕРОССИЙСКИМ УЧАСТИЕМ
«ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ В XXI ВЕКЕ: ОТ МЕНАРХЕ ДО МЕНОПАУЗЫ».....40

V НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ
«ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК».....42

МАТЕРИАЛЫ V НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК»

Батаева Е.П., Федосеева А.А.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ГРАНУЛЕМАТОЗА С
ПОЛИАНГИИТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....46

Богомоллова И.К., Михно В.А., Перегудова В.Н., Чаванина С.А., Нардина И.В.,
Бабкин А.А., Хамина Н.А.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....48

Галашевская А.А., Почкайло А.С., Борисенко Т.Д. ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ГРУППЫ НАБЛЮДЕНИЯ.....	48
Галашевская А.А., Почкайло А.С. ЛИЗИНУРИЧЕСКАЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ БЕЛКА: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЛАБИРИНТ – ОТ ПЕРВЫХ СИМПТОМОВ ДО ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ.....	50
Диканова К.В., Стародубцева Н.В. РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ.....	52
Емельянова О.Н., Исакова Н.В. К ПРОБЛЕМЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ.....	53
Кучарова З.А., Рахимов Р.Р. ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ В КЛИНИКЕ ВИРУСНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ.....	56
Левченко Н.В., Потапова Н.Л. ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА....	60
Левченко Н.В., Потапова Н.Л. ОСТРЫЕ ЛИМФАДЕНИТЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ДЕТЕЙ.....	62
Летова Н.О., Потапова Н.Л. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ДЕБЮТОМ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ.....	64
Петрухина И.И., Максимова О.Г., Токсонбаева К.Т. НИЗКОРОСЛОСТЬ И СТГ-СТИМУЛЯЦИОННЫЕ ПРОБЫ, ИХ РОЛЬ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НИЗКОРОСЛОСТИ У ДЕТЕЙ В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ.....	66
Писаревский Ю.Л., Першин В.А. ПРОБЛЕМА КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С ДИСФУНКЦИЯМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, ИМЕЮЩИХ ПРИЗНАКИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	68
Почкайло А.С., Галашевская А.А., ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА.....	72
Симченко, А.В. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ: ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	73
Степушкина И.Е., Копылов М.В. ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ – ОСНОВА ПОЛНОЦЕННОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА..	75
Туйчиев Л.Н., Рахимов Р.Р., Мухамедова Н.М., Юлчиева Р.Б., Рузметова С.И., Миркасымова Х. Х., Низамхожаева М.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ДИАРЕЙ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА.....	79
Ankhzaya.T.S, Odgerel.B, Bulgamaa.P, Burmaa.Ch, Uurtsaikh.D, Munkhtsetseg.G, Erkhemtsetseg.G, Ariunzaya.T.S ASSESSMENT OF IMMUNOGENICITY AGAINST HEPATITIS B VIRUS AMONG CHILDREN AGED 2–18 YEARS.....	84
Batjargal Sh., Lkhagvsuren E., Jargaltsogt D. THE DETERMINATION OF SALIVARY MUCIN CONCENTRATION AMONG 12 YEARS OLD CHILDREN, MONGOLIA.....	87
Bogomolova I.K., Shilnikova T.N., Tsyrempilov D.D., Sydakova S.A., Mamontova E.A., Dymsheeva V.A. ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AND COGNITIVE FUNCTION IN PEDIATRIC EPIL EPSY.....	90

Delgermaa D., Tuyajargal I., Erkhembayar U., Unursaikhan S. MENTAL HEALTH PROBLEMS AMONG STUDENTS.....	91
Delgermaa D., Tuyajargal I., Selenge G., Unursaikhan S. PROTECTIVE FACTORS AMONG SCHOOL STUDENTS.....	92
Delgermaa D., Tuyajargal I., Narangerel B., Unursaikhan S. STUDY RESULT OF KNOWLEGDE AND ATTITUDES REGARDING REPRODUCTIVE HEALTH AMONG SCHOOL CHILDREN.....	93
Delgermaa D., Tuyajargal I., Erkhembayar U., Unursaikhan S. DIETARY BEHAVIORS AMONG SCHOOL CHILDREN.....	94
Oparina A.G., Bogomolova I.K., Dolina A.B. MYOCARDIAL DYSFUNCTION IN CHILDREN WITH CORONAVIRUS INFECTION.....	94
Tsolmon.A, Oyuntsetseg.B, Suvdanchimeg.A, Munkh-Od.Sh, Tselmeg.B. EFFECTS OF POVIDONE IODINE AND CETYLPYRIDINIUM CHLORIDE MOUTH RINSE IN PEDIATRIC DENTISTRYMNUMS.....	96
Tuyajargal I., Delgermaa D., Unursaikhan S. PATTERNS AND DETERMINANTS OF ALCOHOL CONSUMPTION AMONG ADOLESCENTS IN MONGOLIA: A NATIONWIDE SCHOOL-BASED SURVEY.....	97
Tuyajargal I., Delgermaa D., Unursaikhan S. ORAL HYGIENE AND HANDWASHING PRACTICES OF MONGOLIAN ADOLESCENTS: A NATIONAL STUDY IN THE CONTEXT OF GLOBAL AND REGIONAL WASH BENCHM ARKS.....	98
Tuyajargal I., Delgermaa D., Khostsetseg T., Unursaikhan S. TOBACCO AND E-CIGARETTE USE AND SECONDHAND SMOKE EXPOSURE AMONG MONGOLIAN ADOLESCENTS: FINDINGS FROM A NATIONAL SCHOOL-BASED SURVEY.....	100
Tuyajargal I., Delgermaa D., Unursaikhan S. PHYSICAL INJURY, CYBERBULLYING, AND VIOLENCE AMONG SCHOOLCHILDREN IN MONGOLIA: RESULTS FROM A NATIONAL SURVEY.....	101
Tuyajargal I., Delgermaa D., Nomuuntuul G., Unursaikhan S. SOFT DRINK AND SUGAR INTAKE AMONG ADOLESCENTS: FINDINGS FROM A NATIONWIDE STUDY.....	103

МАТЕРИАЛЫ КОНКУРСА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ В РАМКАХ V НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК»

Бегзи А.К-Д. ВРОЖДЕННАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	104
Бубяшова А.Д., Нечаева Л.Е., Кравченко А.П. АНАЛИЗ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В Г.ЧИТА.....	104
Гостева Е. А ОДНОСТОРОННЯЯ ЛАТЕРОТОРАКАЛЬНАЯ ЭКЗАНТЕМА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ДИНАМИКА ПРИ НАБЛЮДЕНИИ.....	105
Гольгина Д.В. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: КОЖНЫЙ МАСТОЦИТОЗ.....	105
Девятова А.В., Иванушкина В.Р. УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ.....	106
Иванова С.С. НЕ КАЖДАЯ СЫПЬ = АЛЛЕРГИЯ!.....	107
Каргина А.О. АБСЦЕСС ЛЕГКОГО У РЕБЕНКА С ГАНГЛИОЗИДОЗОМ GM2 (БОЛЕЗНЬ ТЕЯ-САКСА), ТИП 1, ИНФАНТИЛЬНАЯ ФОРМА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	108

Кравченко А.П., Бубяшова А.Д., Нечаева Л.Е., Куликова К.А. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.....	109
Максарова В.Д. ВРОЖДЕННАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	110
Метелева П.С. СЛУЧАЙ СИРИНГОМИЕЛИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	110
Пинюгин С.Э., Хлызов В.Р. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ.....	112
Перфильева А.А. БОЛЕЗНЬ КРОНА.....	112
Шелестун Д.А. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МУКОВИСЦИДОЗА.....	113
ЮБИЛЕИ	
К ЮБИЛЕЮ СЕРГЕЯ ЛЕОНИДОВИЧА ЛОБАНОВА.....	115
К ЮБИЛЕЮ ГАЛИНЫ НИКОЛАЕВНЫ НОВОПАШИНОЙ.....	117
К ЮБИЛЕЮ СВЕТЛАНЫ ВЛАДИМИРОВНЫ ХАРИНЦЕВОЙ.....	119
К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВРАЧА СТОМКЛИНИКИ ЧГМИ А . П . БУЛГАРОВА.....	121
К 105 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА, АССИСТЕНТА КАФЕДРЫ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЧГМИ ЭСТЕР ИОСИФОВНЫ ВАЙСЕР.....	126

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

УДК 616-053.2-084(075.8)

Андреева Е.В.

ЛЕКЦИЯ: ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ ПОСЛЕ ИММУНИЗАЦИИ. ЧАСТЬ 1.

КЛАССИФИКАЦИЯ, ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

Введение.

Иммунизация представляет собой одну из наиболее эффективных и широко применяемых стратегий профилактики инфекционных заболеваний, которая массово проводится среди практически всего здорового населения, начиная с раннего детского возраста. В силу масштабности и значимости этого медицинского вмешательства обеспечение максимального уровня безопасности вакцин является приоритетной задачей здравоохранения, поскольку недооценка важности вакцинации может привести к росту заболеваемости и снижению коллективного иммунитета [1].

Организация системы фармаконадзора, направленной на мониторинг безопасности медицинских иммунобиологических препаратов, служит основой для поддержания общественного доверия к иммунизации и своевременного выявления возможных побочных проявлений после иммунизации (ПППИ). Согласно современным рекомендациям Всемирной организации здравоохранения [2], любое неблагоприятное медицинское событие, возникшее в период после введения вакцины, рассматривается как потенциальное ПППИ, при этом устанавливается степень причинно-следственной связи с вакциной — прямая, возможная или отсутствующая.

Классификация побочных проявлений после иммунизации.

ПППИ подразделяются по тяжести и степени связи с вакцинацией [3].

По тяжести:

- серьёзные;
- сильные;
- несерьёзные.

По связи с вакцинацией:

- связанные;
- возможно связанные;
- не связанные.

Несерьёзные реакции, являющиеся физиологической нормой, в Российской Федерации классифицируются как ожидаемые и подразделяются на:

- **местные реакции:** боль, отёк и гиперемия в месте инъекции диаметром не более 8 см;
- **общие реакции:** повышение температуры тела, общее недомогание, миалгия, головная боль, снижение аппетита.

При применении живых ослабленных вакцин возможно развитие симптомов, имитирующих клинические проявления соответствующих инфекционных заболеваний, например:

- кашель и ринит после вакцинации против кори;
- увеличение слюнных желёз при иммунизации против эпидемического паротита;
- транзиторная сыпь после вакцинации против краснухи или ветряной оспы;
- учащение стула после введения ротавирусной вакцины.

Местные реакции обычно проявляются в первые 1–2 суток после вакцинации.

Этиология и патогенез побочных проявлений после иммунизации.

ПППИ представляют собой сложный комплекс клинических феноменов, обусловленных как биологическими реакциями организма на введение вакцинного препарата, так и внешними факторами, включая качество вакцины, технологию её производства, условия транспортировки и хранения, а также профессиональные ошибки медицинского персонала. Следует отметить, что не все ПППИ имеют прямую причинно-следственную связь с вакциной, однако временная корреляция с иммунизацией требует детального фармакоэпидемиологического анализа [4].

На основании обширных клинических данных и фармаконадзорных исследований выделяют **пять основных категорий ПППИ**, каждая из которых характеризуется специфическими этиологическими и патогенетическими механизмами:

1) ПППИ, обусловленные фармакодинамическими эффектами вакцины;

2) ПППИ, вызванные дефектами качества вакцины;

3) ПППИ, связанные с ошибками медицинского персонала в процессе вакцинации;

4) ПППИ психогенного генеза;

5) ПППИ, совпадающие по времени с вакцинацией вследствие случайных заболеваний или обострения фоновых патологий.

1. ПППИ, обусловленные фармакодинамическими эффектами вакцины.

В эту категорию входят реакции, являющиеся прямым следствием фармакологического воздействия антигенных компонентов вакцины на иммунную систему вакцинированного. Механизмы включают особенности иммунного ответа, метаболизм компонентов вакцины и фармакодинамические свойства препарата. Например, анафилактический шок — это иммунологически опосредованная реакция гиперчувствительности немедленного типа, представляющая собой угрожающее жизни состояние. Кроме того, сюда относятся вакциноассоциированные заболевания, возникающие вследствие репликации живого аттенуированного штамма в организме, что характерно для живых вакцин [1].

2. ПППИ, вызванные дефектами качества вакцины.

Эта группа побочных реакций обусловлена нарушениями на этапах производства и контроля качества вакцинного препарата. Возможные дефекты включают:

- неполную инактивацию вирусных или бактериальных штаммов с сохранением патогенности;
- загрязнение бактериальными эндотоксинами или химическими примесями, вызывающими токсические реакции;
- нарушения условий хранения и транспортировки (например, колебания температуры, замораживание или перегрев), приводящие к разрушению активных компонентов;
- неправильное обращение с вакциной и растворителями, что влияет на её физико-химические свойства и биологическую активность.

Данные нарушения могут вызывать как

локальные, так и системные реакции у вакцинированных лиц [4].

3. ПППИ, ассоциированные с ошибками медицинского персонала.

В эту категорию входят побочные реакции, возникающие в результате профессиональных ошибок, таких как:

- несоблюдение условий хранения и транспортировки вакцины, приводящее к её дестабилизации;
- ошибки при разведении лиофилизированных вакцинных препаратов, нарушающие фармакодинамику;
- нарушения техники инъекций, вызывающие местные или системные осложнения;
- несоблюдение противопоказаний и регламентированных инструкций по применению, что повышает риск развития анафилактических реакций;
- введение живых вакцин пациентам с иммунодефицитными состояниями может спровоцировать вакциноассоциированные заболевания.

Строгое соблюдение протоколов вакцинации является обязательным для минимизации подобных рисков.

4. Психогенные реакции на вакцинацию.

Психогенные реакции не обусловлены фармакологическим воздействием вакцины, а связаны с эмоционально-стрессовой реакцией на процедуру вакцинации. Тревожность и страх, вызванные ожиданием укола или наблюдением за вакцинацией других людей, могут провоцировать следующие проявления:

- синкопальные состояния (обмороки), преимущественно у подростков и молодых людей, требующие дифференциальной диагностики с анафилактическими реакциями;
- обмороки с судорожными эпизодами;
- предобморочные состояния, сопровождающиеся головокружением, парестезиями, обусловленные гипервентиляцией;
- рвота у детей младшего возраста, а также эпизоды апноэ и рвоты, связанные с выраженной эмоциональной возбудимостью.

Психогенные реакции особенно выражены в условиях массовой иммунизации, например, в образовательных учреждениях, что требует

адекватного психологического сопровождения [5].

5. ПППИ, совпадающие по времени с вакцинацией.

К этой категории относятся реакции, не имеющие причинно-следственной связи с вакциной, но возникающие в поствакцинальный период. У новорожденных и детей раннего возраста могут проявляться врожденные заболевания, неврологические расстройства, судорожные состояния или синдром внезапной детской смерти, которые временно совпадают с проведением иммунизации. Вакцинация в этом возрасте неизбежно совпадает с первыми проявлениями этих патологий, что требует тщательного клинического анализа для исключения ошибочной интерпретации [1].

Заключение.

Обеспечение безопасности иммунизации является многоаспектной задачей, включающей контроль качества вакцин, обучение медицинского персонала, мониторинг и анализ побочных реакций. Классификация и понимание этиологических факторов поствакцинальных осложнений позволяют своевременно выявлять и минимизировать риски, что способствует укреплению доверия населения к вакцинации и успешной профилактике инфекционных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Всемирная организация здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ, 2023). Глобальный план безопасности вакцин 2.0 (ГПБВ2.0)* 2021–2023 гг. [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. — Женева: ВОЗ, 2023. — 56 с. — Доступно по ссылке: <https://www.who.int/europe/ru/publications/item/9789240036963> (дата обращения: 30.04.2025).
2. Всемирная организация здравоохранения. Основы безопасности вакцин [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. — 2022. — Доступно по адресу: https://web.archive.org/web/20200115012137/https://www.who.int/vaccine_safety/en (дата обращения: 30.04.2025).
3. Методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после

иммунизации [Электронный ресурс] / Минздрав РФ. — 2019 г. — Доступно по адресу: <https://base.garant.ru/72792046/> (дата обращения: 30.04.2025).

4. Европейское агентство по лекарственным средствам. Руководство по надлежащей практике фармаконадзора (GVP) — Модуль VI — Управление побочными реакциями на вакцины и информирование о них [Электронный ресурс] / Европейское агентство по лекарственным средствам. — 2023. — EMA/CHMP/PhVWP/705471/2022. — Доступно по ссылке: https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/guideline-good-pharmacovigilance-practices-gvp-module-vi-management-reporting-adverse-reactions-vaccines_en.pdf (дата обращения: 30.04.2025).
5. Центры по контролю и профилактике заболеваний. Система отчетности о нежелательных явлениях, связанных с вакцинами (VAERS) [Электронный ресурс] / Центры по контролю и профилактике заболеваний. — 2023. — Доступно по адресу: <https://www.cdc.gov/vaccinesafety/ensuringsafety/monitoring/vaers/index.html> (дата обращения: 30.04.2025).

¹Бобрович И.В., ²Шильникова Н.Ф.

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

²ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения РФ (генеральный директор — В.В. Омеляновский)

Понятие «качество медицинской помощи» (КМП) определено статьей 2 Федерального закона 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и включает совокупность характеристик, отражающих своевременность медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, а также степень достижения запланированного результата. В отечественной системе здравоохранения можно условно выделить исторические этапы применения данного понятия. Основными принципами

государственной социалистической системы здравоохранения им. Н.А. Семашко организации медицинской помощи населению были бесплатность и доступность медицинской помощи, которые финансировались за счет единственного государственного бюджета, что не способствовало формированию и использованию понятия КМП при общей доступности медицинской помощи и номинальности прав граждан на выбор врача и медицинской организации. Новый хозяйственный механизм (НХМ) (1987–1991 гг.). – экономический эксперимент отечественной системы здравоохранения, при котором внедрялись новые способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на конечные результаты деятельности, а не на использованные ресурсы, осуществлялось внедрение инновационных экономических методов управления. В этот период встает вопрос о необходимости оценки качества предоставляемой медицинской помощи. В условиях масштабного эксперимента НХМ в разных регионах нашей страны разрабатываются первые методики оценки КМП: методика профессора Чавпецова В.Ф., адаптированная к региональным условиям Алтайского края (Барнаульская методика), Кемеровская методика, методика проф. А.Л. Линденбрата. Следующим этапом, обусловившим необходимость оценки КМП, стал период внедрения обязательного медицинского страхования (ОМС), в рамках которого создается фонд средств целевого значения в качестве гаранта реализации конституционных прав граждан на бесплатную и качественную медицинскую помощь (1991–1993 гг.). В системе ОМС медицинская услуга также наделена потребительской ценностью со

стороны застрахованных и страховых медицинских организаций как дополнительного «инвестора» в системе здравоохранения. Таким образом, можно говорить о том, что внедрение понятия КМП обусловлено формированием рыночных механизмов регулирования в системе здравоохранения и оно тесно связано с потребительскими свойствами медицинской услуги как товара. Следует отметить, что медицинская услуга в качестве товара имеет свои особенности, которые осложняют проведение оценки ее качества:

- 1) медицинская услуга неосвязаема;
- 2) медицинская услуга несохраняема во времени;
- 3) медицинская услуга неотделима от источника ее оказания;
- 4) медицинская услуга одного и того же источника может отличаться по качеству.

К трудностям разработки методики проведения экспертизы КМП относятся отсутствие унифицированного подхода, субъективность оценки эксперта и пациента, ретроспективность оценки, преобладание количественных характеристик [5].

Современное понятие КМП носит многоаспектный характер и определяется не только его потребительскими свойствами. Более того, законодатель закрепляет право выбора врача при подборе методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, что является значимым аргументом в процессе оценки КМП. Таким образом, к понятию качества можно отнести весь спектр взаимодействия медицинского работника и пациента, все составляющие которого будут характеризовать КМП. Сегодня сформированное понятие КМП содержит общепринятые компоненты, которые

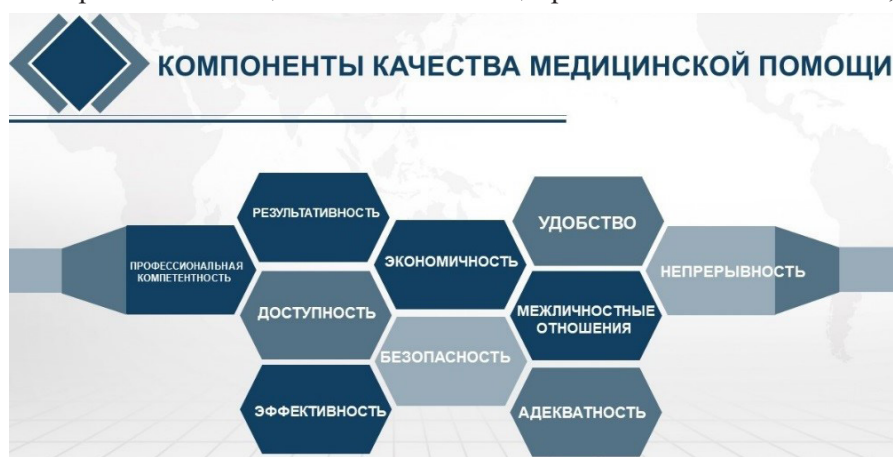


Рис. 1. Компоненты качества медицинской помощи.

представлены на рисунке 1 [3].

Многокомпонентность современного понятия КМП обуславливает формирование системы управления КМП через обеспечение каждого отдельного компонента. В настоящее время на государственном уровне нормативно-правовое регулирование организации медицинской помощи обеспечивает формирование перечисленных компонентов КМП и предусматривает их оценку через установленные критерии. Дальнейшее рассмотрение компонентов КМП будет проведено с описанием его характеристики, нормативно-правового обеспечения и возможности оценки посредством установленных критериев [6].

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ – уровень знаний, навыков и умений медицинского персонала, реализуемых в процессе оказания медицинской помощи. Данный компонент обеспечивается требованиями подготовки медицинских специалистов в соответствии с нормами Федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования – специалитет по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело», 31.05.02 «Педиатрия» и др. Оценка «профессиональной компетентности» осуществляется в рамках первичной аккредитации специалистов на соответствие компетентностей, предусмотренных профессиональными стандартами «врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» и «врач-педиатр участковый».

АДЕКВАТНОСТЬ – соответствие объемов медицинской помощи конкретному заболеванию. В настоящее время «адекватность», как компонент КМП, обеспечивается соблюдением стандартов оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями. Оценка данного компонента осуществляется в рамках выполнения Приказа Министерства здравоохранения РФ от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (КОСКУ), при проведении медико-экономической экспертизы и экспертизы КМП.

ДОСТУПНОСТЬ – свободный доступ к услугам в сфере охраны здоровья вне зависимости от географических,

экономических, социальных, организационных и языковых барьеров, а также своевременное оказание медицинской помощи. Данный важнейший компонент обеспечивается Постановлением Правительства РФ от 28 декабря 2023 года № 2353 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи». Оценка достижения доступности медицинской помощи населению осуществляется сроками ожидания при получении медицинской помощи в плановой, неотложной и экстренной формах в рамках КОСКУ, а также при оценке показателей реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [4].

НЕПРЕРЫВНОСТЬ – возможность получения медицинской помощи без задержек и перерывов, необоснованных повторов в процессе диагностики и лечения, обеспечение преемственности между уровнями и службами системы здравоохранения. Обеспечивается «непрерывность» соблюдением порядков оказания медицинской помощи в соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Оценка соблюдения порядков осуществляется в рамках Федерального государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Постановление Правительства РФ от 29.06.2021 № 1048 «Об утверждении положения о Федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности») [1].

БЕЗОПАСНОСТЬ – минимизация риска возникновения возможных травм, инфекций, побочных эффектов или иного ущерба в процессе оказания медицинской помощи. Обеспечивается процедурой лицензирования медицинской деятельности на основании Постановления Правительства РФ от 01.06.2021 г. № 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)». Критериями оценки служат возможные нарушения, выявленные в ходе осуществления Федерального государственного контроля, Ведомственного контроля и Внутреннего

контроля качества и безопасности медицинской деятельности [8].

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ – отношение достигнутого результата к максимально возможному. Достижение «результативности» при оказании медицинской помощи определено стандартами и клиническими рекомендациями. Оценка возможных исходов медицинской помощи может осуществляться на основе критериев, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи».

МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ – этико-деонтологические аспекты общения медицинских работников с пациентами и их родственниками, медицинских работников между собой и руководством учреждения. Данный компонент КМП обеспечен реализацией Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ», который определяет неотъемлемые права граждан в сфере охраны здоровья (статья 5), права пациентов (статья 19), и права медицинских работников (статья 72). Данный перечень прав участников процесса оказания медицинской помощи определяет правовую основу формирования межличностных отношений как компонента КМП. Формой оценивания данного компонента могут служить данные об обоснованных жалобах пациентов при нарушении этико-деонтологических норм общения, штрафные санкции от страховых медицинских компаний и судебные иски от граждан.

УДОБСТВО – определяется комфортностью получения медицинской помощи, удобством, чистотой и конфиденциальностью обстановки. Обеспечение комфортности при оказании медицинской помощи не имеет прямого нормативно-правового обеспечения в системе отечественного здравоохранения. Однако данный компонент является одним из ведущих при выборе медицинской организации пациентами. Так, например, профессиональная модель обеспечения КМП предполагает создание комфортных условий оказания медицинской помощи и в настоящее время наиболее востребована у медицинских организаций частной формы собственности. Таким образом, можно говорить, что «комфортность» как компонент КМП

обеспечивает запросы потребителя на рынке медицинских услуг. Для медицинских организаций государственной формы собственности формирование удобной среды при получении медицинской помощи для пациентов реализуется в рамках проекта «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» и отражается в показателях «Качество пространства». Оценка данного компонента может осуществляться при изучении удовлетворенности пациентов КМП [2].

ЭКОНОМИЧНОСТЬ – отношение реальных затрат при оказании медицинской помощи к нормативной стоимости. Данный компонент КМП наиболее актуален в условиях ограниченности ресурсов системы здравоохранения и обеспечивается соблюдением стандартов оказания медицинской помощи по нозологическим профилям. Оценка соблюдения стандартов оказания медицинской помощи в рамках КОСКУ является критерием следования «экономичности» в конкретном законченном случае. Системное обеспечение «экономичности» при организации оказания медицинской помощи реализуется посредством применения инструментов бережливого производства, при которых осуществляется устранение всех видов потерь в производстве (временных, трудовых, материальных, финансовых и т. д.) [2]. Оценка целевых значений в реализации проекта «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь» может служить индикатором данного компонента КМП.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ – это степень достижения конкретных конечных результатов при определённых временных, трудовых и материальных затратах [7]. «Эффективность» можно рассматривать как соотношение описываемых ранее компонентов КМП «результативности» и «экономичности». Обеспечение «эффективности» в данном случае будет осуществляется обеспечением данных компонентов. Повышение «эффективности» будет наблюдаться при повышении результативности и экономичности расходов при оказании медицинской помощи. Оценка эффективности в системе здравоохранения в настоящее время имеет более широкое применение. Принято оценивать эффективность в здравоохранении на макро- и

микроуровнях, а также с позиции медицинской, социальной и экономической эффективности (рис. 2). Оценка эффективности на макроуровне осуществляется по отношению к системе здравоохранения в целом, на микроуровне – уровень отдельной медицинской организации или одного законченного случая лечения [10]. Наиболее актуальным вопрос оценки эффективности системы здравоохранения становится в период реализации национальных проектов: ПНП «Здоровье» 2006–2010 гг., НП «Здравоохранение» 2018–2024 гг. и др., что связано с дополнительным финансированием системы здравоохранения. Реализация каждого из проектов оценивается по целевым значениям показателей общественного здоровья и характеризуется целевым расходованием выделяемых средств государственного бюджета.

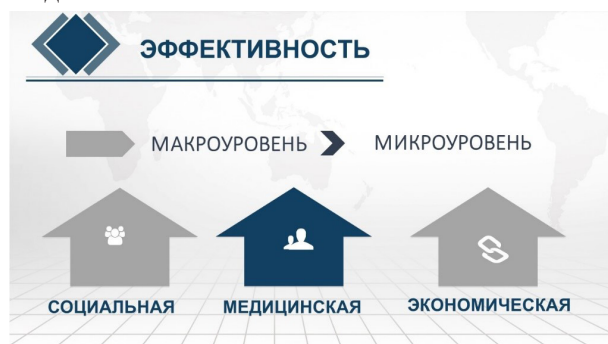


Рис. 2 Виды оценки эффективности в здравоохранении

В целом оценка **социальной эффективности** системы здравоохранения (макроуровень) осуществляется по медико-демографическим показателям, как стратегического ресурса на государственном уровне. На микроуровне социальную эффективность отражают показатели удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи [9].

Медицинская эффективность системы здравоохранения на макроуровне рассматривается как комплексная оценка показателей здоровья населения: показатели заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями, показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ), показатели первичного выхода на инвалидность трудоспособного населения и т. д. На микроуровне медицинскую эффективность будут характеризовать показатели

эффективности лечебно-диагностического раздела работы участкового специалиста: показатели ЗВУТ, первичного выхода на инвалидность в группах диспансерного наблюдения, показатели онкозапущенности видимых форм онкозаболеваний и др.

Под **экономическим эффектом** на макроуровне понимается участие системы здравоохранения в производстве внутреннего валового продукта через здоровую рабочую силу, предотвращение преждевременной смертности, в том числе посредством формирования навыков ЗОЖу населения. На микроуровне экономический эффект определяется путем расчета экономического эффекта (либо ущерба) законченного случая лечения.

Таким образом, многоаспектность современного понятия КМП определена правовыми нормами отраслевого законодательства. Формирование системы управления КМП должно осуществляться на основе применения оценочных критериев, утвержденных Приказами Министерства здравоохранения РФ, и быть направленным на достижение показателей эффективности в здравоохранении: социальной, медицинской и экономической.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ахметов И.Р. Экспертиза качества медицинской помощи в системе государственного контроля качества медицинской помощи / И.Р. Ахметов // Юридические науки, правовое государство и современное законодательство : сборник статей XIII Международной научно-практической конференции, Пенза, 05 декабря 2020 года. – Пенза: "Наука и Просвещение" (ИП Гуляев Г.Ю.), 2020. – С. 184–186.
2. Бережливые технологии в здравоохранении : учебное пособие / В.В. Бобрович, Ю.В. Евстафьева, Е.Н. Романова и др. – Чита : ИИЦ ЧГМА, 2022. – 57 с.
3. Качество медицинской помощи : учебное пособие / Н.Ф. Шильникова, Ю.В. Евстафьева, В.А. Дударева и др. – Чита : РИЦ ЧГМА, 2023. – 51 с.
4. Коломийченко М.Е. Критерии доступности и качества медицинской помощи: нормативное регулирование /

- М.Е. Коломийченко // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 3. – С. 46–51.
5. Лактаева М.А. Понятие качества медицинской помощи и основные подходы к его оценке / М.А. Лактаева, В.А. Лыкова // Аллея науки. – 2021. – Т. 1, № 10(61). – С. 151–159.
 6. Рабец А.М. Качество медицинской помощи и качество медицинских услуг по законодательству Российской Федерации: общее и различное / А.М. Рабец // Юридическая наука и практика. – 2022. – Т. 18, № 1. – С. 39–47. – DOI 10.25205/2542-0410-2022-18-1-39-47.
 7. САФ как ресурс повышения эффективности деятельности медицинской организации / А.Н. Попсуйко, Я.В. Данильченко, Д.В. Карась, Г.В. Артамонова // Стандарты и качество. – 2020. – № 2. – С. 90–93.
 8. Сертакова О.В. Цифровизация контроля качества медицинской помощи в государственных медицинских организациях / О.В. Сертакова, Е.В. Кустов // Проблемы рыночной экономики. – 2024. – № 3. – С. 57–70. – DOI 10.33051/2500-2325-2024-3-57-70.
 9. Удовлетворенность медицинского персонала – удовлетворенность пациента качеством помощи: есть ли связь? / Я.В. Данильченко, Д.В. Карась, А.Н. Попсуйко, Г.В. Артамонова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 3. – С. 3. – DOI 10.21045/2071-5021-2020-66-3-2.
 10. Эффективное управление медицинской организацией: учебное пособие / Багметов Н.П., Барканова О.Н., Бочкова И.А. и др. – Волгоград : Волгоградский государственный медицинский университет, 2023. – 188 с.

Примаков Т.Д.

СОВРЕМЕННЫЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

На рубеже XX–XXI веков микробиология как наука получила новый стимул благодаря открытиям в области генетики и молекулярной биологии, что и определило основное направление в ее развитии – современная микробиология представлена, в первую очередь, молекулярно-генетическими методами исследования. Классическая микробиология имеет богатую историю, всемирно известные ученые сделали множество открытий в области «невидимого» мира, принесшие процветание медицине и обеспечивающие эволюцию человечества.

Практическая микробиология, как и микробиологическая наука, не отказывается от широко известных методов микробиологического исследования, таких как микроскопия, культуральный метод, серологические исследования.

По-прежнему применяются следующие виды **микроскопии**: световая, темнопольная, фазово-контрастная, люминесцентная, электронная. Каждый из этих видов микроскопии имеет свою область применения в клинической медицине и научных исследованиях. За последние годы появились безлинзовые микроскопы, (FlatScope, 2018), размерами с горошину, позволяющие применение *in situ*, то есть в теле человека, а также криогенная электронная микроскопия, дающая возможность изучать взаимодействие вирусов и макромолекул размерами до 500 нм [2].

В клинической микробиологии чаще всего необходимо дать ответ на три главных вопроса: 1) какие микроорганизмы являются причиной патологического процесса; 2) какова роль выделенных микроорганизмов в данном патологическом процессе; 3) каковы последствия их воздействия на организм хозяина и какими средствами можно эти последствия купировать или предупредить.

Естественно, только микроскопическими методами этих задач не решить.

Культуральный метод, позволяющий работать с живыми микроорганизмами, не утратил своего значения, активно применяется в большинстве стран мира, иногда только методом выращивания колоний микробов на питательной среде (культуре клеток) решается вопрос о ведущей роли выделенного микроба в патологическом процессе. Культуральный метод имеет высокий уровень качества, позволяет изучать фенотип микроба, чувствительность его к антимикробным препаратам, но трудоемкость и продолжительность исследования переместили этот метод на второстепенные позиции. Кроме того, существуют «трудно культивируемые» штаммы и виды бактерий, грибов. Прокариоты археи вообще пока считаются «некультивируемыми» микроорганизмами в современной микробиологии.

Инфекционная патология только нарастает среди современного населения. Множество соматических заболеваний имеет в своей основе микробиотические изменения в организме человека. В таких условиях возникла необходимость внедрения в практическую медицину методик с применением молекулярно-генетических технологий.

Кэри Бенкс Мюллис (англ. Kary Banks Mullis) в 1993 году получил Нобелевскую премию по химии за изобретение метода **полимеразной цепной реакции (ПЦР)**. Достоинствами метода являются: прямое определение присутствия микроорганизма, быстрота выполнения анализа, работа с любым биологическим материалом, высокая специфичность и чувствительность, выделение трудно культивируемых микроорганизмов.

Благодаря развитию молекулярно-генетических методов уже в 1995 году был опубликован первый секвенированный геном бактерии – *Haemophilus influenza* типа В. Появилась возможность нового способа анализа в микробиологии – **полногеномного исследования**, когда расшифровывается весь геном микроба любой биологической группы, включая вирусы, бактерии, грибы, археи. Секвенирование привело к появлению и **метагеномного исследования**, когда стало возможным исследование геномов всех микробов, находящихся в одной пробе.

Победное шествие метода ПЦР продолжалось два десятилетия и остановилось в период пандемии COVID-19, когда благодаря

полногеномному секвенированию (WGS) были проанализированы несколько миллионов изолятов коронавирусов.

Выявились недочеты ПЦР-исследования, а именно: отсутствие информации о состоянии жизнеспособности микроба, только о его ДНК (ДНК может циркулировать в организме человека 20 дней и более); скудная информация о резистентности микроба и его патогенных свойствах. Весь мир облетела история «Фантом из Хальбронна», когда искали убийцу полицейского (апрель 2007 г.) в течение 16 лет, а материал для исследования собирали ватными палочками с генетическим материалом упаковщицы [2].

Полногеномное секвенирование в современной микробиологии позволяет не только изучать микроорганизм на более высоком уровне биоинформатики, но и выявлять всю популяцию микробных компонентов изучаемой среды (биотопа). Полногеномное секвенирование позволяет обнаружить известные и неизвестные микроорганизмы, учесть изменения в популяции микробов и связать находки с текущим патологическим процессом. Полногеномное секвенирование по известным образцам определяет ранее известные патогены, учитывает новые обнаруженные гены микробов, включая ДНК хозяина. Таким образом, метагеном на основе ампликона 16S охватывает весь репрезентативный генетический материал.

Вышеперечисленные достоинства полногеномного секвенирования дополняются возможностью исследовать гены, кодирующие устойчивость к противомикробным средствам, изучать вспышки и пути передачи инфекционных агентов [3]. Это новое направление в геномике уже доступно в России, что позволяет более точно и быстро исследовать образцы, получать результаты, оценивать связь с заболеваниями, а также проводить мониторинг изменений в микробиомах как живых организмов, так и объектов окружающей среды, разрабатывать новые методы диагностики, лечения и профилактики.

Конечно, для оценки микробных сообществ в настоящее время более всего адаптирован метод секвенирования, в том числе и таргетным способом, когда анализируется только один заданный участок ДНК. Но если

задачи микробиологического исследования расширять до изучения фенотипических свойств микроба, то становится необходимым полногеномное секвенирование.

Секвенирование прошло долгий путь от метода Максама–Гилберта, затем методики Сенгера, сейчас высокопроизводительного секвенирования – Next Generation Sequencing, NGS. Методики, применяемые ранее в генетике человека, теперь переведены в микробиологию. Накопление базы данных различных патогенов уже достигло миллиона доступных геномов, что повышает эффективность современных молекулярно-генетических методов исследования в клинической микробиологии.

Кроме ПЦР-исследования и полногеномного секвенирования в микробиологических лабораториях в России активно применяются автоматические и полуавтоматические анализаторы, позволяющие проводить идентификацию бактерии и определять минимальную ингибирующую концентрацию антимикробных препаратов для каждого выделенного возбудителя. Чаще этот процесс занимает не менее 18–24 часов, но есть и «быстрые» панели, когда идентификация занимает 4–6 часов, при этом работа проводится только с чистой культурой микроорганизма. Условия оказания медицинской помощи требуют скорейшего выявления причины патологического процесса и получения информации о наиболее эффективных антимикробных средствах. Поэтому внедрение в микробиологические лаборатории метода масс-спектрометрии обеспечило 100% специфичность и чувствительность, а также достаточную скорость анализа и высокую производительность.

Современная **MALDI-TOF масс-спектрометрия** определяет молекулы по соотношению их массы к заряду (m/z) в ионизированном состоянии с учетом времени пролета от источника ионизации до детектора. Чаще всего определяется спектр белковых молекул биоматериала, полученного из первичных колоний бактерий. Исследуемый комплекс белков сравнивается с базой данных, где каждый образец идентифицирован на основе сиквенса 16S РНК.

MALDI обозначает (Matrix Assisted Laser Desorption Ionization) ионизацию вещества с помощью матрицы и лазерного излучения, TOF

расшифровывается как Time of Flight Mass-Spectrometry, то есть время пролета заряженной частицы. Дополняется данное исследование установкой отдельного прибора по определению чувствительности к антимикробным препаратам с указанием минимальной ингибирующей концентрации (МИК), либо в программу масс-спектрометра закладывается информация по свойствам резистентных штаммов бактерий.

Для формирования прогрессивной роли масс-спектрометрии в микробиологии требуется внедрение в данную методику и значительное расширение возможностей определения резистентности микробов к антибиотикам. Оценивается возможность определения гидролиза лекарственного средства с формированием пиков чувствительности, выявления ферментных групп, модифицирующих метаболизм микроба, анализ поринов, но только в отношении бактерий. Намного сложнее ситуация обстоит с определением чувствительности у грибов и вирусов.

В итоге, MALDI-TOF масс-спектрометрия не только заменяет стандартную биохимическую идентификацию, уменьшая время постановки до минут (т. н. «быстрая микробиология»), но и позволяет идентифицировать вместе с бактериями грибы, дрожжи, плесневые грибы, дерматофиты, микобактерии, хламидии и некоторые ДНК-содержащие вирусы (семейство *Herpetoviridae*). Это означает, что масс-спектрометрия может быть применена для изучения микробных сообществ живых и неживых объектов, причем микробиоценозы исследуются с видовой идентификацией и внутривидовым типированием.

С конца XIX века в микробиологии применяются **иммунологические** (серологические) реакции, их актуальность несколько не уменьшилась за прошедший период. Применяются антитела (иммуноглобулины), меченные ферментами (иммуноферментный анализ), радиоактивными элементами (радиоиммунный анализ), флюорохромами (иммунофлюоресцирующая микроскопия), используются моноклональные антитела, созданы экспресс-методы (иммунохроматографический анализ). В настоящее время иммуно-хроматографический тест стал ведущим в ранней догоспитальной

диагностике самых различных патогенов, начиная от вирусов, прионов и заканчивая простейшими, гельминтами.

Современная микробиология, таким образом, сочетает классические методы, ПЦР, масс-спектрометрию и высокопроизводительное секвенирование, NGS. Ведущие страны мира переориентируют современную диагностическую базу клиник на приоритетный выход NGS [3].

Говоря о современной таксономии микробов нельзя не вспомнить работы Карла Везе, Carl Woese (1928–2012), который доказал, что 16S РНК ген – самый консервативный ген. По этому гену определяем домены микробов, и согласно теории К. Везе существует три домена жизни («дерево жизни», 1977 г.): бактерии, археи, эукариоты. Археи вышли из эукариотов до появления у них ядра. Бактерии и археи относят поэтому к разным доменам.

В настоящий момент ведется работа по формированию базы данных нуклеотидных последовательностей гена рРНК (16S РНК), что позволяет работать непосредственно с образцами биоматериала. **Баркодинг** – International Barcode of Life project, iBOL («barcode» – штрих-код) позволяет отнести к одному виду штаммы, у которых последовательности в генах 16S РНК совпадают более чем на **97%**, а уровень гомологии нуклеотидных последовательностей в геноме превышает **70%**.

Именно эти данные легли в основу современной таксономии и номенклатуры микроорганизмов. Близкий к настоящему моменту 2022 год был переломным в пересмотре базовых классификаций, когда изменились названия большинства известных бактерий [1]. Когда специалисты стали обращаться не к Определителю бактерий Берджи (Bergey's Manual of Systematic Bacteriology), а на сайт **LPSN** – List of Prokaryotic names with Standing in Nomenclature: <https://www.bacterio.net>. База данных стала формироваться с 1997 года, а начиная с февраля 2020 года, новая версия LPSN публикуется в качестве сервиса Института Лейбница DSMZ, где и происходит обновление прокариотической номенклатуры.

современной таксономии. Т.1. Прокариоты. Домен Археи. Домен Бактерии (Царство Гидробактерии). – М.: Наука, 2025. – 515 с. – ISBN 978-5-02-041157-9.

2. Медицинская микробиология. От микроскопии к масс-спектрометрии / Т.В. Припутневич, Б.А. Ефимов, Е.Л. Исаева, А.Б. Гордеев ; под ред. Т.В. Припутневич. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. – 192 с. – DOI: 10/33029/9704-8495-LFP-2024-1-192.
3. Расширенный анализ митохондриального генома WGS: достижения в области биоинформатики и длинных прочтений секвенирования NGS и их диагностическое значение / W.L. Macken, M. Falabella, C. Pizzamiglio, C.E. Woodward, E. Scotchman, L.S. Chitty, J.M. Polke, E. Bugiardini, M.G. Hanna, J. Vandrovcova, N. Chandler, R. Labrum, R.D.S. Pitceathly – Expert. Mol. Diagn. – 2023; 23 (9): 797–814. doi: 10.1080/14737159.2023.2241365. Epubl. 2023 29 August.PMID: 37642407.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Медицинская микробиология. Клинически значимые микроорганизмы с позиции

МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ПРОСВЕЩЕНИЕ

УДК 616.314-089:378.147.88

Пинелис И.С., Пинелис Ю.И., Турчина Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

Введение. План и методика проведения практики по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности по хирургической стоматологии разработаны в соответствии с ФГОС 3++ и профессионального стандарта врача-стоматолога, утвержденного приказом МЗ РФ от 10 мая 2016 года N 227н по специальности «Стоматология».

Производственная практика «Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности по хирургической стоматологии» осуществляется после 7 семестра на протяжении 12 дней (72 часа) и относится к блоку 1 ФГОС 3++ по специальности 31.05.03 «Стоматология».

Эта информация необходима не только студентам, но и руководителям производственной практики в стоматологических ЛПУ [1, 2, 3, 4]

Цель работы – закрепить у студентов знания, полученные за период обучения на предыдущих курсах и кафедрах, по методике обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями, по постановке диагноза; совершенствовать мануальные навыки при проведении различных видов обследования, обезболивания, различных хирургических манипуляций и оперативных вмешательствах; ознакомление с работой хирургического отделения или кабинета поликлиники

Задачами производственной практики являются:

- ознакомление с должностными обязанностями врача хирурга-стоматолога;
- изучить структуру и работу стоматологической поликлиники и ее отделений, стоматологического хирургического кабинета, операционной;

- изучить порядок отбора и записи пациентов на прием, с регулированием очередности приема пациентов с различными заболеваниями;

- изучить медицинские документы и порядок их заполнения на различных этапах лечения пациента в поликлиническом отделении;

- научиться выяснять жалобы пациента, собрать анамнез заболевания и жизни;

- научиться проводить клиническое общее и местное обследование пациента, проводить обследование полости рта, читать рентгенограммы, оценивать данные лабораторных исследований;

- научиться обсуждать полученные данные с врачом-руководителем, сформулировать предварительный диагноз.

По завершении обследования сформулировать окончательный диагноз, согласовывая его с врачом-куратором:

- уметь составлять план лечения, обосновывать его, согласовывать с куратором и проводить лечение под его наблюдением, проводить динамическое наблюдение пациентов;

- уметь оказывать неотложную помощь при обмороке, коллапсе и анафилактическом шоке;

- освоить основные виды обезболивания, методы удаления различных групп зубов, вскрытие поверхностных абсцессов и инфильтратов, рассечение или иссечение десневых лоскутов при перикороните, лечение альвеолита.

Организация профессионально-практической деятельности студентов по производственной практике осуществляется в следующих формах:

1. Работа в качестве помощника врача стоматолога – хирурга.

2. Подготовительный этап – организационно-технологическое обеспечение (вводная лекция, инструктаж, распределение, выдача документов).

3. Самостоятельная работа (УИРС, оформление дневника, санитарно-просветительная работа, подготовка к практическим навыкам, подготовка к собеседованию).

4. Итоговая аттестация – дифференцированный зачет (собеседование, приём практических навыков).

Перечень обязательных практических манипуляций и минимум практических манипуляций: инфильтрационная и проводниковая анестезии, ушивание ран кожи и слизистой без дефекта мягких тканей, операция удаления зуба с использованием щипцов, элеваторов и бор-машины, операция альвеолотомии, вскрытие гнояника при лечении периостита, поверхностного абсцесса кожи, операция резекции верхушки корня, гемисекция зуба, ампутация корня, операция реплантация зуба. Для освоения вышеперечисленных знаний, умений и навыков студент за период практики должен выполнить определенный минимум практических манипуляций (Таблица 1).

Таблица 1

Наименование манипуляций и их количество

Всего больных	50–75
Местная анестезия	50–65
Операция удаления зуба	40–45
Вскрытие гнояников при лечении периостита и абсцессов	3–5
Амбулаторные операции (резекция верхушки корня зуба, гемисекция, реплантация и др.).	2–5

Во время прохождения производственной практики студент обязан:

1. Выполнять правила внутреннего распорядка лечебного учреждения, осуществлять деятельность по 5,5 часов (6-ти дневная неделя), иметь халат, шапочку, маску, сменную обувь.

2. В первый день он должен ознакомиться с расписанием работы врачей-стоматологов, рентгенологического и физиотерапевтических кабинетов, лабораторий.

3. Получить необходимые сведения о правилах и формах заполнения амбулаторных карт, бланков и всех журналов, используемых во время приема больных. Самостоятельно выписывать рецепты и участвовать в заполнении листов временной нетрудоспособности.

4. При хирургических вмешательствах применять больным премедикацию для снятия эмоционального напряжения.

5. Соблюдать правила деонтологии и этики врача.

6. Разъяснять больным правила проведения механотерапии, физиотерапевтических процедур, назначенных врачом.

7. Выезжать с врачом для оказания экстренной помощи.

8. Дежурить в пунктах экстренной стоматологической помощи в качестве помощника врача.

9. Ассистировать или самостоятельно под контролем врача проводить лечение больных с хирургическими стоматологическими заболеваниями.

10. Ознакомиться с правилами хранения и использования медикаментов, применяемых в отделении. Особое внимание обратить на использование и хранение обезболивающих и сильнодействующих средств.

11. Ежедневно и качественно заполнять дневник производственной практики

12. Проводить санитарно-просветительскую и профориентационную работу.

13. Выполнить учебно-исследовательскую работу с оформлением отчета.

14. Руководителем производственной практики по хирургической стоматологии является врач хирург-стоматолог, назначенный приказом главного врача стоматологической поликлиники.

Руководитель должен:

1. Ознакомить студента с порядком работы стоматологического хирургического кабинета или отделения, правилами направления больных в диагностические, лечебные кабинеты и к смежным специалистам.

2. Требовать выполнения правил асептики, ношения униформы.

3. Контролировать выполнение студентом этических требований в общении с больными и обслуживающим персоналом. Строго пресекать случаи грубого и нетактичного обращения.

4. Проверять знание способов стерилизации инструментария и перевязочного материала, ознакомить с порядком размещения их на рабочем столе.

5. Предоставить студенту возможность самостоятельно проводить диагностику, составлять и осуществлять план лечения.

6. Указывать студенту на допущенные ошибки при диагностике и лечении больных и помочь разобраться в них.

7. При затруднениях в диагностике заболевания или в выборе тактики лечения дать возможность студенту подробно обследовать больного, произвести соответствующие записи в дневнике и с предварительным диагнозом

направить больного на консультацию к преподавателю кафедры.

8. Напомнить студенту правила хранения анестетиков, сильно действующих и других медикаментов, часто применяемых в работе хирурга-стоматолога.

9. Способствовать закреплению знаний студента при диагностике основных стоматологических хирургических заболеваний и приемам операции удаления зубов, вселить уверенность в своих силах.

10. Руководитель должен ежедневно проверять записи в дневнике практиканта и ставить свою подпись.

11. По окончании производственной практики дать оценку работы студента и характеристику, в которой должны быть отражены: а) уровень теоретической подготовки, б) владение практическими навыками, в) знание рецептуры, г) соблюдение основ деонтологии (авторитет студента у больных, взаимоотношения студента с больными, их родственниками и сотрудниками).

В период прохождения производственной практики студенты обязательно выполняют учебно-исследовательскую работу (УИРС), целью которых является закрепление на практике учебной научно-практической информации путем изучения ряда тем хирургической стоматологии на клиническом материале лечебного учреждения, где студент проходит практику. Результаты этой работы, представленные в виде доклада, могут быть использованы в лекции, которую студент обязан прочитать. Лучшие доклады выносятся на курсовую конференцию по УИРС. Предлагаемая тематика позволит студенту лучше усвоить заболевания, которые чаще встречаются в практике стоматолога, а также усвоить наиболее «ходовые» лечебно-диагностические приемы.

Заключение. Таким образом, новый ФГОС 3++ по специальности «Стоматология» предусматривает усовершенствованную методику проведения практики по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности по хирургической стоматологии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Афанасьев В.В. Стоматология. Запись и ведение истории болезни: руководство / В.В. Афанасьев. – Москва: ГЭОТАР-

Медиа, 2016. – 160 с.

2. Хирургическая стоматология / под ред. А.А. Кулакова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 408 с. – ISBN 978-5-9704-6001-6.
3. Хирургическая стоматология: учебник / под ред. В.В. Афанасьева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 880 с. – ISBN 978-5-9704-6080-1.
4. Хирургия полости рта : учебное пособие/ Ю.И. Пинелис, И.С. Пинелис, М.А. Катман [и др.]. –Чита: РИЦ ЧГМА, 2024. –172 с.

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

Хидиралиев Б.М., Волнина Н.Н., Губанова И.В.
**ФАКУЛЬТЕТ ОБЩЕСТВЕННЫХ
ПРОФЕССИЙ: СТРАНИЦА ИСТОРИИ
ЧИТИНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная
медицинская академия» Министерства
здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н.,
профессор Н.В. Ларёва)

В 2023 г. исполнилось 70 лет образованию ЧГМА. В связи с этим темы, посвящённые истории развития нашего вуза, являются весьма актуальными. Одна из ярких страниц богатейшей истории ЧГМИ – деятельность Факультета общественных профессий (ФОПа), созданного в 1971 г. и просуществовавшего до 1991 г.

Задача советского высшего учебного заведения состояла не только в подготовке знающего, квалифицированного специалиста, но и хорошего общественника, пропагандиста профессиональных и политических знаний. Большинство выпускников вузов по окончании учебы направлялись на работу в сельскую местность, где они должны были развернуть активную воспитательную, пропагандистскую и культурную деятельность. В связи с этим, а также в целях идейно-воспитательной работы среди студентов, в большинстве вузов страны были созданы факультеты общественных профессий, готовящие лекторов-общественников, журналистов, руководителей кружков художественной самодеятельности и т. д. [4]. Студенты имели возможность получить дополнительную специальность, не связанную с основной.

Положение о факультете общественных профессий высшего учебного заведения было утверждено приказом министра высшего и среднего специального образования СССР от 13 июля 1973 г. [7]. Согласно положению, ФОПы были призваны способствовать улучшению идейно-политического воспитания студентов, всестороннему развитию будущих молодых специалистов и подготовке их к активной общественной деятельности. Основными задачами ФОПа являлись: приобретение студентами необходимых знаний и практических навыков по организации массово-политической и культурно-просветительной,

спортивной работы, по руководству коллективами художественной самодеятельности; приобщение студентов к пропаганде политических, художественных, научно-технических знаний среди трудящихся; развитие у студентов эстетических взглядов и вкусов. Главная задача состояла в том, чтобы студенты получили навыки второй общественной профессии [2].

Факультеты общественных профессий (ФОПы) были достаточно распространённым явлением в советских высших учебных заведениях. Деятельность подобных организаций приобретала важное значение в решении задач совершенствования культурного обслуживания населения, особенно сельского.

В истории Факультета общественных профессий ЧГМИ, с точки зрения его структурного развития, можно выделить два этапа:

1) 1971–1984 гг. – этап активного функционирования ФОПа, развития его внутренней структуры и динамичной деятельности административного аппарата;

2) 1985–1991 гг. – этап эволюции ФОПа и вообще всей системы советского образования в эпоху перестроечного времени.

Следует отметить, что развитие ФОПа в ЧГМИ было тесно связано с верховными постановлениями ЦК КПСС. Так, например, основным документом, регламентирующим деятельность Факультета, являлось постановление коллегии Министерства высшего и среднего специального образования СССР, Секретариата ЦК ВЛКСМ от 14 апреля 1980 г. № 13/74/7/77.

В ЧГМИ факультет общественных профессий был организован 19 февраля 1971 г. [3]. Инициаторами создания факультета были заведующий кафедрой марксизма-ленинизма И.Д. Флешлер и доцент кафедры философии и научного коммунизма Л.С. Касьянова [2]. При открытии факультет состоял из трёх отделений: 1) спортиструкторов; 2) лекторов-пропагандистов общественных знаний; 3) журналистики. В последующие годы факультет значительно расширился до 6 отделений: 1) отделение фотодела; 2) отделение хормейстеров; 3) отделение художников-оформителей; 4) отделение балльных танцев; 5) отделение основ правовых знаний; 6) отделение спортиструкторов и судей по спорту. По изучаемым дисциплинам проводились зачёты и

экзамены и далеко не все слушатели в конце обучения получали удостоверения единого образца [4].

Первым деканом была назначена преподаватель кафедры марксизма-ленинизма М.В. Сокол-Номоконова, которая возглавляла ФОП с 1971 г. по 1974 г. С 1974 г. по 1978 г. Должность декана ФОП занимала преподаватель кафедры истории КПСС и политэкономии Н.И. Кошелева. С 1978 г. по 1991 г. деканом факультета являлся преподаватель кафедры философии и научного коммунизма А.Ф. Калинин. Почти с самого начала организации ФОПа методистом факультета работала Н.А. Измайлова [2].

Срок обучения на ФОПе составлял 2-3 года. Принимались на Факультет обычно студенты II–III курсов, изъявившие желание приобрести вторую общественную профессию. Учебная работа проводилась согласно планам и программам, которые утверждались проректором по учебной работе. Работа преподавателей и посещаемость контролировались деканатом ФОПа. На Факультете сложилась добрая традиция – ежегодно каждое отделение проводило интересные практические мероприятия: фестивали, праздники, смотры, конкурсы, конференции. Всей работой факультета руководил Совет ФОПа, который возглавлял проректор по учебной работе М.Е. Кубасов [2].

На всех отделениях факультета велись теоретические и практические занятия по учебным планам, составленным Советом ФОП. Для ведения занятий приглашались квалифицированные специалисты из других учебных заведений, обеспечивающие достаточный уровень подготовки не профессионалов по данной специальности, а организаторов общественников [8]. В целях оптимизации учебного процесса деканат приглашал лекторов-специалистов из различных организаций города через районное отделение общества «Знание». Многие студенты сами готовили выступления для населения. С этой целью была разработана специальная тематика, подобрана специальная литература. С подготовленными лекциями, предварительно прорецензированными преподавателями, студенты выступали перед населением города и сёл, а также во время летней производственной практики.

Одним из самых первых и массовых

отделений, которое было открыто на факультете, являлась «Школа молодого лектора», отделения которой возглавляли старший преподаватель кафедры истории КПСС и политэкономии К.Я. Хлынова, доцент кафедры философии и научного коммунизма М.Л. Нейтман и ассистент кафедры психиатрии Н.А. Лавровская. Отделение работало по двухгодичной программе и имело две секции – общественно-политическую и медицинскую. Слушатели этих отделений готовили и рецензировали лекции, выступали с ними перед товарищами в группах, в период общественно-политической практики и третьего трудового семестра [2].

Школа молодого лектора с 1978 г. была реорганизована в «Университет молодого лектора», при котором были открыты 3 отделения: отделение лекторов-общественников, отделение лекторов-атеистов, отделение санпросветорганизаторов и пропагандистов медицинских и клинических знаний. На последнем отделении занимались студенты старших курсов, которые уже имели необходимый запас медицинских знаний и были способны вести активную санитарно-просветительную лекционную пропаганду. Так, слушатели отделения лекторов-атеистов прочитали перед населением более 300 лекций.

Руководителями кружков художественной самодеятельности – хоровое и балетных танцев являлись энтузиасты и пропагандисты своего искусства Н.Г. Литвинцева и Л.У. Ядрышникова. Слушатели кружков принимали активное участие в жизни института (например, участие в фестивалях искусств, посвященных 30-летию Победы Советского союза в Великой Отечественной войне). Задача кружков заключалась в том, чтобы совершенствовать мастерство, использовать творческий потенциал выпускников отделений в последующей работе, укреплять материальную базу [2].

Под руководством Н.Г. Литвинцевой был создан студенческий хор «Гаудеамус», который получил высокое звание «народный», являлся участником Всероссийского смотра хоровых коллективов [2]. В период уборочной страды хор выезжал в районы области, выступал перед тружениками сельского хозяйства, совершал поездки на пограничные заставы, выступал перед воинами Советской армии.

На факультете активно работало отделение

хореографии (например, кружок бальных танцев). Многие его участники занимали ведущие места на городских и областных смотрах-конкурсах. Ни один концерт художественной самодеятельности не проходил без их участия. Желających заниматься танцами было очень много, а вот руководителей не было. Для решения этого вопроса руководство привлекало отдел культуры горисполкома и Дом народного творчества [2].

Активно развивалось отделение журналистики. Перед слушателями этого отделения выступали с лекциями журналисты областных газет, радио и телевидения [8]. Слушатели отделения публиковали свои статьи в «Медик Забайкалья» и «Забайкальский рабочий».

Неподдельный интерес у студентов всех курсов вызывало отделение художников-оформителей. Занятия велись как силами преподавательского состава института, так и приглашёнными специалистами. Слушатели отделения выполняли спектр различных художественно-оформительских работ: участие в оформлении праздничной колонны института, стендов, выставок и др. В последующие годы в отделении наблюдалась нехватка специалистов, в 1983 г. деканат ФОПа принял решение закрыть отделение [2].

На факультете активно функционировало отделение правовых знаний (или комсомольский оперативный отряд). Много лет отрядом руководил студент Евгений Ковалёв. Под его руководством отряд вышел на первое место в области среди комсомольских оперотрядов и прочно утвердился на этом месте. В те годы отряд активно боролся с правонарушителями в районе ЗабВО, работал с подростками. Члены оперотряда (Геннадий Кулешов – начальник штаба отряда, Олег Смирнов – бывший комиссар и многие другие студенты) сотрудничали в различных отделах милиции. После ухода Е. Ковалёва, эффективность отряда значительно снизилась. Причиной тому послужила неспособность нового командира объяснить новичкам основные положения работы в отряде и достаточно тонкого подхода к личности каждого бойца. В результате в отряд шли те, кому нужна была лишь формальная роспись о посещении факультета общественных профессий. Других прельщала возможность получения удостоверения внештатного

инспектора милиции. Действительно, такие удостоверения выдавались только самым активным членам оперотряда. Поняв, что получить удостоверение не так уж и просто, такие товарищи переставали ходить на дежурства. В таком положении, казалось бы, на помощь новому командиру должны были прийти опытные члены отряда, но они, увидев, что отряд распадается, разбрелись по отделениям милиции и тоже перестали посещать дежурства [1]. Таким образом, отдел практически перестал существовать. Его жизнь поддерживалась лишь на бумаге и при участии таких студентов, как Геннадий Ваховский, Владимир Бродский, Геннадий Кулешов, Александр Рожинский и некоторых других. Но при всём желании одни они не могли вернуть отряду былую славу [1].

В 1977 г. отделение правовых знаний испытало второе рождение. Его пополнили активные студенты первого курса. В оперативном отряде сформировалось несколько групп: группа уголовного розыска (командир Сергей Уткин) регулировала порядок в районе ЗабВО; группа ОБХСС (командир Геннадий Ваховский) следила за порядком торговли в микрорайоне; группа профилактики (командир Семен Фрегер) работала с трудновоспитуемыми подростками. Деятельность этой группы имела важное значение, так как от воспитания молодого поколения всегда зависит порядок в городе [1]. Участники отделения прилагали все усилия для того, чтобы комсомольский оперативный отряд Читинского мединститута вновь завоевал потерянное первое место.

Большие возможности открывались для слушателей отделения спортиструкторов и судей по спорту. Слушателями являлись студенты всех факультетов. Они привлекались к судейству соревнований как внутри института, так и спортивных команд. В институте проводились различные соревнования, и спортивный клуб привлекал своих студентов на все общественно-политические мероприятия. Многие студенты-спортсмены, занимавшиеся в секциях под руководством опытных тренеров, приобретали спортивные навыки и теоретические знания для выполнения важной работы – массового вовлечения в спорт молодежи [8].

Для врача немаловажным является умение фотографировать. Эти навыки студенты с 1–3 курсов получали на отделении фотодела.

Отделением руководили А. Маркова и А. Чубненко. Задачами слушателей этого отделения было активное участие во всех мероприятиях института, оказание посильной помощи газете «Медик Забайкалья», использование фотостендов для фотоснимков [2].

Отделение фотодела стало важным элементом студенческой жизни, формируя у молодых людей не только навыки фотографии, но и обостряя их чувство социальной ответственности. Занятия, проводимые под руководством В.Д. Попрядухина, включали общие основы фотодела, что позволяло студентам освоить не только технические аспекты, но и понять значение фотографии как искусства. Эти занятия проходили два раза в неделю и привлекали множество желающих, что свидетельствовало о большом интересе к области фотожурналистики.

Студенты активно освещали различные события, связанные как с учебой, так и с общественной жизнью. Они организовывали стенды, оформляли выставки и публиковали свои работы в газете «Медик Забайкалья». Каждый номер газеты сопровождался их иллюстрациями, что добавляло живости и привлекало внимание читателей. Несмотря на то что занятия проводились в свободное от учёбы время и не приносили материального вознаграждения, они сумели создать крепкие связи между студентами и сформировать коллектив единомышленников.

К сожалению, с распадом отделения в 90-е годы многие из этих инициатив остались в прошлом. Тем не менее, студенты, прошедшие через это уникальное обучение, стали успешными врачами и специалистами, продолжая применять полученные навыки в своей профессиональной деятельности. Всего на факультете активно функционировали 7 отделений.

В 1974 г. на факультете в торжественной обстановке первым слушателям факультета были вручены удостоверения, свидетельствующие о приобретении навыков второй профессии. Наиболее активных слушателей награждали Почётными грамотами и памятным подарками. Всего факультет в 1974 г. окончили 123 студента: отделение лекторов – 27 человек, отделение журналистики – 10 человек, отделение спортиструкторов – 86 человек [6]. В течение

1971–1990 гг. факультет подготовил 8 500 молодых специалистов.

В ЧГМИ был создан Совет по связи с выпускниками. Однако в функциях этого Совета не была заложена работа с бывшими выпускниками ФОПа: не собирались данные о том, как выпускники используют полученную общественную профессию в своих профессиональных трудовых коллективах, в общественной деятельности [2].

В начале 1990-х наша страна вступила в полосу очередных тяжелых экономических и политических испытаний. Уходила в прошлое целая эпоха, а вместе с ней и ФОП, который являлся своего рода знаком этой самой эпохи. После 20-летнего существования в 1991 г. ФОП ЧГМИ был закрыт.

Таким образом, система дополнительного образования, элементом которой стал факультет общественных профессий, была направлена на формирование всесторонне развитой личности и способствовала повышению культурного и интеллектуального уровня студенческой молодёжи, их профессиональной и гражданской ориентации. За все время своей деятельности ФОП подготовил более 8 тыс. студентов, которым была присвоена дополнительная общественная специальность, не связанная с основной.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Добкин И. Факультет общественных профессий. Второе рождение отряда // Медик Забайкалья. – 1977. – № 42. – С. 2.
2. Калинин А. За эффективность работы ФОПа // Медик Забайкалья. – 1982. – № 26. – С. 2.
3. Комитет ВЛКСМ. Объявление // Медик Забайкалья. – 1971. – № 6. – С. 1.
4. Кошелева Н. Вторая профессия врача // Медик Забайкалья. – 1975. – № 9-10. – С. 2.
5. Кошелева Н. Факультет общественных профессий. Каждому – дело по душе // Медик Забайкалья. – 1977. – № 39. – С. 2.
6. Курбатов В. Первый выпуск слушателей факультета общественных профессий // Медик Забайкалья. – 1974. – № 23. – С. 1.
7. Сокол-Номоконова М. Факультет общественных профессий // Медик Забайкалья. – 1974. – № 12-13. – С. 3.
8. Школина Е. Факультет общественных профессий. Хор – это прекрасно // Медик Забайкалья. – 1980. – № 36. – С. 2.

УДК: 929

Евстафьева Ю.В., Бобрович И.В.

**ЭВАКОГОСПИТАЛИ ЗАБАЙКАЛЬЯ:
ВКЛАД ГЛУБОКОГО ТЫЛА В ПОБЕДУ В
ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная
медицинская академия» Министерства
здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н.,
профессор Н.В. Ларёва)

В 2025 году наша страна отмечает 80-летие Великой Победы – священной даты, которая навсегда останется символом уникального мужества и героизма советского народа. Великая Отечественная война (ВОВ) (1941–1945 гг.) стала беспрецедентным испытанием для советской системы здравоохранения, потребовавшим мобилизации всех ресурсов для спасения миллионов раненых и больных бойцов Красной Армии.

По данным исследований, проведенных специалистами Института военной истории Министерства обороны РФ (Кривошеев Г.Ф., Андроников В.М. и др., 1993), за период ВОВ медицинские учреждения оказали помощь 22 326 905 военнослужащим. Показатели эффективности работы военно-медицинской службы впечатляют: 76,9% раненых и больных бойцов были возвращены в строй, при уровне летальности всего 6,1%. В абсолютных цифрах это означает, что около 17 миллионов красноармейцев смогли продолжить борьбу с врагом после восстановления здоровья. Особенно показательна эта статистика при сопоставлении с общей численностью действующей армии. На январь 1945 года личный состав советских вооруженных сил насчитывал приблизительно 6,7 миллионов человек [5, 8]. Сравнение этих цифр наглядно демонстрирует решающую роль медицинской службы в поддержании боеспособности армии. Фактически, победа ковалась не только на полях сражений, но и в госпитальных палатах, где самоотверженный труд медиков позволял вновь и вновь возвращать в строй опытных бойцов.

Данные свидетельствуют, что успешная организация медицинского обеспечения стала

одним из ключевых факторов, обеспечивших победу Советского Союза в ВОВ. Достигнутые показатели возвращения в строй не имели аналогов в мировой военной медицине того периода и стали возможны благодаря слаженной системе оказания медицинской помощи.

В период ВОВ в Красной Армии была создана многоуровневая система оказания медицинской помощи, отличавшаяся строгой этапностью и преемственностью. Медицинская система обеспечения на фронтах ВОВ состояла из двух ключевых звеньев: первичной медицинской базы в войсковых подразделениях и госпитальной базы, которая включала тыл армии, тыл фронта и тыл страны (рис. 1) [8, 1]. На передовой медицинское обеспечение осуществлялось непосредственно в боевых порядках войск – санитарными инструкторами, полковыми медицинскими пунктами и медико-санитарными батальонами. Эти первичные звенья медицинской службы обеспечивали оказание неотложной помощи и первоначальную сортировку раненых. В тыловом эшелоне разворачивалась сеть стационарных лечебных учреждений. Такая структура позволяла последовательно эвакуировать раненых с поля боя в специализированные медицинские учреждения, обеспечивая непрерывность лечебного процесса на всех этапах. Каждый уровень медицинской помощи имел четко определенные функции и оснащение, что в совокупности создавало эффективную систему сохранения жизни и здоровья личного состава действующей армии [9]. Решающую роль в обеспечении высокой эффективности медицинской помощи раненым сыграла тщательно продуманная система сортировки и эвакуации, разработанная на основе классических принципов военно-полевой хирургии [13]. Заимствовав и творчески развив идеи основоположника российской военной медицины Н.И. Пирогова, главный хирург Красной Армии Н.Н. Бурденко сумел создать стройную организационную систему, позволившую достичь беспрецедентных результатов.

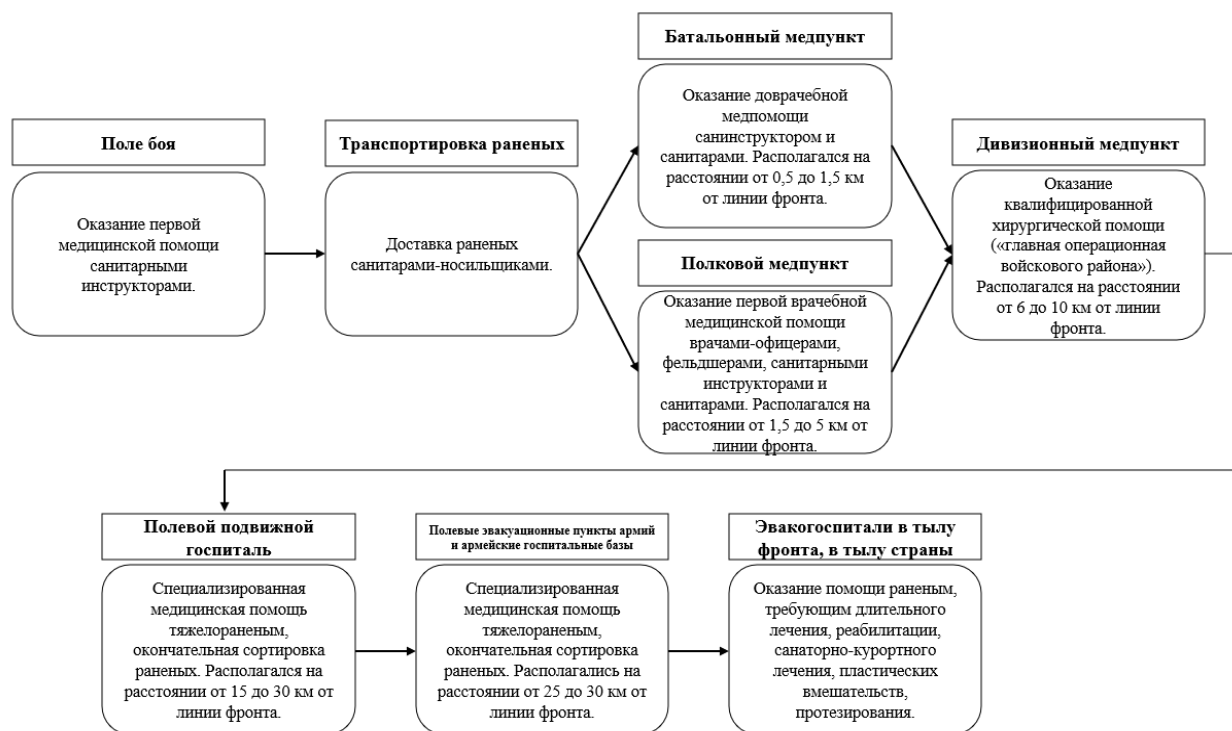


Рис. 1 Этапы оказания медицинской помощи раненым и больным в годы Великой Отечественной войны.

11 июня 1940 года Народным комиссариатом здравоохранения (НКЗ) СССР был разработан проект «Положения о формировании эвакогоспиталей». Эвакуационные госпитали (эвакогоспитали, ЭГ) не только обеспечивали лечение и реабилитацию военнослужащих, но и служили важным звеном в системе этапного оказания медицинской помощи [3].

ЭГ, развернутые вдоль основных транспортных артерий, стали тем критически важным компонентом, который обеспечивал непрерывность лечебного процесса – от первой помощи на поле боя до специализированного лечения в глубоком тылу. Их дислокация, оснащение и специализация строго соответствовали принципам этапного лечения, что в сочетании с героическим трудом медицинского персонала позволило вернуть в строй раненых и больных бойцов.

Формирование сети ЭГ в Восточной Сибири осуществлялось преимущественно за счет мобилизации местных ресурсов. Читинская область являлась тыловой базой, сыгравший большую роль в системе эвакуационного обеспечения действующей армии. Вместе с тем, в регионе были крайне ограничены возможности для организации

медицинской помощи больным и раненым. Область испытывала острый дефицит медицинской инфраструктуры: отсутствовали специализированные лечебные учреждения, наблюдалась критическая нехватка квалифицированных врачей и среднего медперсонала. По состоянию на январь 1941 года показатель обеспеченности врачами составлял 5,4 специалиста на 10 тыс. населения, а средним медицинским персоналом – 17,9 на 10 тыс. населения, что было ниже показателя по РСФСР на 39,1% и 47,4% соответственно, что создавало серьезные трудности в организации полноценного медицинского обслуживания [4]. Кадровая проблема усугублялась отсутствием в регионе возможностей для полноценной подготовки медицинских специалистов – единственным учебным заведением, осуществлявшим подготовку младшего медперсонала, являлась Читинская фельдшерско-акушерская школа [10, 14]. С началом войны забайкальским медикам пришлось решать очень сложную задачу: не снижая уровня медицинского обслуживания населения области, создать условия для организации и работы ЭГ.

В Читинской области за годы войны было развернуто 89 ЭГ, в Чите – 22. В первые месяцы

войны в областном отделе здравоохранения был создан отдел ЭГ, который возглавил врач Рывин, а в 1944 г. – П.А. Никулин [6, 15]. Ведущим среди госпиталей области, главной клинической базой Фронтowego эвакуационного пункта-54, стал 321-й фронтовой военный госпиталь Забайкальского военного округа [15]. Под ЭГ выделялись самые просторные и светлые благоустроенные здания. Каждый ЭГ имел свой номер и номер полевой почты, а также специализировался на определенных ранениях и болезнях. Население активно участвовало в оснащении ЭГ всем необходимым. В первые месяцы войны жители населенных пунктов собрали кровати, матрасы, простыни, одеяла, подушки, рубашки и многое другое [6].

Первые эшелоны раненых прибыли в Читинскую область в декабре 1941 года, а уже в марте 1942 года началось массовое поступление раненых бойцов. Первичный прием всех поступающих раненых осуществлялся в сортировочном эвакуогоспитале № 973, размещавшемся в здании по адресу ул. Тимирязева, 25. Именно сюда прибывали санитарные поезда, и с железнодорожного вокзала бойцов доставляли для первичного осмотра. После тщательной медицинской сортировки, в зависимости от характера и тяжести ранений, пациентов распределяли по специализированным ЭГ. Так, например, военнослужащие с повреждениями конечностей направлялись в госпиталь, организованный в здании современной школы № 5 (ул. Профсоюзная, 14) [15].

Архивные материалы областного отдела здравоохранения содержат сведения о развертывании в Чите ЭГ, размещенных в переоборудованных гражданских зданиях, включая школы № 2, 4, бывшую синагогу, ЧГПИ, помещения треста «Забайкалзолото» и кинотеатр «Прогресс». В пригородах функционировали три госпиталя в пос. Песчанка (№ 949, 952, 955) и реабилитационный ЭГ в пос. Антипи́ха. Для размещения лечебных учреждений были оперативно выделены помещения промышленными предприятиями региона, включая «Балейзолото», Петровский металлургический завод, железнодорожные предприятия им. Молотова, Букача́чинские угольные копи и Холбонстрой [15]. Вместе с тем, госпитали столкнулись с острым

дефицитом медикаментов и специализированного оборудования. Для обеспечения ЭГ пришлось задействовать значительную часть рентгеновской и физиотерапевтической аппаратуры из гражданской системы здравоохранения. Кроме того, было налажено местное производство необходимых средств. Например, в Чите была организована мастерская, освоившая изготовление кварцевых и гальванических аппаратов, а также производство рентгеновских пленок [6]. Читинский деревоотделочный комбинат начал производство медицинского оборудования для ЭГ, включая костыли, носилки, а также специализированные столы для операций, перевязок и наложения гипса [2].

К 1942 году в 14 населенных пунктах области работали 35 эвакуогоспиталей (13 – Народного комиссариата обороны и 22 – НКЗ, общей мощностью 5 700 коек), включая семь специализированных: нейрохирургический, офтальмологический, стоматологический, ортопедический, оториноларингологический, психоневрологический и инфекционный, тогда как остальные оказывали общехирургическую и терапевтическую помощь, формируя стройную систему этапного лечения с четкой специализацией медицинской помощи [7].

В годы войны ЭГ НКЗ Читинской области оказали помощь 57 920 военнослужащим, среди которых 46 222 составляли раненые и 11 698 – больные. Особенностью работы этих учреждений было то, что они принимали наиболее тяжелых пациентов, уже прошедших многоэтапное лечение в 5–7 промежуточных госпиталях и перенесших несколько хирургических вмешательств. Примечательно, что, несмотря на сложность случаев, показатель летальности в этих учреждениях оставался исключительно низким – всего 0,4%. За весь период работы медицинскими специалистами было выполнено 28 152 хирургических операции, что свидетельствует о высокой интенсивности лечебного процесса и профессионализме персонала [6]. Важным элементом терапии в ЭГ являлось переливание крови. За период работы медицинские учреждения осуществили 4 840 трансфузий, общий объем которых составил 1 210 кг. Несмотря на дефицит специализированной аппаратуры, активно применялись методы физиотерапии. Особую роль в реабилитации раненых играла лечебная физкультура, ставшая

неотъемлемой частью восстановительного процесса. Все ЭГ были оснащены диагностическими лабораториями, что позволяло проводить необходимые клинические исследования [6, 12].

Главным хирургом отдела ЭГ являлся В.А. Коханский, который осуществлял общее руководство лечебной деятельностью. В 1939 году Василий Аркадьевич был участником боев на реке Халхин-Гол в качестве начальника отделения автохирургического отряда в Монголии. Во время боевых действий на Халхин-Голе В.А. Коханский преимущественно сталкивался с недавно полученными ранениями, тогда как в тыловых госпиталях Забайкалья перед ним стояла сложная задача лечения запущенных случаев – хронических гнойных процессов и остеомиелита, где консервативная тактика была неэффективна. В сотрудничестве с коллегами-хирургами (Г.М. Аксманом, Б.Е. Смирновым, М.Г. Старосельским) им была разработана инновационная для того времени стратегия – проведение экстренных оперативных вмешательств, что привело к значительному улучшению медицинских показателей. В 1944 году В.А. Коханский был удостоен звания «Заслуженный врач РСФСР» – это стало признанием его многолетней подвижнической работы. Год спустя, в 1945-м, его профессиональные заслуги были отмечены высокой государственной наградой – орденом Трудового Красного Знамени [2, 11].

В ЭГ Читинской области трудились ведущие хирурги области, такие как Г.М. Аксман, М.Г. Старосельский, Б.Е. Смирнов, Ф.Г. Козлов (Холбон), А.М. Садырина (Хилок), Н.К. Михайлов (Акша), И.П. Матафонов (Балей) и многие другие. Значительный вклад в лечение раненых вносил и средний медицинский персонал, включая медсестер П.И. Размахнину, А.А. Сульянц, М.А. Баженову и других [2].

80-летие Великой Победы – это не только повод вспомнить героические подвиги на фронте, но и возможность оценить титанический труд медиков, чья самоотверженная работа в тылу стала одним из ключевых факторов победы. Великая Отечественная война стала испытанием для всей системы советского здравоохранения, но именно в эти годы была создана уникальная модель медицинского обеспечения, не имевшая

аналогов в мировой практике. Организация ЭГ в Читинской области – яркий пример эффективного использования ограниченных ресурсов в экстремальных условиях. Несмотря на острую нехватку кадров, оборудования и медикаментов, региону удалось развернуть разветвленную сеть специализированных лечебных учреждений, которые вернули в строй десятки тысяч бойцов.

Опыт работы ЭГ Читинской области остается актуальным и сегодня, демонстрируя, что даже в условиях крайнего дефицита ресурсов возможно создание эффективной системы медицинской помощи. Эта страница истории – не только память о подвиге медиков военных лет, но и важный урок для современных организаторов здравоохранения, напоминание о том, что профессионализм, самоотверженность и грамотное управление способны преодолеть любые трудности.

Таким образом, медицинская служба в годы ВОВ стала полноценным «фронтом в тылу», где каждая спасенная жизнь приближала победу. Ее наследие – это не только беспрецедентные статистические показатели, но и бесценный опыт, который продолжает вдохновлять новые поколения врачей.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абаева З.С. Медицинские службы СССР в годы Великой Отечественной войны: краткий обзор. Материалы X Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 150-летию со дня рождения академика Н.А. Семашко, Волгоград, 2024; 90–93.
2. Бальчинова Д.Г., Логинова П.С., Рубан Н.В. Вклад врачей в дело Великой Победы (на примере жизненного пути В. А. Коханского). Материалы IX Научно-практической конференции «Забайкальские рождественские образовательные чтения. Великая Победа: наследие и наследники». Чита, 2020. 128–132.
3. Будко А.А., Грибовская Г.А., Журавлев Д.А. Исторический опыт взаимодействия военно-медицинской службы с органами здравоохранения страны в годы Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Военно-медицинский

- журнал. 2014; 5: 4–10.
4. Давыдова Ю.А. Численность и состав медицинского персонала в городах Сибири в годы Великой Отечественной войны: 1941–1945. Экономика, статистика и информатика. Вестник УМО. 2013; 5: 147–151.
 5. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. 1941–1945 гг. : сб. документов и материалов под ред. Барсукова М.И., Кувшинского Д.Д. – М. : Медицина, 1977. – 575 с.
 6. Золотарева В.Ю. Развитие здравоохранения и лечение инвалидов в годы Великой Отечественной войны на территории Читинской области. материалы междунар. науч. конф., посвящ. 70-летию Великой Победы над немецким фашизмом и японским милитаризмом: в 2 частях. Том Часть 2. под ред. Е.В. Дроботушенко, Чита, 2015. 28–33.
 7. Ляпина Е.А. Деятельность эвакогоспиталя в посёлке Холбон в годы Великой Отечественной войны. Сборник статей «Забайкальцы на фронтах Второй мировой войны». 2020. 63–66.
 8. Роль медиков в Великой Отечественной войне. Лекция. О.О. Янушевич, К.А. Пашков. М.: Росунимед, 2025. – 88 с.
 9. Рязанцева М.О., Фомина Н.Н., Болдырева И.И. Здравоохранение и медицина в военные годы. Молодежный инновационный вестник. 2020; 9 (S3) 53–55.
 10. Серебряный Р.С., Камельских Д.В. Гражданское здравоохранение Восточной Сибири накануне и в начале Великой Отечественной войны. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022; 30 (5): 91–919. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-5-914-919>.
 11. Сизых Т.П. Дстойный сын своего отчества. Сибирский медицинский журнал. 2003; 37 (2): 84–92. Шестакова Ю.В., Миляев А.В. Принципы этапной организации медицинской помощи в годы Великой Отечественной войны. Молодежный инновационный вестник. 2020; 9 (S4): 137–139.
 12. Тетерина Н.М. Работа Читинской протезной мастерской в годы Великой Отечественной войны. Материалы VIII Межрегиональной научно-практической конференции «Забайкалье историческое», Чита, 2019. 82–85.
 13. Шестакова Ю.В., Миляев А.В. Принципы этапной организации медицинской помощи в годы Великой Отечественной войны. Молодежный инновационный вестник. 2020; 9 (S4): 137–139.
 14. Шильникова Н.Ф., Рогова Л.Н. Организация эвакогоспиталей в Забайкалье в годы Великой Отечественной войны. URL: https://halhingol.ucoz.ru/index/organizacija_ehvakogospitalej_v_zabajkale_v_gody_velikoj_otechestvennoj_vojny/0-40 (дата обращения 07.05.2025).
 15. Энциклопедия Забайкалья. Эвакогоспитали. URL: <http://encycl.chita.ru/encycl/person/?id=5351> (дата обращения 07.05.2025).

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Захарова А.С., Груздева О.С.

АТРОФИЧЕСКИЙ ГЛОССИТ. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ**ХАРАКТЕРИСТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

Введение. Атрофический глоссит — патологическое состояние, характеризующееся атрофией нитевидных сосочков языка. Данная патология ассоциирована с дефицитом витаминов и микроэлементов (В12, фолиевой кислоты, железа), системными заболеваниями (анемии, болезнь Крона, склеродермия), инфекциями (кандидоз, сифилис) и другими факторами (ксеростомия, травмы). В статье обобщены клинические проявления, диагностические критерии и современные методы лечения атрофического глоссита на основе анализа литературных данных и клинических случаев. Особое внимание уделено роли коморбидных состояний, таких как COVID-19 и ВИЧ, в патогенезе грибкового глоссита.

Обзор посвящен изучению этиологии, клинической картины, методов диагностики и современных подходов к лечению атрофического глоссита. Особое внимание уделено причинам, связанным с дефицитом питательных веществ, инфекционными заболеваниями и системными патологиями.

Цель исследования: провести анализ научных статей, касающихся различных аспектов атрофического глоссита.

Методы и материалы: использованы данные из медицинских баз данных, таких как Google Scholar, eLibrary.Ru, CyberLeninka.Ru и ResearchGate.Net. Были рассмотрены исследования, посвященные физиопатологии, клиническим проявлениям, диагностике и лечению данного состояния.

Результаты и обсуждение. Атрофический глоссит может развиваться под воздействием множества факторов, среди которых выделяют дефицит питательных веществ, инфекции, системные заболевания и некоторые другие причины.

Недостаточное поступление в организм

определенных микроэлементов и витаминов может привести к атрофическим изменениям в языке. Дефицит фолиевой кислоты приводит к нарушениям процессов кроветворения и обмена веществ, что может проявляться в виде глоссита и афтозного стоматита [11]. Дефицит железа часто сопровождается атрофическим глосситом, связанным с нарушением трофики тканей языка [12]. Гиповитаминоз В12 также способствует развитию атрофического глоссита, вызывая изменения в нервных волокнах и нарушая обмен веществ в клетках языка [11]. Рибофлавин и ниацин играют важную роль в поддержании здоровья кожи и слизистых оболочек, и их дефицит может способствовать появлению атрофических изменений в языке [11].

Некоторые виды инфекционных агентов могут вызывать воспалительные процессы в слизистой оболочке языка, способствуя развитию атрофического глоссита, например, грибы рода *Candida*, особенно *Candida albicans*, могут вызывать хронические формы кандидоза, приводящего к атрофическому глосситу, особенно у пожилых людей, использующих зубные протезы [11, 3]. В редких случаях атрофический глоссит может быть связан с инфекцией, вызываемой бактерией *Treponema pallidum* [11].

Ряд хронических заболеваний может влиять на состояние слизистой оболочки полости рта, включая язык. Аутоиммунные заболевания, такие как системная склеродермия и болезнь Крона, могут приводить к атрофическим изменениям в языке [7, 8, 9].

Целиакия — непереносимость глютена, может проявляться различными нарушениями в пищеварительной системе, включая атрофический глоссит [3, 11].

Некоторые медикаменты могут оказывать негативное влияние на слизистую оболочку языка, вызывая атрофические изменения [3, 11].

У больных сахарным диабетом отмечается прямая зависимость выраженности воспалительных изменений в слизистой оболочке полости рта от длительности течения заболевания, наличия осложнений и возраста больного. Кандидоз слизистой оболочки полости рта и глотки у больных ВИЧ-инфекцией протекает в 30% случаев в форме атрофического глоссита. Высокая коморбидность формируется между *Candida* и COVID-19. Грибковая инфекция — в настоящее

время рассматривается как важнейшее осложнение COVID-19 в полости рта.

Атрофический глоссит проявляется рядом характерных признаков, которые могут значительно ухудшить качество жизни пациента. Наиболее частые из них это ощущение жжения и боли в языке, особенно при приеме пищи или разговоре [6]. Язык становится гладким и блестящим из-за атрофии нитевидных сосочков, что придает ему характерный «лакированный» вид [11, 2]. Уменьшение рядов клеток, чаще в шиповидном слое эпителия, сопровождающееся дистрофическими процессами в соединительной ткани. При этом слизистая оболочка истончена, легко травмируется, с просвечивающимися сосудами [4, 12]. Изменение чувствительности рецепторов языка может привести к снижению или искажению вкусового восприятия [1]. Ангулярный хейлит нередко сопровождает атрофический глоссит, особенно при дефиците витаминов группы В [9]. Иногда по периферии на боковых поверхностях языка или в складках обнаруживается беловато-серый налёт, который обычно снимается с трудом [8].

Диагностика атрофического глоссита основана на комплексном подходе, включающем физикальное обследование и дополнительные исследования. В первую очередь проводится осмотр полости рта. Особое внимание обращается на цвет, форму и наличие изменений на поверхности языка. Лабораторные тесты помогают выявить дефицит питательных веществ, таких как фолиевая кислота, железо, витамин В12 и другие. Мазки из полости рта исследуются под микроскопом для обнаружения грибковых инфекций, таких как кандидоз. В редких случаях может потребоваться биопсия ткани языка для подтверждения диагноза и исключения злокачественных новообразований.

Современные подходы к лечению атрофического глоссита требуют комплексного подхода, направленного на устранение первопричины заболевания и облегчение симптомов. Поскольку многие случаи атрофического глоссита связаны с дефицитом питательных веществ, важное значение приобретает правильное питание и прием витаминов и микроэлементов. Фолиевая кислота, железо, витамин В12 в дозировке, назначенной врачом, может существенно

улучшить состояние пациента [11, 1]. При наличии грибковой инфекции назначаются антимикотики (флуконазол или вориконазол) [2]. Полоскание рта растворами антисептиков помогает снизить риск вторичной инфекции и ускорить заживление поврежденных тканей. Устранение провоцирующих факторов играет важную роль в комплексном лечении. Некачественно изготовленные или неправильно установленные протезы могут травмировать слизистую оболочку языка, поэтому их замена является важным шагом в лечении [9, 10]. Нарушения прикуса могут создавать дополнительное давление на язык, что также требует коррекции.

При наличии системных заболеваний, таких как анемия или целиакия, необходимо проводить соответствующее лечение для предотвращения рецидива глоссита.

Заключение. Атрофический глоссит представляет собой сложное мультифакторное заболевание, возникающее в результате взаимодействия различных причин, включая дефицит питательных веществ, инфекции и системные заболевания. Представленный обзор показал, что эффективное лечение атрофического глоссита требует индивидуального подхода, учитывающего конкретную причину его развития.

Важнейшим направлением терапии является коррекция питания и восполнение дефицита необходимых витаминов и минералов, таких как фолиевая кислота, железо и витамины группы В. В случае грибковых инфекций, таких как кандидоз, назначение противогрибковых препаратов играет решающую роль в выздоровлении. Устранение провоцирующих факторов, таких как неправильное протезирование или травмы языка, также способствует успешному лечению.

Несмотря на значительные достижения в понимании природы атрофического глоссита, остается ряд нерешенных вопросов. Необходимы дальнейшие исследования для разработки новых методов диагностики и лечения, направленных на повышение эффективности терапии и улучшение качества жизни пациентов. Особенно актуально изучение роли генетических факторов и индивидуальных особенностей организма в развитии атрофического глоссита.

Представленные данные подчеркивают важность междисциплинарного подхода к

лечению атрофического глоссита, объединяя усилия специалистов разных областей медицины, таких как стоматологи, терапевты, эндокринологи и диетологи. Внедрение инновационных технологий в диагностику и лечение позволит более эффективно справляться с данным состоянием и улучшать прогнозы для пациентов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Анализ причин и эффективность купирования боли в языке у больных пожилого и старческого возраста / Е.Г. Люлякина, Ю.В. Чижов, Т.В. Казанцева, А.В. Гончарова // Клиническая геронтология. – 2015. – Т. 21, № 11–12. – С. 54–59.
2. Актуальные проблемы микробиологии: материалы республиканской научно-практической конференции, 30 апреля 2022 г. – Ташкент, 2022. – С. 69.
3. Заболевания слизистой оболочки полости рта и твердых тканей зубов как проявление целиакии / В.И. Мазуров, И.З. Гайдукова, О.В. Инамова [и др.] // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2022. – Т. 6, № 8. – С. 451–457. – DOI 10.32364/2587-6821-2022-6-8-451-457.
4. Измайлова Г.Р. К вопросу об оценке микробной контаминации слизистой оболочки языка у пациентов с хроническим кандидозным глосситом / Г.Р. Измайлова, С.А. Лисовская, Л.Р. Мухамеджанова // Успехи медицинской микологии. – 2017. – Т. 17. – С. 150–153.
5. Клинико-морфологические элементы поражения слизистой оболочки рта. Классификации заболеваний: учебно-методическое пособие / Л.Л. Александрова [и др.]. – Минск: БГМУ, 2023. – 36 с.
6. Патент № 2292554 С1 Российская Федерация, МПК G01N 33/53, G01N 33/48. способ диагностики общей вариабельной гипогаммаглобулинемии: № 2005123929/15: заявл. 28.07.2005: опубл. 27.01.2007 / Л.Б. Лазебник, Р.Б. Гудкова, А.И. Парфенов [и др.].
7. Скакодуб, А.А. Поражения слизистой оболочки полости рта у детей с ревматическими заболеваниями / А.А. Скакодуб // Медицинский алфавит. – 2010. – Т. 1, № 1. – С. 34–38.
8. Сахарук Н.А. Кандидоз полости рта / Н.А. Сахарук // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2007. – Т. 6, № 1. – С. 88–94.
9. «Стоматологические маркеры» болезни Крона / И.Г. Романенко, Д.Ю. Крючков, А.А. Джерелей [и др.] // Крымский терапевтический журнал. – 2024. – № 2. – С. 79–83.
10. Халилова, У.А. Кандидоз полости рта и его локальная терапия / У.А. Халилова, А.В. Тумаренко, В.В. Скворцов // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21, № 7. – С. 16–21. – DOI 10.29296/25879979-2019-07-04.
11. Халилова А.С.А. Некоторые заболевания языка / А.С.А. Халилова // Научный электронный журнал Меридиан. – 2020. – № 14 (48). – С. 96–98.
12. Характеристика органов и тканей полости рта у пациентов старших возрастных групп с железодефицитной анемией / Д.А. Зайцева, А.С. Истомина, Т.М. Еловинова [и др.] // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы V Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной 75-летию Победы в Великой Отечественной войне, 90-летию УГМУ и 100-летию медицинского образования на Урале, Екатеринбург, 09–10 апреля 2020 года. Том 3. – Екатеринбург: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Уральский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2020. – С. 205–211.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ¹Батаева Е.П., ²Казанцева А.Н.,²Молчанова Т.С., ²Федосеева А.А.**МУКОПОЛИСАХАРИДОЗ I ТИПА У РЕБЕНКА МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)²ГУЗ «Краевая детская клиническая больница» (главный врач – В.В. Комаров)

Мукополисахаридоз I типа (МПС 1, синдром Гурлера) относится к редким орфанным заболеваниям, которыми в мире страдают от 6 до 8% населения (ВОЗ, 2022 год). Это наследственная лизосомная болезнь накопления, обусловленная дефицитом фермента альфа-L-идуронидазы, гидролизующей остатки концевой альфа-L-идуроновой кислоты с накоплением гликозаминогликанов – дерматансульфата и гепарансульфата. Встречается синдром Гурлер от 1:40 000 до 1:100 000 случаев новорожденных. Всего насчитывают 11 типов МПС, и рассматриваемый вариант относится к I типу и первому из трех подтипов – мукополисахаридоз I Н, отличающийся самым тяжелым течением и высокой вероятностью раннего летального исхода [1, 2]. Мукополисахаридоз I Н/S – промежуточная форма, синдром Гурлер-Шейе, протекает менее катастрофично как по течению, так и по исходам, и мукополисахаридоз I S, синдром Шейе – представитель легкой, наиболее благоприятной формы МПС 1 типа в отношении прогноза и качества жизни [2]. Синдром Гурлера возникает вследствие мутации в гене IDUA, расположенном на коротком плече 4-й хромосомы в позиции 16.3, кодирующим лизосомный фермент альфа-L-идуронидазу [1, 2].

Проявления болезни разнообразны: задержка роста, умственная отсталость, поражение нервной системы, серьезные сердечно-легочные нарушения, гепатоспленомегалия, множественные дизостозы, помутнение роговицы и другие. Характерными отличительными особенностями заболевания являются специфические фенотипические признаки: грубые черты лица

(гаргализм), широкий и плоский нос, густые брови, относительно большие губы, либо нависающая верхняя губа, низко посаженные уши, короткие шея и туловище, деформации грудной клетки. Изменения фенотипа чаще всего являются так называемыми «красными флажками», заставляющими специалистов заподозрить лизосомную болезнь накопления, особенно если они в процессе роста ребенка становятся более отчетливыми. Синдром передается по аутосомно-рецессивному типу и может встречаться у представителей всех рас [2, 3].

Алгоритм постановки диагноза, начавшись с определения характерного фенотипа, продолжается тщательным сбором анамнеза, при этом выясняются факты случаев смерти детей в семье предполагаемого больного и семьях родственников, наличие кровнородственных браков, особенности зачатия ребенка. Далее оцениваются дополнительные симптомы со стороны органов и систем, интенсивность их развития в динамике. Главными диагностическими критериями являются лабораторные: установление уровня L-идуронидазы крови, количественный и качественный анализ гликозаминогликанов в моче, однако решающим шагом, способным поставить точку в диагностическом процессе, является молекулярно-генетическое исследование, уточняющее мутацию в гене IDUA [3].

Возможность проведения пренатальной диагностики в случае выявления факторов риска возникновения синдрома Гурлера у будущего ребенка включает определение ДНК, выделенной из биоптата ворсин хориона на 9–11 неделе беременности, либо исследование амниотической жидкости или плодной крови на более поздних сроках (20–22 неделе гестации) [2, 3, 4]. Дифференциальный диагноз проводится, в первую очередь, с другими типами мукополисахаридозов, альфаманнозидозом, поздними формами ганглиозидозов, муколипидозом, неинфекционным полиартритом, эпифизарными дисплазиями и другими редкими системными заболеваниями соединительной ткани и обмена веществ.

В лечении обоснован мультидисциплинарный подход с участием возможных медицинских специалистов, но чаще всего привлекаются невролог, генетик,

кардиолог, пульмонолог, гастроэнтеролог. Стандартом терапии синдрома Гурлера является трансплантация аллогенных гемопоэтических стволовых клеток, хотя стоит отметить, что метод является частично эффективным и сопряжен с массой осложнений [5].

В основе медикаментозного лечения лежит заместительный принцип и используется фермент ларонидаза, расщепляющий ГАГ, по 100 ЕД/кг внутривенно 1 раз в неделю, при этом начальная скорость введения составляет 2 ЕД/кг/ч, а далее повышается, в зависимости от самочувствия пациента каждые 15 мин., максимально – до 43 ЕД/кг/ч. Общее время введения в целом ограничивается 3-4 часами. Обязательным является введение препарата через порт-систему (порт инфузионный/инъекционный, имплантируемый, установка порта в центральную вену). Однако не стоит забывать об отсутствии проницаемости препарата через гематоэнцефалический барьер, что не обеспечивает в перспективе сохранность функции центральной нервной системы [6]. Успех аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, приводящей к эндогенному обеспечению недостающим ферментом всех тканей и органов, существенно зависит от возраста ребенка на момент трансплантации. Генно-инженерная терапия, продемонстрировав неплохие результаты пока на животных моделях, позволяет надеяться на успешные отдаленные результаты и у детей [7].

Дополнительная терапия зависит от конкретных клинических проявлений и включает коррекцию поведения (психотропные препараты, нейролептики, ноотропы), лечение судорожного синдрома (антиконвульсанты разных групп), артериальной гипертензии (ингибиторы АПФ, ингибиторы кальциевых каналов), сердечной недостаточности (альфа- и бета-адреноблокаторы, диуретики), в случае тяжелого поражения суставов используют антицитокиновые препараты (ингибитор фактора некроза опухолей, нестероидные противовоспалительные средства, а также, в случае необходимости, коррекционное ортопедическое либо хирургическое лечение [7, 8].

Предлагаемый для изучения клинический случай демонстрирует диагностические сложности, возникшие на этапе первого

полугодия жизни ребенка.

Валерий Ч., 2024 года рождения, г. Чита, родился от 1 поздней беременности (возраст матери – 46 лет), от биологического материала случайного донора методом экстракорпорального оплодотворения. Беременность протекала на фоне гестационной анемии, тяжелой преэклампсии, уреаплазмоза. Роды срочные оперативные на сроке 36 недель. При рождении: вес – 2 770 г, длина – 49 см, окружность головы – 32 см., оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов, при аускультации сердца выявлен сердечный шум. В родильном доме привит от вирусного гепатита В, от БЦЖ получен медицинский отвод. После рождения находился на лечении в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей в ГУЗ «Краевая детская клиническая больница» (далее – КДКБ) г. Читы с диагнозом: Внутритрунная инфекция уреаплазменной этиологии с поражением сердца. Белково-энергетическая недостаточность 1-2 степени. Недоношенность на сроке 36 недель. Состояние ребёнка средней степени за счёт синдромов сниженной нервно-рефлекторной возбудимости, сердечного шума, обменно-трофических нарушений. Обращали на себя внимание некоторые особенности внешности ребёнка: плоский и широкий нос, низко посаженные уши, воронкообразная грудная клетка, густые брови, нависающая верхняя губа, большой рот, при этом, на пояснично-крестцовой области у мальчика отмечались монголоидные пятна. В отделении пациенту проведен ряд обследований, по результатам которых выявлены врождённая аномалия развития костной системы: ребро Люшка (удвоение переднего отдела ребра в виде вилки), врождённый порок сердца: двухстворчатый аортальный клапан, атриовентрикулярное соединение 3-4 мм, дилатация всех камер, функционирующее овальное окно (ООО), функционирующий артериальный проток (ФАП), умеренная лёгочная гипертензия (СДЛА 49 мм рт. ст.), снижение показателей сократительной функции левого желудочка до нижней границы нормы. По поводу патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы консультирован кардиологом, рекомендованы каптоприл, фуросемид, левокарнитин в возрастных дозировках. В отделение патологии новорожденных и недоношенных детей ГУЗ

КДКБ мальчик доставлен в возрасте 6 суток жизни, продолжая вышеуказанную терапию.

На 14-ый день жизни отмечена отрицательная динамика в виде появления гемоколита, дыхательной, сердечной недостаточности (снижение сократительной способности сердца до 63%), анемии тяжёлой степени (Hb – 52 г/л, эритроциты $1,9 \times 10^{12}/л$), тромбоцитопении ($34 \times 10^9/л$), в связи с чем по жизненным показаниям, переведён в отделение реанимации и интенсивной терапии ГУЗ КДКБ с диагнозом: Неспецифический энтероколит (НЭК) 2 степени. Дилатационная кардиомиопатия неуточнённая. Недоношенность 36 недель. При этом пациенту назначено полное парентеральное питание, к лечению добавлены фосфомицин, ванкомицин, со слабopоложительным эффектом. На 6 день течения НЭК отмечена отрицательная динамика со стороны желудочно-кишечного тракта в виде диареи (продолжена голодная пауза, антибактериальная терапия препаратами резерва), со стороны сердечно-сосудистой системы: снижение сократительной способности левого желудочка до 56%, появления лихорадочного синдрома, при этом четко наметилось усиление процесса дилатации всех полостей сердца, и при повторном осмотре кардиологом дополнительно с кардиопротективной целью рекомендован фосфокреатин. При обследовании на внутриутробные инфекции в моче и крови выделена *Ureaplasma parvum*.

На 15-16 дни жизни с заместительной целью проведены трансфузии эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы, осуществлена смена антибактериальной терапии на линезолид, амикацин, цефуроксим. Помимо этого ребенок получал ингибиторы АПФ (каптоприл 3 мг/кг), альфа, бета-адреноблокаторы (карведилол 3 мг/кг), петлевые диуретики (фуросемид 2–5 мг/кг). На фоне, наконец, отмечена положительная динамика в виде купирования воспалительных симптомов в кишечнике, существенно улучшились показатели периферической крови, однако сохранялись патологические изменения со стороны сердца в виде прогрессирования дилатационной кардиомиопатии со снижением функциональной способности левого желудочка.

На 42 день жизни пациент переведён в отделение раннего возраста ГУЗ КДКБ, где

продолжал обследование и лечение. По результатам нейросонографии выявлены атрофические изменения головного мозга, признаки неактивной гидроцефалии – расширение наружных ликворных пространств. Обращали на себя внимания и некие особенности поведения: длительные эпизоды фиксации взгляда в одной точке, либо не менее длительные периоды пронзительного визгливого крика без отчетливых причин. В процессе роста и развития фенотипические черты, характерные для мукополисахаридоза 1 типа, у ребенка становились более отчетливыми, и, с учетом наличия монголоидных пятен на пояснично-крестцовой области, они расценены как национальные особенности внешности, однако версия о возможности течения у пациента болезни накопления обсуждалась, в связи с чем проконсультирован генетиком, которым, в свою очередь, заподозрен генетический синдром.

Выставлен окончательный диагноз: Генерализованная ВУИ уреаплазменной этиологии с поражением сердца, желудочно-кишечного тракта, головного мозга. Реципиент препаратов крови. ООО. ФАП. ВАР рёбер – ребро Люшка. ВПС-двухстворчатый аортальный клапан. Недоношенность 36 недель. Генетический синдром неуточнённый? Пациент консультирован с Федеральными клиниками страны. Получено приглашение на обследование в НМИЦ Здоровья детей г. Москвы по достижению 6 месяцев жизни, где по данным энзимодиагностики и результатам молекулярно-генетического исследования диагностирован синдром Гурлера (мукополисахаридоз 1 типа). Для решения вопроса о трансплантации костного мозга ребёнка перевели в НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачёвой, где рекомендовано проведение ферментозамещающей терапии. В возрасте 7 месяцев в ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет» имплантирован периферический центральный венозный катетер и введена первая доза препарата Ларонидаза, патологических реакций на применение фермента не получено.

В дальнейшем ребёнок до 11 месяцев жизни неоднократно проходил лечение в ГУЗ КДКБ г. Читы с основным диагнозом: Мукополисахаридоз 1 типа. Кардиомиопатия,

дилатационный фенотип. XCH 2A, ФК 2 по Ross. Сведения о заболевании ребёнка мамой самостоятельно направлены в НИИ Хадасса страны Израиль. Получено согласие на проведение трансплантации костного мозга. Денежные средства для высокотехнологичной терапии собраны при помощи благотворительного фонда «Алёша». Параллельно больному предложено экспериментальное лечение в клинике Сан-Раффаэле г. Милана, куда приглашены 8 детей со всего мира с описываемой патологией для проведения новейшей генно-инженерной терапии, где ребёнок наблюдается по настоящее время, результаты технологий нам пока неизвестны.

Представленный клинический случай демонстрирует классическое течение МПС I – синдрома Гурлера с характерными фенотипическими признаками и поражением органов и систем, в особенности сердца, чем и определился в данном случае прогноз заболевания. Случай напоминает о важности профессиональной настороженности врачей различных специальностей в отношении орфанных заболеваний, необходимости фиксации внимания на необычные особенности внешности и поведения ребенка с целью ранней диагностики и возможности вмешательства в патологический процесс для предотвращения, либо приостановки необратимых жизнеугрожающих изменений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Клинические рекомендации – Мукополисахаридоз 1 типа у детей – 2019–2020–2022 (08.07.2019) – Утверждены Минздравом РФ.
2. Arunkumar N., Langan T.J., Stapleton M. et al. Newborn screening of mucopolysaccharidoses: past, present, and future. *J Hum Genet.* 2020 Jul; 65 (7) : 557–567. doi: 10.1038/s10038-020-0744-8.
3. Thomas D.C., Sharma S., Puri R.D., et al. Lysosomal storage disorders: Novel and frequent pathogenic variants in a large cohort of Indian patients of Pompe, Fabry, Gaucher and Hurler disease. *Clin Biochem.* 2021 Mar; 89: 14–37. doi: 10.1016/j.clinbiochem.2020.12.002.
4. Donati M.A., Pasquini E., Spada M. et al. Newborn screening in mucopolysaccharidoses. *Ital J Pediatr.* 2018 Nov 16; 44 (Suppl 2) : 126. doi: 10.1186/s13052-018-0552-3.
5. Gentner B., Tucci F., Galimberti S., at all. Hematopoietic Stem- and Progenitor-Cell Gene Therapy for Hurler Syndrome. *N Engl J Med.* 2021 Nov 18; 385 (21): 1929–1940. doi: 10.1056/NEJMoa2106596.
6. Spataro F., Viggiani F., Macchia D.G. et al. Novel approach to idursulfase and laronidase desensitization in type 2 and type 1 S mucopolysaccharidosis (MPS). *Orpha net J Rare Dis.* 2022 Nov 3; 17 (1): 402. doi: 10.1186/s13023-022-02556-7.
7. Kido J., Sugawara K., Nakamura K. Gene therapy for lysosomal storage diseases: Current clinical trial prospects. *Front Genet.* 2023 Jan 13; 14: 1064924. doi: 10.3389/fgene.2023.1064924.
8. Vuchinskaya N., Isupova E., Anastasia O. et al. Evaluation of etanercept (a tumor necrosis factor alpha inhibitor) as an effective treatment for joint disease in mucopolysaccharidosis type I. A case report with whole-body magnetic resonance imaging. *Front Med (Lausanne).* 2024 Jan 19; 10: 1252704. doi: 10.3389/fmed.2023.1252704.

УДК 616.24-002.17

¹Пашкевич А.В., ²Белякова Е.А.

НАСКОЛЬКО ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МОЖЕТ БЫТЬ ПУЛЬМОНИТ?

¹ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

²Государственное автономное учреждение здравоохранения «Забайкальская краевая клиническая больница» (и.о. главного врача Ю.Н. Зверочкина)

Введение.

Гиперчувствительный пневмонит (ГП) – воспалительное и/или фиброзирующее заболевание легочной паренхимы и мелких дыхательных путей, возникающее у предрасположенных лиц в результате иммуноопосредованной реакции на ингаляционные антигены [4]. ГП развивается у предрасположенных лиц после повторных воздействий антигена. Этиотропные антигены представляют собой широкий спектр веществ,

способных вызывать иммунный ответ организма. К ним относятся: антигены грибковой природы, различные микроорганизмы, антигены животного происхождения, антигены птиц, низкомолекулярные неорганические химические соединения, фармакологические препараты [4]. Контакт с данными антигенами может происходить в различных условиях: в домашней среде, на рабочем месте, в других местах пребывания пациента. Примечательно, что в значительной части случаев источник воздействия этих антигенов остается неустановленным, что создает определенные сложности для диагностики. ГП преимущественно диагностируется у пациентов в возрасте 50–60 лет, однако заболевание может развиваться и в более молодом возрасте, включая детский [5]. Эпидемиологические показатели ГП демонстрируют значительную вариабельность в зависимости от региона: в общей популяции частота встречаемости колеблется от 0,3 до 0,9 случаев на 100 000 населения. При этом в группах повышенного риска данный показатель может достигать значительно более высоких значений – до 54,6 случаев на 100 000 населения [4, 5]. Такая вариабельность распространенности заболевания обусловлена различными факторами риска, характерными для определенных территорий и профессиональных групп, а также особенностями экспозиции к этиологическим агентам.

В современной классификации гиперчувствительного пневмонита выделяют две основные формы заболевания, которые различаются по длительности патологического процесса. Острая форма характеризуется продолжительностью менее 6 месяцев, в то время как хроническая форма диагностируется при длительности заболевания более 6 месяцев [3]. Эти формы имеют существенные различия в клинико-рентгенологической картине, что отражает особенности течения патологического процесса. Что касается хронической формы заболевания, то в настоящее время принято выделять два ее варианта: фибротический и нефибротический. Такое разделение основывается на оценке преобладающих патологических изменений, которые определяются при проведении высокоразрешающей компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки или в

результате гистологического исследования биоптатов легочной ткани. Данная классификация особенно важна, поскольку имеет прямую корреляцию с прогнозом заболевания и определяет дальнейшую тактику ведения пациента.

Подозрение на ГП должно возникать при наличии у пациента характерных клинических проявлений, включающих рецидивирующие респираторные симптомы после контакта с предполагаемым антигеном. При физикальном обследовании у таких пациентов выявляются специфические признаки: инспираторная крепитация, иногда сопровождающаяся сухими инспираторными «пищащими» хрипами при аускультации легких, а также отмечается снижение массы тела [2]. Для подтверждения диагноза гиперчувствительного пневмонита требуется комплексный подход к обследованию пациента. Диагностика основывается на анализе анамнеза с учетом данных о внешнем воздействии антигенов, результатах физикального осмотра, лабораторных исследований, высокоразрешающей компьютерной томографии органов грудной полости, функциональных тестов легких, патологоанатомического исследования биопсийного материала легочной ткани и цитологического анализа бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ). Для установления диагноза ГП необходимо наличие следующих критериев [1]: жалобы на одышку и/или кашель, двухсторонняя инспираторная крепитация в базальных отделах легких при аускультации, наличие в анамнезе контакта с предполагаемым антигеном или обнаружение сывороточных антител IgG к данному антигену, а также характерные изменения при проведении КТ органов грудной полости. В современной терапевтической практике пациентам с острой и хронической формами нефибротического гиперчувствительного пневмонита рекомендовано применение системных глюкокортикостероидов [1]. Данная терапия направлена на снижение риска прогрессирования заболевания и улучшение прогноза выживаемости пациентов. При прогрессирующем течении фибротической формы ГП показано назначение нинтеданиба. Этот препарат, являющийся ингибитором протеинкиназ, позволяет эффективно замедлить прогрессирующее снижение легочной функции у пациентов. Важно отметить, что применение

нинтеданиба может способствовать увеличению продолжительности жизни пациентов с прогрессирующим фиброзирующим течением заболевания по сравнению с плацебо [1].

Клиническое наблюдение.

Пациентка, 77 лет. Госпитализировалась в отделение пульмонологии ГАУЗ ЗККБ в плановом порядке для верификации диагноза в январе 2025 года. Предъявляла жалобы: на одышку (mMRC 2 балла), хронический кашель с отделением слизистой мокроты белого цвета, чувство заложенности в груди. Из анамнеза: страдает бронхиальной астмой (БА) с 2016 года, использует: ингаляции Будесонид + Формотерол 160/4,5 мкг по 2 вдоха 2 раза в день и по требованию. Вредные привычки: отрицает, не курила. Сопутствующие заболевания: ИБС. Стабильная стенокардия, сахарный диабет 2 типа, гипертоническая болезнь. Принимает терапию: амлодипин 5 мг, индапамид 2,5 мг, вилдаглиптин 25 мг. Аллергоанамнез не отягощен. Более 20 лет работала на птицефабрике, имела длительный контакт с курами. По КТ ОГК с 2019 года отмечаются признаки интерстициального заболевания лёгких с формированием легочного фиброза. По КТ ОГК от октября 2023 г. признаки интерстициального заболевания лёгких. Объективно: состояние удовлетворительное, индекс массы тела – 26,84 кг/м², температура тела – 36,6 °С, пульс – 80 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. ЧДД – 18 в минуту. Сатурация – 95% на окружающем воздухе. Аускультативно: дыхание жесткое, сухие единичные хрипы, инспираторная крепитация в нижних отделах легких. Контроль БА по АСТ 22 балла.

По данным лабораторных обследований: в общем анализе крови, мочи – без особенностей. Газовый состав крови: рН: 7,306. рСО₂ парциальное давление углекислого газа: 46,9. рО₂ парциальное давление кислорода: 56,6. Общий анализ мокроты: серая, вязкая, слизистая, эозинофилы 6%. Биохимический анализ крови: С-реактивный белок – 0,43 г/л, глюкоза – 8,9 ммоль/л, креатинин – 86,3 мкмоль/л., мочевины – 5,6 ммоль/л. Микробиологическое исследование мокроты: Neisseria sicca: 105, Streptococcus oralis: 106, Streptococcus salivarius: 105. По ЭКГ: Синусовый ритм, на вдохе аритмия. Снижение процессов реполяризации перегородки,

передней стенки. По данным спирометрии: ЖЕЛ – 83% ФЖЕЛ – 77% ОФВ1 – 83% ПОСвд – 108%. Нарушения легочной вентиляции не зарегистрировано, на фоне нормальных показателей ЖЕЛ. На серии контрольных компьютерных томограмм ОГК, в сравнении с данными от 2023 года, без динамики (рис. 1, 2). Легкие расправлены, с двух сторон на всем протяжении легких в субплевральных отделах отмечаются выраженные фиброзные изменения. На этом фоне с двух сторон определяются буллезные полости, справа – единичные, размерами до 11 мм, слева – множественные, преимущественно в нижних отделах до 16 мм. Также в задних и базальных отделах нижних долей визуализируются мелкие тракционные бронхоэктазы, участки формирования "сотого легкого". Очагов и инфильтративных изменений не выявлено. Бронхи проходимы. Легочный рисунок неизменен. Корни структурные. Средостение не смещено, в средостении определяются множественные парааортальные, паратрахеальные лимфоузлы до 10 мм в поперечнике. Заключение: без динамики, в сравнении с данными от 2023 года. Интерстициальное заболевание легких. Умеренная лимфаденопатия средостения.



Рис. 1 Компьютерная томография органов грудной клетки пациентки

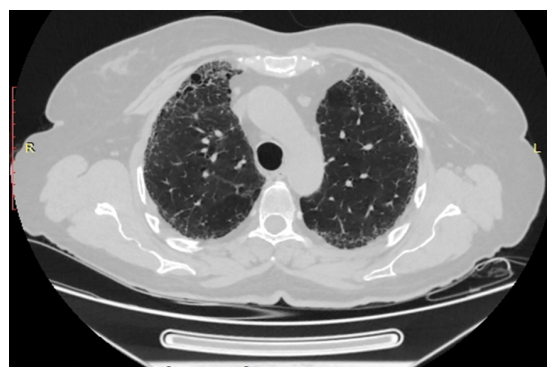


Рис. 2 Компьютерная томография органов грудной клетки пациентки

Пациентке был выставлен диагноз: Основное заболевание. МКБ-10: J84.8. Другие уточненные интерстициальные легочные болезни. Хронический гиперсенситивный пульмонит с непрогрессирующим фиброзным фенотипом. Фоновые заболевания. МКБ-10: J45.8. Смешанная астма. Бронхиальная астма, смешанный вариант, средней степени тяжести, частично контролируемая, ремиссия. Осложнения. ДН 0 (ноль) ст. Диагноз был согласован с ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России и было рекомендовано назначение антифибротической терапии. Пациентке был назначен Нинтеданиб 150 мг по 1 таб. 2 раза в день во время еды утром и вечером и даны рекомендации по дальнейшему наблюдению и лечению.

Заключение.

Гиперчувствительный пневмонит представляет собой серьезное заболевание, требующее повышенного внимания со стороны медицинских специалистов. Своевременная диагностика и адекватное лечение этого заболевания могут существенно повлиять на качество и продолжительность жизни пациентов. Раннее выявление специфических симптомов и факторов риска позволяет предотвратить развитие тяжелых осложнений и необратимых изменений в легочной ткани. Знание особенностей течения заболевания, его классификации и современных методов диагностики критически важно для практикующих врачей различных специальностей. Это позволяет своевременно заподозрить ГП и провести комплексное обследование пациента, что особенно актуально в условиях расширения спектра возможных этиологических факторов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Авдеев С.Н. Гиперчувствительный пневмонит / С.Н. Авдеев // Пульмонология. – 2021. – Т. 31. – № 1. – С. 88–99. – DOI 10.18093/0869-0189-2021-31-1-88-99.
2. Черняк Б.А. Гиперчувствительный пневмонит: от этиологии и патогенеза к диагностике и лечению / Б.А. Черняк, И.И. Воржева, И.Н. Трофименко // Фарматека. – 2021. – Т. 28. – № 5. – С. 17–31. – DOI 10.18565/pharmateca.2021.5.17-31.
3. Churg A. Hypersensitivity pneumonitis: new

concepts and classifications //Modern pathology. – 2022. – V. 35. – P. 15–27. – DOI 10.1038/s41379-021-00866-y.

4. Fernández Pérez E.R. Epidemiology of hypersensitivity pneumonitis among an insured population in the United States: a claims-based cohort analysis //Annals of the American Thoracic Society. – 2018. – V. 15, №. 4. – P. 460–469. – DOI 10.1513/AnnalsATS.201704-288OC.
5. Hanak V., Golbin J.M., Ryu J.H. Causes and presenting features in 85 consecutive patients with hypersensitivity pneumonitis //Mayo Clinic Proceedings. – Elsevier, 2007. – V. 82, №. 7. – P. 812–816. – DOI 10.4065/82.7.812.
6. Raghu G. Diagnosis of hypersensitivity pneumonitis in adults: an official ATS/JRS/ALAT clinical practice guideline //American journal of respiratory and critical care medicine. – 2020. – V. 202. – №. 3. – P. e36–e69. – DOI: 10.1164/rccm.v206erratum4.

УДК 616.9:616.34-002

Чупрова Г.А., Емельянова А.Н., Калинина Э.Н., Пономарева А.А., Епифанцева Н.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗАВОЗНОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА Е

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения РФ (и.о. ректора, д.м.н., профессор Н.В. Ларёва)

Гепатит Е — воспалительное поражение печени, вызываемое вирусом гепатита Е. Существует не менее 8 генотипов вируса гепатита Е. Генотипы 1 и 2 были обнаружены только у человека. Генотипы 3–8 циркулируют среди некоторых видов животных, включая свиней, кабанов и оленей, не вызывая у них заболевания. Описаны единичные случаи заражения людей генотипом 8 [1, 3, 5].

На территории Российской Федерации имеет место неравномерная циркуляция ВГЕ, что подтверждается различной частотой обнаружения антител к этому вирусу у пациентов в зависимости от региона. В мире гиперэндемичными зонами являются страны Южной Азии (Индия, Бангладеш), Юго-Восточной Азии (Индонезия, Таиланд, Вьетнам) и Центральной Азии (Казахстан, Таджикистан, Узбекистан), страны Северной, Восточной, Западной Африки (Алжир, Тунис,

Мексика) [1, 2, 4].

В Забайкальском крае ранее регистрировались единичные завозные случаи вирусного гепатита Е, поэтому наше клиническое наблюдение представляет интерес для практической деятельности.

Клинический случай.

Больной А., житель г. Читы, 1991 года рождения (33 года) обратился за медицинской помощью в ГУЗ Краевая клиническая инфекционная больница 11 декабря 2024 года с жалобами на повышение температуры тела до 39,5 °С, озноб, недомогание, ломоту в мышцах и суставах, общую слабость.

Анамнез заболевания: заболел остро 07.12.24 с повышения температуры тела до 38,5 °С, недомогания, озноба, ломоты в мышцах, общей слабости. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал амоксициллин, парацетамол, без положительной динамики. 10.12.2024 обратился в частный медицинский центр, выставлен диагноз – острая респираторно-вирусная инфекция, не исключается течение гриппа. Назначено лечение препаратами осельтамивир, трекрезан, жаропонижающая терапия. 11.12.2024 госпитализирован на стационарное лечение.

Из эпидемиологического анамнеза: Контакт с инфекционными больными отрицает. Проживает в благоустроенной квартире, воду пьет кипячёную. С 11.11.24 по 08.12.2024 находился в Королевстве Тайланд на острове Пхукет.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37, 1 °С. Кожные покровы бледно-розового цвета, чистые. Склеры обычные. На мягком небе единичные петехии. Зев не изменен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс – 84 удара в минуту. АД – 128/73 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову – 10 x 9 x 9 см. Стул, диурез без особенностей. Моча соломенно-желтого цвета.

Данные лабораторных исследований: ОАК от 11.12.24: Нб – 155 г/л, эритроциты – 5×10^9 л, лейкоциты – $2,04 \times 10^9$ л, тромбоциты – 60×10^9 л, моноциты – 12,9%, нейтрофилы – 33,8%, лимфоциты – 47%, эозинофилы – 5,9%; базофилы – 0,4%. ОАМ от 11.12.24: без патологических изменений.

Биохимический анализ крови от

12.12.2024: АЛТ – 46,82 Ед/л, АСТ – 28,89 Ед/л, билирубин общий – 8,34 мкм/л, креатинин – 82,34 мкм/л, мочевины – 4,74 ммоль/л, С-реактивный белок – 24 мг/л.

12.03.24: ПЦР (носоглоточный мазок) – РНК парагрипп, аденовирус, коронавирус NL63, 229Е, HCU-1, OC43, 2019-nCoV, риновирус, метапневмовирус, респираторно-синтициальный вирус, бокавирус – отрицательно.

Таким образом, у больного имеется лейкопения, тромбоцитопения, отсутствует синдром нарушения билирубинового обмена, определялся синдром цитолиза с незначительным повышением трансаминаз.

УЗИ органов брюшной полости: гепатоспленомегалия. Диффузные изменения паренхимы печени.

Учитывая данные эпидемиологического анамнеза, наличие синдрома интоксикации, синдрома экзантемы, лейкопении, тромбоцитопении выставлен предварительный диагноз: Острая респираторно-вирусная инфекция, ринофарингит, средней степени тяжести. Лихорадка Денге?

С учетом эпидемиологического анамнеза дополнительно к обследованию кровь методом ПЦР РНК Dengue virus.

16.12.2024 – в крови методом ПЦР РНК Dengue virus не обнаружена. Маркерограмма – анти-HAV IgM, G – отрицательно, HbsAg – отрицательно, анти-HCV IgM, G – отрицательно, анти-HEV IgM – положительно.

С учетом данных эпидемиологического анамнеза, интоксикационного, цитолитического синдромов, данных ультразвукового исследования, лабораторных данных выставлен клинический диагноз: Вирусный гепатит Е, безжелтушная форма, период разгара, средней степени тяжести.

На 8 день госпитализации пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Заключение.

Полиморфная клиническая картина, сочетающая в себе симптомы нескольких инфекционных заболеваний, значительно затрудняет диагностику, а при отсутствии настороженности у медицинских работников возможны диагностические ошибки. В случае развития синдрома цитолиза необходимо тщательно анализировать клиническую картину, не исключая возможности присутствия в организме больного и других гепатотропных

возбудителей, и своевременно проводить дифференциальную диагностику гепатитов.

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует сложности проведения дифференциальной диагностики безжелтушной формы вирусного гепатита E. Указанный клинический случай представляет клинический интерес как для врачей-инфекционистов, так и для врачей других специальностей с целью накопления данных об эпидемиологии и клинике вирусного гепатита E.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вирусный гепатит E / Н.И. Кузнецов, Е.С. Романова, Г.Ю. Старцева, Н.В. Златьева // Российский семейный врач. – 2019. – Т. 23. – № 4. – С. 13–18. <https://doi.org/10.17816/RFD18611>.
2. Каира А.Н. Особенности эпидемического процесса вирусных гепатитов А и Е в Российской Федерации / А.Н. Каира, О.А. Свитич // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. – 2021. – Т. 20, № 4. – С. 69–78. <https://doi.org/10.31631/2073-3046-2021-20-4-69-78>.
3. Duan B.F., Feng Y. Current knowledge on the epidemiology and detection methods of hepatitis E virus in China. Virol J. 2024 Nov 26; 21 (1) : 307. doi: 10.1186/s12985-024-02576-8. PMID: 39593111; PMCID: PMC11590246.
4. Man S., Fu J., Yang X., Ma Y., Bao H., Du J., Yu C., Lv J., Liu H., Li G., Li L., Wang B. Prevalence and Incidence of Hepatitis E Infection in China. Clin Gastroenterol Hepatol. 2024 Aug 22:S1542-3565(24)00760-2. doi: 10.1016/j.cgh.2024.07.026.
5. Ouyang G., Pan G., Li Q., Li S., Liu T., Yi X., Liu Z. Global burden of acute hepatitis E between 1990 and 2019 and projections until 2030. Liver Int. 2024 Jun; 44 (6) : 1329–1342. doi: 10.1111/liv.15883. Epub 2024 Mar 1.

ИНФОРМАЦИЯ

ХII КОНФЕРЕНЦИЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ, ОНКОГИНЕКОЛОГОВ И ОНКОЛОГОВ ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ С ВСЕРОССИЙСКИМ УЧАСТИЕМ «ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ В ХХI ВЕКЕ: ОТ МЕНАРХЕ ДО МЕНОПАУЗЫ»

Конференция акушеров-гинекологов, онкогинекологов и онкологов Забайкальского края с Всероссийским участием «Здоровье женщины в ХХI веке: от менархе до менопаузы» состоялась 14-15 мая 2025 года, её организаторами явились Читинская государственная медицинская академия, Краевая общественная организация «Забайкальское общество акушеров-гинекологов (ЗОАГ)», Региональная общественная организация «Онкологическое общество Забайкалья», Ассоциация медиков «Забайкальская медицинская палата», Министерство Здравоохранения Забайкальского края. Конференция проходила в очном формате с видеотрансляцией, научная программа включала лекции и мастер-классы профессорско-преподавательского состава медицинских вузов России, главных специалистов Минздрава России в ДФО и Забайкальского края по акушерству, гинекологии и репродуктивному здоровью женщин, организаторов здравоохранения Забайкальского края, практических врачей.

Основной задачей данного образовательного мероприятия было формирование единых подходов и междисциплинарного взаимодействия при оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» и «онкология». В конференции приняли участие 160 врачей акушеров-гинекологов, онкологов и онкогинекологов, преподавателей и ординаторов ЧГМА.

На торжественном открытии конференции были вручены Почетные грамоты Минздрава Забайкальского края, Благодарственные письма и персональные памятные статуэтки «За верность профессии» от Забайкальского общества акушеров-гинекологов врачам – акушерам-гинекологам: заведующей отделением «Центр охраны здоровья семьи и репродукции» ГБУЗ «Забайкальский краевой

перинатальный центр» Кравцовой О.В., заведующей женской консультацией ГУЗ «Читинская ЦРБ» Веселковой И.Ю., заведующей родильным отделением ГУЗ «Агинская ЦРБ» Барадиевой М.Б., заведующей женской консультацией ГУЗ «Городская клиническая больница № 2» Жалсаповой Б.Б., врачам – акушерам-гинекологам ГАУЗ «Клинический медицинский центр г. Читы» Беляйкиной И.М., Гончаровой Н.А.

Тема заседаний первого дня конференции: «Актуальные вопросы предрака и опухолей репродуктивных органов женщины в различные периоды жизни с позиций междисциплинарного взаимодействия: единство гинекологии и онкогинекологии». Пленарные доклады сделали главные внештатные специалисты Минздрава Забайкальского края по акушерству и гинекологии Брум О.Ю. «Проблемы акушерско-гинекологической службы Забайкальского края» и «Забайкальский краевой перинатальный центр» и по онкологии Горбачева О.Н. «Проблемы онкологической службы Забайкальского края. Опухоли женских репродуктивных органов», в которых дали глубокий анализ основных показателей работы, четко сформулировав первоочередные задачи для решения основных региональных проблем в свете поставленных Правительством РФ целей.



Актуальные проблемы клинической практики и междисциплинарного взаимодействия были освещены в докладах профессора Меских Е.В. (Москва) «ДДМЖ. Гормональная нестабильность и рентгенологическая плотность как факторы

риска МЖ», «По следам клинических рекомендаций: категории BIRADS, алгоритмы обследований и маршрутизации пациентов, принципы лекарственной коррекции различных состояний и заболеваний», профессора Белокриницкой Т.Е. (Чита) «Доброкачественные образования яичников: алгоритмы ведения пациенток разных возрастных групп», «Молочная железа как орган-мишень гормонов: деятельность акушера-гинеколога с позиции онкорисков и онкопрофилактики», профессора Красильникова С.Э. (Новосибирск) «25-летний опыт лечения атипической гиперплазии эндометрия: как не допустить ошибок в диагностике и лечении патологии эндометрия?», «Пограничные опухоли яичников: междисциплинарный консенсус», «Дисплазия шейки матки и беременность», «Рецидивы дисплазии и рака шейки матки. Диагностика и своевременные подходы к лечению», д.м.н. доцента Каюковой Е.В. «Дифференциальная диагностика HSIL и рака шейки матки: вызовы для врача». После всех докладов участники активно задавали вопросы, на которые получали ответы от модераторов акушеров-гинекологов и онкологов. А финальная дискуссия и обсуждение совместных алгоритмов ведения пациентов стали очень серьезным и конструктивным междисциплинарным диалогом.



Тема заседаний второго дня конференции: «Междисциплинарный подход к решению проблемы пролиферативных заболеваний женских половых органов», в рамках которой прошли интерактивные лекции, тренинги, клинические разборы в Забайкальском краевом онкологическом

диспансере (ГУЗ ЗКОД). Лекцию «Диагностика заболеваний молочных желез: методики пальпации и распространенные ошибки», разборы клинических случаев с демонстрацией пациентов представила Кривошеева И.А. – заведующая хирургическим отделением опухолей молочных желез ГУЗ ЗКОД. Захарова Н.И. – заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи ГУЗ ЗКОД, к.м.н. провела междисциплинарный клинический разбор запущенных случаев рака шейки матки в Забайкальском крае за 2024 г., в котором активно участвовали врачи онкогинекологи и акушеры-гинекологи и по «горячим следам» совместно решили ряд организационных вопросов. Семинары и тренинги «Аспирационная биопсия эндометрия: показания, условия, техника», «Забор материала и приготовление мазка для цитологического исследования: техника, девайсы и ошибки, снижающие информативность материала» провела Добросовестнова С.В. – врач акушер-гинеколог ГУЗ ЗКОД.

При подведении итогов конференции участники мероприятия поблагодарили организаторов конференции, докладчиков, модераторов за очень полезную и актуальную информацию, отметив, что постоянный междисциплинарный диалог важен для повышения качества и своевременности оказания медицинской помощи, повышения приверженности пациенток к лечению. По итогам конференции запланированы разработка информационных писем и региональных алгоритмов ведения пациенток с пролиферативными заболеваниями органов репродуктивной системы.

*Президент ЗОАГ, профессор
Белокриницкая Т.Е.;*

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

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

V НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК»

С 13 по 16 мая 2025 состоялась V Научно-практическая конференция с международным участием «Здоровый ребенок». Организаторами проведения конференции выступили ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, Министерство здравоохранения Забайкальского края, Региональное отделение Общероссийской общественной организации «Союз педиатров России» в Забайкальском крае, Забайкальская региональная общественная организация «Профессиональные медицинские специалисты».

Цель проведения конференции – сформировать у медицинских работников компетентностный подход к решению актуальных вопросов наиболее распространенных заболеваний детского возраста, профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в медицинских организациях педиатрического профиля для дальнейшего использования в повседневной практике, современным алгоритмам диагностики, лечения, методам профилактики и реабилитации.

В конференции приняли участие 484 человека, из них 53 представляли Китай, Монголию, Белоруссию, Узбекистан. Среди специалистов отмечены врачи педиатры, пульмонологи, аллергологи-иммунологи, гастроэнтерологи, кардиологи, инфекционисты. В работе конференции приняли участие 196 специалистов среднего медицинского персонала. За 4 дня работы конференции проведено 15 заседаний и симпозиумов. сделано 60 докладов, представлены 10 мастер-классов.

С приветственным словом к участникам обратилась проректор по постдипломному образованию и развитию регионального здравоохранения ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, д.м.н., профессор О.В. Серебрякова.

На пленарном заседании «Актуальные проблемы сохранения здоровья детей» доклад, посвященный состоянию здоровья детского населения Забайкальского края, представила заместитель начальника отдела охраны материнства и детства Минздрава Забайкальского края Е.В. Буянова. Состояние здоровья и развитие общества во многом

определяется уровнем здоровья подростков, формирующих демографический резерв, культурный, интеллектуальный и профессиональный потенциал страны. В докладе главный внештатный акушер-гинеколог Минздрава Забайкальского края, заместитель главного врача ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр» О.Ю. Брум акцентировала внимание на состоянии репродуктивного здоровья подростков с точки зрения прогноза демографической ситуации в регионе, здоровья будущих беременных и родильниц, а также рожденных ими детей. Принципы, этапность и возможности медицинских организаций региона в части реализации реабилитационных программ для детского населения охарактеризовала заместитель главного врача по лечебной работе ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Читы» Е.В. Петрова. На основании изложенных основных показателей состояния здоровья детей и подростков участники конференции обсудили важность своевременной диагностики, полноценного лечения и реабилитации детей с отклонениями в состоянии здоровья, а также совершенствования профилактических мероприятий среди детского населения региона.

Проявленный интерес участников конференции к секционному заседанию «Рациональное питание – основа здоровья детей» обусловлен особой важностью вопросов правильного питания детей разного возраста. По данной проблеме выступили заведующая Щигровским филиалом ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж» (г. Курск) М.В. Копылович; к.м.н., доцент Н.В. Левченко; к.м.н., доцент Н.М. Щербак; доцент кафедры педиатрии лечебного и стоматологического факультетов к.м.н. С.А. Чаванина; к.м.н. И.Г. Каргина; аспирант кафедры поликлинической педиатрии Н.О. Летова.

Обширную информацию получили участники конференции из серии докладов, посвященных интересным случаям из практики. Доцент, к.м.н. Е.П. Батаева от коллектива авторов, сотрудников ГУЗ КДКБ, познакомила слушателей с двумя клиническими наблюдениями. Представила редкий случай системной микроангиопатии при синдроме Вегенера с поражением почек, сердца, глаз, суставов, кишечника и других органов у девочки 15 лет. Провела анализ диагностической и лечебной тактики ребенка

грудного возраста с мукополисахаридозом I типа (синдром Гурлера), наблюдавшимся в течение нескольких месяцев в отделении раннего возраста ГУЗ КДКБ. К.м.н. А.А. Бабкин обобщил современные данные об орфанном заболевании ганглиозидозе GM2 (болезнь Тея-Сакса, вариант В, тип I) на примере пациента, происходящего из бурятской народности. К.м.н., доцент Н.В. Левченко уделила внимание редкой аномалии – aberrантной поджелудочной железе. Об этиологии, клинических проявлениях и терапии дефицита лизосомной кислой липазы рассказала к.м.н., доцент Н.Г. Попова.

Симпозиум об актуальных проблемах аллергических заболеваний и вакцинопрофилактики в практике врача педиатра включал доклады о взаимосвязи и взаимовлиянии ОРВИ и аллергических заболеваний, принципах комплексной медикаментозной терапии (д.м.н., профессор И.К. Богомолова); частой причине пищевой сенсibilизации, вплоть до анафилаксии – аллергии на белок куриного яйца, с разбором тактики ведения данных пациентов перед и после вакцинации (врач аллерголог-иммунолог ГУЗ ДКМЦ О.В. Бутина); догоняющей вакцинации лиц с разным вакцинальным статусом (к.м.н. А.А. Бабкин); приверженности детей ингаляционным средствам доставки базисной терапии бронхиальной астмы (д.м.н., доцент Н.Л. Потапова, Н.О. Летова); формировании пищевой толерантности у детей раннего возраста (к.м.н., доцент Н.М. Щербак).

На симпозиуме, организованном компанией «АстраЗенека», рассмотрены современные принципы персонализированного выбора терапии бронхиальной астмы у детей с позиции достижения контроля над заболеванием. С докладами выступили д.м.н., профессор И.К. Богомолова и к.м.н. А.А. Бабкин.

Обсуждение современных проблем детской гастроэнтерологии началось с доклада д.м.н., профессора В.А. Щербака о вирусных диареях у детей. В логичной последовательности прозвучали доклад к.м.н., доцента Е.В. Андреевой о современных методах профилактики обезвоживания у детей с ротавирусным гастроэнтеритом в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи. Интерес вызвал доклад к.м.н., доцента Н.М. Щербак, освещающий современные знания о микробиоте, как отдельном

метаболическом органе, где происходит не только пищеварение, но и защита в случаях неблагоприятного воздействия антибиотикотерапии, аллергического воспаления, кишечных инфекций, что особенно важно для детей раннего возраста.

Весьма актуальным в свете нарастающего распространения факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у трудоспособного населения страны прозвучал доклад к.м.н., доцента кафедры факультетской терапии Н.В. Муха, посвященный нарушениям липидного обмена. Наталья Вячеславовна обратила особое внимание на важность настороженности педиатров по данной проблеме и проведения своевременного диагностического поиска у детей и подростков для ранней диагностики и полноценного лечения. С большим интересом участники конференции слушали доклад к.м.н., доцента кафедры факультетской терапии Е.В. Рациной о современных представлениях о «некомпактном» миокарде», в продолжение которого к.м.н., ассистентом кафедры факультетской терапии Н.В. Фетисовой представлен клинический случай прогрессирующей сердечной недостаточности у молодого мужчины на фоне верифицированного «некомпактного» миокарда. С докладом, посвященном витаминотерапии – одному из инструментов обеспечения жизнедеятельности и улучшения качества жизни ребенка выступила д.м.н., профессор И.К. Богомолова.

Программа конференции включала междисциплинарный симпозиум «Диагностический поиск в практике врача педиатра». В докладе к.м.н., доцента И.И. Петрухиной и к.м.н., доцента О.Г. Максимовой рассмотрены вопросы дефицита соматотропного гормона и значимость проведения диагностических проб у детей с низким ростом для исключения гипопитуитаризма. Обширную информацию получили участники из доклада к.м.н., доцента кафедры госпитальной терапии и эндокринологии Д.М. Серкина о инновационных возможностях программ активного скрининга, направленного на максимально раннюю диагностику и выявление факторов риска предрасположенности к развитию сахарного диабета 1 типа, поскольку вовремя начатое лечение и изменение образа жизни позволят сохранить здоровье и избежать

возникновения инвалидизирующих осложнений.

Впервые в рамках конференции «Здоровый ребенок» в онлайн-формате проведен международный междисциплинарный симпозиум, посвященный актуальным вопросам педиатрической практики. В работе симпозиума, наряду с молодыми учеными и представителями педиатрического сообщества Читинской государственной медицинской академии, приняли участие 40 сотрудников Цицкарского медицинского университета (Цицкар, КНР), из числа руководителей и специалистов, оказывающих медицинскую помощь детям, а также научные сотрудники Монгольского медицинского университета (Улан-Батор, Монголия). Участники заслушали доклады о принципах рационального питания детей в наших странах, поделились опытом оказания помощи недоношенным детям, обсудили современные подходы к лечению заболеваний органов пищеварения и нервной системы. В ходе дискуссионной площадки отмечен проявленный интерес участников симпозиума, подчеркнута важность таких встреч, высказана надежда на продолжение и развитие научно-практического сотрудничества наших стран.

Искренний интерес и внимание вызвало пленарное заседание «Педиатрический факультет: прошлое, настоящее, будущее», посвященное историческим вехам становления педиатрической науки в Забайкальском крае. Участниками стали не только сотрудники, представители профессорско-преподавательского состава, но и ветераны педиатрической службы региона, посвятившие свою многолетнюю работу спасению жизней и сохранению здоровья маленьких пациентов. Доклады об истории, современных достижениях и перспективах развития педиатрии Забайкалья, обширно иллюстрированные уникальными фотографиями, представили д.м.н., профессор В.А. Щербак; к.м.н., доцент Н.В. Левченко; к.м.н., доцент О.Г. Максимова; к.м.н., доцент И.И. Петрухина; к.м.н., доцент А.Б. Долина.

Логичным продолжением пленарного заседания послужило профориентационное мероприятие – конкурс молодых ученых «Учеными не рождаются, учеными становятся», впервые проводимый для школьников, студентов, ординаторов и молодых врачей. Основная цель конкурса – привить

интерес к педиатрии, научить внимательно относиться к отклонениям в состоянии здоровья детей и закрепить осознанное отношение к поддержанию здорового образа жизни, как основополагающего компонента здоровья ребенка. 25 молодых ученых из г. Читы и г. Иркутска представили интересные клинические случаи и результаты собственных научных работ, проявили себя целеустремленными и ответственными исследователями. Строгое, непредвзятое жюри, в составе д.м.н., доцента Н.Л. Потаповой; к.м.н., доцента Н.В. Левченко; к.м.н. В.А. Михно, к.м.н.; доцента Н.М. Щербак под председательством к.м.н., доцента А.Б. Долиной отметило дипломами победителей работы А.П. Кравченко (443 группа), А.Д. Бубяшовой (447 группа), Л.Е. Нечаевой (449 группа), К.А. Куликовой (ординатор кафедры педиатрии лечебного и стоматологического факультетов) «Оценка физического развития детей с детским церебральным параличом» и С.С. Ивановой (ординатор кафедры педиатрии ФДПО) «Не каждая сыпь = аллергия!».

Интенсивная работа конференции проходила в спокойной и доброжелательной атмосфере. Врачи региона проявили интерес к новациям в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний у детей и подростков, обменялись опытом работы, обсудили проблемы, нуждающиеся в дальнейшем изучении и разрешении. По мнению участников, и, прежде всего, практических врачей, конференция прошла на высоком научном и профессиональном уровне, хорошо организована.

*Богомолова И.К. – председатель
регионального отделения Общероссийской
общественной организации «Союз педиатров
России» в Забайкальском крае, заведующая
кафедрой педиатрии лечебного и
стоматологического факультетов ФГБОУ ВО
ЧГМА Минздрава России, д.м.н., профессор;
Долина А.Б. – декан педиатрического
факультета, заведующая кафедрой педиатрии
ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, к.м.н.,
доцент;
Соловьева Ю.Г. – заведующая кафедрой
иностранных языков ФГБОУ ВО ЧГМА
Минздрава России, к.ф.н., доцент*

МАТЕРИАЛЫ V НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК»

Батаева Е.П., Федосеева А.А.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

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

Гранулематоз с полиангиитом (ГПА, синдром Вегенера) — яркий представитель системных васкулитов (СВ), прогрессирующее заболевание системного характера с иммунологически опосредованным поражением артериол, венул, капилляров, мелких артерий и вен, изменяющих структуру и функциональное состояние органа, за кровоснабжение которого они отвечают, с соответствующими закономерными клиническими проявлениями. Заболевание отличается наличием антинейтрофильных цитоплазматических антител (ANCA — ассоциированный — аутоиммунные антинейтрофильные цитоплазматические антитела — а/т), причем? в отличие от других васкулитов, в сосудах образуются гранулемы — очаги продуктивного воспаления, похожие на узелки. В педиатрической практике ГПА существенно помолодели чаще стали дебютировать у детей пре- и пубертатного возраста с частотой 1 случай на 1 млн человек.

Почки — второй по частоте орган, задействованный в иммунопатологическом процессе при ГПА (75,4%) после легких (80%), причем, если здесь ребенок пережил острое повреждение почек (ОПП), протеинурию нефротического уровня даже без проявлений полного нефротического синдрома, сохраняющиеся более месяца, хронические морфологические изменения клубочков — все это является прогностически неблагоприятным фактом в отношении самого заболевания и функционального состояния органа. Итак, при ГПА страдают верхние (корки, язвы в носовых ходах с перфорацией и деформацией носовой перегородки, кровотечения), средние (ларингит, стеноз), нижние (пневмония) дыхательные пути, кожа (геморрагическая сыпь), глаза (увеит, конъюнктивит, склерит), суставы, мышцы, центральная нервная система, желудочно-кишечный тракт (язвы, эрозии) другие органы. Из лабораторных критериев специфическими признаны положительный тест на цитоплазматический тип антител — ANCA или антитела к миелопероксидазе (анти-МРО). Диагноз правомочен при обнаружении 5 и более критериев. Поражение почек выражается в полиангиите сосудов клубочков с развитием некротизирующего пауциммунного гломерулонефрита по данным биопсии. В клинической практике описывают нефритический, нефротический, изолированный мочевого синдромы, ОПП, быстро прогрессирующий гломерулонефрит, хроническую болезнь почек.

Представляем случай собственного клинического наблюдения. Алина К., 16 лет: в ноябре 2024 г. появились жалобы на насморк, светобоязнь, гиперемию конъюнктивы, лечились самостоятельно симптоматически, при этом отмечалась быстрая положительная динамика — катаральный синдром купировался. В декабре 2024 г. девочку стали беспокоить умеренные боли в плечевых, локтевых, коленных, голеностопных суставах. В начале января 2025 г. вновь появились катаральные симптомы, и 05.01.2025 после осмотра оториноларинголога и выполнения рентгенографии придаточных пазух носа девочка направлена на лечение в отделение оториноларингологии ГУЗ «Краевая детская клиническая больница» (ГУЗ КДКБ) с диагнозом: Острый гнойный гайморит справа, катаральный гайморит слева. На фоне терапии в связи с сохранением конъюнктивита, артралгий, появлением кожно-геморрагического синдрома — петехиальной сыпи на нижних конечностях, микрогематурии, умеренной протеинурии, анемии средней степени тяжести (Hb — 86,1 г/л, эритроциты — $1,94 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитоз до $14,76 \times 10^9/\text{л}$, ускорения СОЭ до 65 мм/ч, снижения уровня Fe^{++} до 6,2 мкмоль/л, повышения СРБ до 78,4 мг/л, также выраженных диффузных изменений паренхимы почек, печени, селезенки, поджелудочной железы по данным УЗИ, выставлен диагноз: Геморрагический васкулит? Системное заболевание соединительной ткани? Тубуло-интерстициальный нефрит? Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Подострый двусторонний конъюнктивит. Синдром сухого глаза. Рекомендовано дальнейшее обследование и лечение ребенка в кардиоэндокринологическом отделении ГУЗ КДКБ,

однако пациентка и родители от последующей госпитализации категорически отказались, и 20.01.2025 девочка отпущена домой. 22.01.2025. ребенок доставлен в центральную районную больницу, а далее – в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ГУЗ КДКБ в тяжелом состоянии за счет выраженных суставного, кожно-геморрагического (обильная экхиматозная сыпь с некрозами по всему телу), интоксикационного, отеочного, мочевого (макрогематурии, протеинурии), олигурического, астенического синдромов, фебрильной лихорадки, кератокоњунктивита, синдромов выраженных абдоминальных болей, гемоколита, фарингоалгии, эмоциональной лабильности.

Ребенок от III беременности на фоне анемии легкой степени, множественных миом, эндометриоза, II оперативных родов на сроке 39 недель с весом 3 980 гр, длиной 54 см, оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Период новорожденности протекал без особенностей. Привита по национальному графику. Перенесла ОРВИ, ветряную оспу. Наследственность неотягощена.

Посев крови выявил *Acinetobacterbaumannii* 104, компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки – признаки интерстициальной пневмонии, двусторонний малый гидроторакс, лимфаденопатию средостения, КТ головы – умеренные атрофические изменения головного мозга, пансинусит, ФГДС – эрозии верхней и средней трети пищевода, электрокардиография зарегистрировала нарушение реполяризации в миокарде, эхокардиография – трикуспидальную регургитацию 1-2 степени, прогиб передней створки митрального клапана с незначительной регургитацией, умеренное количество свободной жидкости в полости перикарда. При эхографическом исследовании внутренних органов отмечены уплотнение паренхимы печени, поджелудочной железы, селезенки, стенок желчного пузыря, повышенная пневматизация кишечных петель, снижение перистальтики, умеренное утолщение стенок кишечника в правых и левых отделах, большое количество свободной жидкости в нижних отделах брюшной полости, умеренное – в полости малого таза, увеличение мезентериальных лимфатических узлов. Обнаружены выраженные диффузные изменения паренхимы обеих почек, обеднение кровотока по ЦДК, повышение резистивных показателей кровотока на уровне сегментарных артерий справа и слева. Помимо этого, обнаружены/т к негативной (двуспиральной) ДНК Ig 24.30МЕ/мл – АЦЦП 1ЕД/мл.

В ОРИТ проведена антибактериальная, антимикотическая, противоязвенная, диуретическая, обезболивающая, антикоагулянтная, заместительная (трансфузия эритроцитарной массы, СЗП), дезинтоксикационная виды терапии. После стабилизации состояния пациентка переведена в отделение кардиоэндокринологии, где выявлены высокий титр АНЦА: (1:640) цитоплазматический тип (норма <1:40), а/т к протеиназе – 3: > 200 отн.ед/мл (N < 20), а/т к нуклеосомам.: 42,6 МЕ/мл (N < 20). Неоднократно консультирована со специалистами ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России г. Москва. С учетом анамнеза, клинических, инструментальных, лабораторных данных выставлен диагноз: Гранулематоз Вегенера, генерализованная форма. Генерализованное инфекционное заболевание, грибково-бактериальной этиологии. Хронический диффузный гломерулонефрит, хроническое течение, гематурическая форма. ХБП I стадии (СКФ 103 мл/мин). Подострый коњунктивит. Дополнительно с иммуносупрессивной целью назначены преднизолон 60 мг/с, иммуновенин в курсовой дозе 2 мг/кг, микофенолатамофетил 500 мг 2 раза в сутки внутрь.

На фоне проводимой терапии состояние больной с положительной динамикой, интенсивность перечисленных синдромов существенно уменьшилась, однако сохраняются макрогематурия и выраженные диффузные изменения паренхимы почек, по данным УЗИ. Проведенное после купирования болей и гемоколита эндоскопическое исследование выявило единичные очаги гиперемии слизистой кишечника, эрозию и белесоватые наложения в виде «капель сметаны» в верхней и средней трети пищевода. Девочка выписана с рекомендациями продолжить иммуносупрессивную терапию и повторной госпитализации через месяц.

Представленный клинический случай демонстрирует классическую полисистемность поражения органов, и ключом к верной диагностике заболевания явились распространенное тяжелое повреждение органов и систем, резистентное к стандартной противовоспалительной терапии, высокая активность острофазовых показателей крови и длительное, резистентное к терапии, поражение почек.

Богомолова И.К., Михно В.А., Перегоедова В.Н.,
Чаванина С.А., Нардина И.В., Бабкин А.А., Хамина Н.А.

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия

Одной из главных стратегических задач является сохранение и укрепление здоровья детей – будущего трудового, экономического, культурного, оборонного потенциала нашей страны. Основополагающий профилактический принцип – предупреждение угрозы здоровью.

Хорошо известно, что здоровье подрастающего поколения определяется комплексом социальных, средовых и биологических факторов, является результатом сложного взаимодействия с природой, окружающей социальной средой и образом жизни человека. Ведущими компонентами здорового образа жизни служат рациональный режим дня, сбалансированное питание, двигательный режим, физические упражнения на открытом воздухе, закаливающие процедуры, соответствующие возрасту ребенка, регулярное качественное медицинское обслуживание, благоприятные гигиенические и санитарно-бытовые условия, пример семьи и педагогов. Использование всех этих факторов создает благоприятные предпосылки для здорового образа жизни, сохранения и укрепления здоровья детей.

Зачастую дети не осознают значимость здоровья как необходимого условия жизни и нередко пренебрегают нормами заботы о своем здоровье, обеспечивая рост функциональных отклонений и заболеваний. Среди множества факторов риска, повышающих вероятность возникновения, развития и неблагоприятного исхода заболеваний, важное значение отводится так называемым первичным – связанным с отношением человека к своему образу жизни. Здоровый образ жизни несовместим с вредными привычками. Употребление алкоголя, других опьяняющих и наркотических веществ, активное и пассивное курение, вейпинг препятствуют здоровому образу жизни. Вредные привычки входят в число важнейших факторов риска многих заболеваний, негативно сказываются на состоянии здоровья детей, подростков и населения в целом.

Нарушения питания за счет избыточно калорийного или несбалансированного по белкам, жирам, углеводам, микро- и макроэлементам рациона наряду с гиподинамией способствуют патологическим отклонениям физиологических и биохимических систем. Негативный вклад в индивидуальное здоровье ребенка вносит психоэмоциональный стресс.

Здоровый образ жизни – устойчивый стереотип поведения человека, отражающий определенную жизненную позицию, направленный на укрепление и сохранение здоровья, обеспечение высокого уровня трудоспособности, достижение активного долголетия и основанный на выполнении норм, правил, требований личной и общественной гигиены. Формирование здорового образа жизни детей – одна из актуальных проблем современности. Воспитывать у детей отношение к здоровью как величайшей жизненной ценности, формировать чувство личной ответственности за него необходимо с раннего возраста. Здоровый образ жизни должен стать первейшей, неотъемлемой потребностью подрастающего поколения и на протяжении всей дальнейшей жизни.

¹Галашевская А.А., ²Почкайло А.С., ³Борисенко Т.Д.

ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ГРУППЫ
НАБЛЮДЕНИЯ

*¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО
«Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь;*

²УЗ «Минская областная детская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь;

³УЗ «1-я городская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Дети паллиативной группы наблюдения представляют собой особую категорию пациентов с высоким риском развития дефицита витамина D. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, гиповитаминоз D признан глобальной проблемой

здравоохранения, а среди детей с тяжелыми хроническими заболеваниями и ограниченными возможностями его распространенность в 2-3 раза превышает популяционные показатели. Ключевые факторы риска включают: гиподинамию (ограниченная подвижность и минимальная инсоляция из-за пребывания в помещении нарушают эндогенный синтез витамина D), нутритивные нарушения (дисфагия, наличие гастростомы и специализированные диеты – снижают поступление холекальциферола с пищей) и длительный прием лекарственных препаратов, нарушающих метаболизм витамина D (антиконвульсанты, глюкокортикостероиды и другие). Дефицит витамина D у данной группы ассоциирован не только с костно-мышечными заболеваниями (остеопороз, патологические переломы), но и с системными эффектами: подавлением врожденного иммунитета и повышением частоты острых респираторных инфекций. Это обосновывает необходимость рутинного мониторинга уровня 25(OH)D и персонализированной коррекции статуса обеспеченности витамином D.

Цель исследования. Оценить обеспеченность витамином D детей паллиативной группы наблюдения.

Материалы и методы исследования. Проспективное исследование проведено в Республиканском центре детского остеопороза, функционирующем на базе учреждения здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница». В исследование включено 250 пациентов, находящихся под паллиативным наблюдением, в возрасте от 2 до 18 лет (медиана возраста – 8,9 [5,1; 11,7] лет). Гендерное распределение: мальчики – 149 (59,6%), девочки – 101 (40,4%). Критерии включения: паллиативный статус; отсутствие острой инфекции на момент забора крови. Оценку обеспеченности витамином D проводили по уровню общего 25-гидроксивитамина D (25(OH)D) в сыворотке крови на основании следующих критериев: дефицит витамина D – при уровне 25(OH)D менее 20 нг/мл; недостаточность – 20–30 нг/мл; оптимальный уровень (норма) – 30–50 нг/мл; высокий уровень – 50–100 нг/мл, токсическая концентрация (гипервитаминоз D) – более 100 нг/мл. Статистический анализ полученных данных проведен с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 12.0. Количественные данные представлены в виде медианы и квартилей (Me [LQ25; UQ75]), а категориальные данные – в виде числа наблюдений и частоты в процентах (n (%)). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В общей когорте детей медиана уровня 25(OH)D в сыворотке крови составила 21,9 [14,9; 34,13] нг/мл при диапазоне значений от 2,3 до >160,0 нг/мл. Суммарно наличие дефицита и недостаточности витамина D зарегистрировано у 167 детей (66,8%). Корреляционный анализ продемонстрировал умеренную обратную связь между возрастом пациентов и уровнем 25(OH)D ($r_s = -0,34$; $p < 0,001$). Подобная связь может быть вероятным следствием большего внимания родителей и специалистов к проведению профилактических мероприятий у детей младших возрастных категорий. Статистически значимых различий в уровне витамина D между мальчиками и девочками не обнаружено ($U = 2641,5$; $p = 0,053$). В дальнейшем для оценки эффективности профилактического приема холекальциферола пациенты были разделены на две группы: группа 1 ($n = 113$; 45,2%) включала детей, получавших витамин D в дозировке 500–2000 МЕ/сутки не менее 3 месяцев на момент исследования, группа 2 ($n = 137$; 54,8%) – пациентов, не применявших витамин D до момента исследования. Ожидаемо, в группе 1 медиана 25(OH)D была значимо выше (31,6 [22,1; 41,4] нг/мл; диапазон: 12,5 – >160,0 нг/мл), чем в группе 2 (16,4 [11,0; 29,9] нг/мл; диапазон: 2,3 – 54,8 нг/мл; $U = 2641,5$; $p < 0,001$). В группе 1 распределение статуса обеспеченности витамином D было следующим: дефицит – у 13,3%, недостаточность – у 31,0%, норма – у 43,3%, высокий уровень – у 11,5%, гипервитаминоз – у 0,9% пациентов. В группе 2 преобладал дефицит витамина D (67,2%), за ним следовали недостаточность (18,2%), норма (13,1%) и повышенный уровень (1,5%) витамина D. Суммарно доля пациентов с уровнем 25(OH)D ниже 30 нг/мл в группе 1 составила 44,3%, в то время как в группе 2 этот показатель достиг 85,4%.

Выводы. Результаты исследования демонстрируют высокую распространенность дефицита и недостаточности витамина D среди детей паллиативной группы наблюдения, которая достигает 85,4% у пациентов, не получавших с профилактической целью препараты холекальциферола. При этом у детей с медикаментозной дотацией витамина D зафиксирован широкий диапазон концентраций 25(OH)D в сыворотке крови (12,5 – >160 нг/мл), отражающий вариабельность

ответа на прием холекальциферола. На основании полученных данных обоснована необходимость разработки персонализированных схем дозирования препаратов холекальциферола с учетом анамнеза и клинического статуса пациента, а также проведение регулярного лабораторного мониторинга уровня 25(ОН)D для своевременной коррекции доз и профилактики как гиповитаминоза, так и токсических эффектов избытка витамина D. Внедрение данных рекомендаций в клиническую практику позволит снизить риск осложнений, связанных с дисбалансом витамина D, в данной уязвимой педиатрической популяции.

¹Галашевская А.А., ²Почкайло А.С.

ЛИЗИНУРИЧЕСКАЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ БЕЛКА: ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ЛАБИРИНТ – ОТ ПЕРВЫХ СИМПТОМОВ ДО ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДТВЕРЖДЕНИЯ

*¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО
«Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь;
²УЗ «Минская областная детская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь*

Лизинурическая непереносимость белка (ЛБН, OMIM: 222700) – редкое аутосомно-рецессивное заболевание, обусловленное мутациями гена SLC7A7, приводящими к нарушению транспорта катионных аминокислот (лизина, аргинина, орнитина). Клиническая картина характеризуется непереносимостью богатой белком пищи, вторичными метаболическими нарушениями (гипераммониемия) и мультисистемными проявлениями (гематологические, неврологические, легочные, почечные, иммунные). Гетерогенность симптомов и редкость встречаемости заболевания, недостаточная осведомленность об орфанных заболеваниях врачей-специалистов часто затрудняют своевременную диагностику.

Цель исследования: представить клинический случай ЛНБ с поздней генетической верификацией, проанализировать диагностические трудности и динамику развития заболевания.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ случая ЛНБ у пациентки 17 лет с оценкой клинической динамики, лабораторных и инструментальных данных, результатов полного экзомного секвенирования.

Результаты. Девочка родилась от II беременности, II самостоятельных родов в сроке 40 недель (старшая сестра – здорова). Масса тела при рождении – 3 200 г, длина тела – 51 см, оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. На первом году жизни росла и развивалась соответственно возрасту; в физическом и нервно-психическом развитии не отставала от сверстников; находилась на грудном вскармливании до 1 года 6 месяцев. С 2-месячного возраста до 7 лет у ребенка отмечались частые острые респираторные инфекции (до 8–10 раз в год), с 6 месяцев – анемия легкой степени, тенденция к лейкопении, ускоренная СОЭ. В возрасте 1 года 8 месяцев диагностирован закрытый косой перелом средней трети левой бедренной кости со смещением (в 2 года произошел повторный перелом – в том же месте). В возрасте 1 года 10 месяцев девочка обследована на областном уровне, верифицирован диагноз: ВАМП: двусторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс 3 степени. Вторичный пиелонефрит, латентное течение. Гепатоспленомегалия. В биохимическом анализе крови отмечалось стойкое повышение активности лактатдегидрогеназы (1 080–1 282 Ед/л). В связи с сохраняющейся гепатоспленомегалией и изменениями в общем анализе крови (анемия, ускоренная СОЭ) девочка неоднократно обследована в республиканском онкогематологическом центре (данных в пользу наличия онкогематологической патологии не выявлено). С 3-летнего возраста девочка отказалась от употребления в пищу белковых продуктов животного происхождения. В возрасте 4-х лет ребенок впервые консультирован врачом-генетиком – наследственных дефектов метаболизма не выявлено. В 4 года 8 месяцев у девочки на фоне полного здоровья появилась вялость, сонливость, шаткость походки, неинтенсивная головная боль, снижение аппетита. В ходе обследования в стационарных условиях данное состояние расценено, как энцефалитическая реакция неуточненного генеза. Подобное состояние у девочки повторилось в возрасте 11 лет 8 месяцев, выставлен диагноз: Неуточненная рецидивирующая энцефалопатия. Назначен прием преднизолона в дозе 1 мг/кг/сут. с постепенной отменой в течение 4-х месяцев. На фоне приема преднизолона

девочку периодически стали беспокоить боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. При обследовании, по данным стандартной рентгенографии позвоночника, выявлены деформации тел грудных и поясничных позвонков за счет снижения высоты (преимущественно – в передних и средних отделах) с формированием характерной («рыбьей») формы. При магнитно-резонансном исследовании грудного и поясничного отделов позвоночника выявлены множественные компрессионные переломы грудных и поясничных позвонков. При двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии установлено снижение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в поясничном отделе позвоночника (Z-критерий: -4,7 SD) и во всем теле, за исключением головы (Z-критерий: -2,8 SD). Выставлен диагноз: Вторичный системный остеопороз. При оценке антропометрических показателей выявлена низкорослость (Z-score = -2,9 SD). В общем анализе крови отмечалась персистирующая лейкопения ($\min - 3,2 \times 10^9/\text{л}$), в биохимическом анализе крови – интермиттирующая гиперферритинемия ($\max - \text{до } 448 \text{ мкг/л}$), гиперфосфатемия ($\max - \text{до } 2,25 \text{ ммоль/л}$) на фоне нормальных значений общего кальция, паратиреоидного гормона, активности общей щелочной фосфатазы и уровня 25(OH)D. Сочетание этих отклонений с рецидивирующей энцефалопатией неясного генеза, низкорослостью и остеопорозом указывало на возможную генетическую природу патологии. Ребенок повторно проконсультирован врачом-генетиком. В рамках обследования проведен селективный скрининг на наследственные заболевания обмена веществ. Для исключения болезней накопления исследована активность лизосомных ферментов в лейкоцитах: значимые отклонения не выявлены; исключены болезнь Гоше, болезнь Фабри, альфа-маннозидоз, фукозидоз, метахроматическая лейкодистрофия. По результатам сухой пробы мочи наследственных нарушений обмена веществ также не обнаружено. При исследовании содержания аминокислот и ацилкарнитинов в образцах высушенной крови методом tandemной масс-спектрометрии (ТМС) выявлены неспецифические изменения профиля аминокислот: снижение в крови концентрации аргинина и фенилаланина, повышение – метионина и ацетилкарнитина; орнитин – на нижней границе референсных значений. Для уточнения диагноза через месяц проведено повторное исследование ТМС, в ходе которого диагностически значимых отклонений не обнаружено. Окончательная верификация диагноза стала возможной лишь в возрасте 17 лет благодаря проведению молекулярно-генетического исследования. По результатам анализа данных высокопроизводительного секвенирования (полный экзом) выявлены гетерозиготные миссенс-мутации в гене SLC7A7: c.571A > G (p.Lys191Glu) – вероятно патогенный вариант; c.692C > T (p.Ala231Val) – вариант неопределенной значимости. Выявление данных мутаций в гене SLC7A7 в сочетании с клиническим фенотипом позволило впервые за весь период наблюдения установить пациенту диагноз ЛНБ. Ретроспективный анализ анамнеза заболевания в контексте выявленных мутаций гена SLC7A7 позволяет связать ранние клинические проявления у пациента с фенотипом ЛНБ. У девочки с раннего возраста отмечалась манифестация ключевых диагностических критериев заболевания: избирательный отказ от белковой пищи, гепатоспленомегалия, гиперлактатдегидрогеназемия, низкоэнергетические переломы. Отсутствие характерных изменений в аминокислотном спектре крови, вероятно, обусловлено длительным, неосознанным пациентом, соблюдением низкобелковой диеты, что нивелировало метаболические нарушения, типичные для ЛНБ. Два эпизода энцефалопатии, интерпретированные ранее как «неуточненные», с высокой вероятностью были связаны с транзиторной гипераммониемией. Однако отсутствие целенаправленного исследования в остром периоде уровня аммиака и катионных аминокислот в крови (патогномоничные маркеры ЛНБ) затруднило своевременную диагностику.

Выводы. Описанный случай демонстрирует яркий спектр клинических проявлений ЛНБ, подтверждая гетерогенность фенотипа при этом редком метаболическом заболевании, а также подчеркивает ключевую роль молекулярно-генетической диагностики (полноэкзомное секвенирование) в своевременном подтверждении диагноза. При раннем остеопорозе, рецидивирующей энцефалопатии и избирательном отказе от белковой пищи целесообразно включение ЛНБ в дифференциальный диагноз и целенаправленный мониторинг аммиака и аминокислотного профиля при острых состояниях для выявления скрытой гипераммониемии. Ранняя верификация диагноза ЛНБ позволяет прервать «диагностическую Одиссею», сократив объем нецелевых исследований, персонализировать терапию и предотвратить прогрессирование органических повреждений.

Диканова К.В., Стародубцева Н.В.

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ *Щигровский филиал ОБПОУ «Курский базовый медицинский колледж», г. Щигры, Россия*

Здоровый образ жизни одно из самых важных составляющих нашего здоровья, с детства мы занимаемся спортом, стараемся правильно питаться, спать не менее 8 часов, а так же закалять свой организм.

Первыми, кто становится нашими наставниками и учителями по здоровому образу жизни, это, конечно же, наши родители. С детства дети смотрят на своих родных, начинают перенимать их привычки себе. Некоторые родители, заботясь о своих детях, начинают водить ребенка на кружки или дополнительные секции. А кто-то, благодаря настойчивости своих родителей, даже связывает свою судьбу со спортом, сделав его неотъемлемой частью жизни, зачастую забывая о вреде и опасности профессионального спорта.

Пищевые традиции семьи и рацион питания родителей формируют наш стиль питания, который не всегда приносит нам пользу и закрепляет в нашем образе жизни пищевые привычки. Если наше питание будет вредным и превышать наши энергетические потребности, то мы будем переедать, что может привести к лишнему весу, а в дальнейшем к ожирению и различным соматическим заболеваниям. Именно родители, не зная и не придерживаясь принципов ЗОЖ, формируют факторы риска нарушения здоровья у своих детей.

Статистика говорит, что на 2024 год процент людей, соблюдающий здоровый образ жизни, составил всего лишь 9,7% от населения нашей страны.

Годы пандемии коронавирусной инфекции показали, что ответственность за здоровье своих детей полностью возлагается на родителей, так как они должны были организовать не только досуг своему ребенку, но и здоровый учебный процесс во время дистанционного обучения в режиме самоизоляции. Многие родители стали заниматься не только вопросами питания своих детей, но также их физическим развитием и закаливанием.

1. Пассивное закаливание – проживание в холодном климате оказывает некоторое тренирующее влияние на терморегуляторные механизмы, и устойчивость к холоду несколько повышается.

2. Активное закаливание – систематическое применение искусственно создаваемых и строго дозируемых температурных воздействий. Сюда относятся все специальные закаливающие процедуры: солнечные и воздушные ванны, купания и водные процедуры (контрастный душ, ножные ванны, обтирания, душ, баня, сауна), хождение босиком по камням, а также допускается ходьба по траве с утра, когда на ней еще прохладная утренняя роса.

Но закаляться тоже нужно правильно, следуя основным критериям: нельзя сразу начинать с низких или высоких температур, необходимо постепенно готовить свой организм к перепадам температуры; обратите внимание на свое здоровье на данный момент, если у вас имеются заболевания, такие как тромбоз, тромбофлебит, заболевания сердечно сосудистой системы, тонзиллит, цистит, бронхит, пневмония и другие, то вам необходима консультация вашего лечащего врача.

При нарушении принципов закаливания можно нанести вред своему здоровью и вызвать следующие осложнения: обострение хронических заболеваний; нарушение процесса заживления, выздоровления при нарушении кожных покровов; переохлаждение или перегрев организма; ухудшение состояния здоровья и возникновение заболеваний.

Неоспоримо влияние семьи на физическое развитие ребенка. Именно в семейном кругу формируются основы здоровья и закладываются физические качества.

Активные игры и упражнения, особенно на свежем воздухе, играют ключевую роль в здоровом росте и развитии, укрепляя все системы организма. Более того, правильно организованные физические занятия воспитывают важные черты характера, такие как самостоятельность, самоконтроль, концентрация, смелость и выносливость. Совместные тренировки с родителями не только приносят радость и укрепляют семейные узы, но и способствуют оздоровлению. Поэтому родителям крайне важно регулярно заниматься физической культурой вместе с детьми, помогая им приобретать двигательные навыки, развивать ловкость, скорость, силу и смелость.

Физическое развитие детей осуществляется с помощью разнообразных физических активностей, таких как ходьба, бег, упражнения на баланс, метание, лазанье, подвижные и спортивные игры. Ключевой момент для родителей, занимающихся с маленькими детьми, – превращение занятий в увлекательную игру. Использование юмора, смеха и активного участия взрослых стимулирует воображение ребенка и вызывает положительные эмоции. Для детей 3-4 лет особенно эффективны имитационные упражнения, например, изображающие животных или действия. Важно помнить, что координация движений у малышей еще не развита полностью, поэтому не стоит требовать идеального выполнения. При выборе упражнений необходимо учитывать правильное сочетание дыхания и движения, особенно в начале занятий. Рекомендуется сопровождать упражнения звуками или словами, соответствующими выполняемому действию, произнося их на выдохе.

Нами проведено анкетирование 40 школьников 8-9 классов и их родителей по вопросам закаливания и физической активности в домашних условиях. Цель исследования: выяснить отношение родителей и школьников к закаливающим процедурам и физическим упражнениям. Мы постарались узнать, что они знают про методы и средства закаливания, а также – каким образом они укрепляют иммунитет, как представлена физическая активность в их семье, чтобы в дальнейшем в этот процесс могла активно включиться медицинская сестра образовательного учреждения для проведения грамотной профилактической работы.

По результатам анкетирования выяснилось, что регулярно закаливающие процедуры проводят 50% опрошенных респондентов, иногда – 42,5% и 7,5% – очень редко или практически никогда. Это объясняется тем, что не все родители понимают важность влияния закаливания на формирование неспецифического иммунитета ребенка, а также обладают знаниями по данному вопросу и имеют возможность проведения мероприятий по закаливанию и соблюдения основных правил. Также мы выявили, что только 30% опрошенных регулярно делают зарядку, 47,5% опрошенных понимают важность зарядки в формировании неспецифического иммунитета, но не всегда имеют возможность ее проводить, а 22,5% респондентов не делают утреннюю зарядку вообще. Также 57% опрошенных респондентов предпочитают в качестве физической нагрузки прогулки на свежем воздухе, а 23% считают достаточным выполнение домашних дел на приусадебном участке, и только 20% понимают важность повышения физической активности и регулярно занимаются в спортивных секциях и спортзале.

Проанализировав результаты исследования, мы пришли к следующему выводу: родители и дети, проводящие закаливающие процедуры и зарядку, делают это вместе, начиная оздоровление с периода раннего детства и продолжая его по сей день. Исходя из этого, мы подтвердили, что родители – это пример для своих детей, а семейные традиции и привычки являются важным фактором в формировании здорового образа жизни каждого человека. Мы считаем, что медицинская сестра образовательного учреждения для проведения грамотной профилактической работы по вопросам формирования ЗОЖ должна проводить ее не только со школьниками, но также и с их родителями, активно вовлекая их в совместную профилактическую деятельность.

Ну и на прощанье наш совет: «Каждый человек должен вести такой образ жизни, который соответствует его личности, который близок и интересен ему, только тогда он сможет проявить свои лучшие качества, раскрыться как личность и стать действительно сильным – в первую очередь, духовно!»

УДК 616-053.2 : 616.345

Емельянова О.Н., Исакова Н.В.

К ПРОБЛЕМЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ *ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия*

Введение. Дифференциальная диагностика запоров является актуальной проблемой педиатрии. Согласно литературным данным, распространенность запоров у детей в Российской федерации составляет 25–30% [1, 2, 3, 4, 5].

Целью исследования являлось изучение принципов дифференциальной диагностики запоров

у детей и представление собственного медицинского наблюдения.

Методы исследования: изучение литературы по проблеме дифференциальной диагностики запоров у детей, анализ медицинской документации.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время имеется несколько определений запоров. Каждое из них включает следующие критерии: редкое, затрудненное, болезненное или неполное опорожнение кишечника каловыми массами различной степени плотности и диаметра, наблюдаемое в течение от 2 недель до 2 месяцев [2].

По этиологии запоры можно разделить на функциональные и органические. Запоры у детей редко связаны с наличием органической патологии и чаще носят функциональный характер [4, 5, 6]. В основе функциональных запоров лежат алиментарные факторы (снижение объема содержимого и наполненности сигмовидной кишки) и нарушение регуляции моторной деятельности толстой кишки с замедлением скорости движения каловых масс [2, 4, 5, 6, 7]. Причиной их развития могут быть заболевания ЦНС, эндокринная патология, употребление некоторых лекарственных препаратов.

Одной из частых причин запоров у детей первого года жизни является перевод ребенка на искусственное вскармливание. У детей старшего возраста к развитию запоров могут приводить алиментарные причины (нерегулярное питание, малый объем пищи, недостаток клетчатки в рационе), гиподинамия, психическая травма или стресс, систематическое подавление физиологических позывов на дефекацию [2, 4, 5, 6, 7].

Органические запоры обусловлены механическим препятствием для продвижения каловых масс: врожденные аномалии и пороки развития кишечника (болезнь Гиршпрунга, синдром Пайра, аномалии ротации и фиксации кишечника, идиопатический мегаколон и мегаректум), опухоли, аноректальная патология (геморрой, анальная трещина), а также стриктуры, приводящие к нарушению проходимости толстой кишки (болезнь Крона, спаечная болезнь) [2, 3, 8].

Хронические запоры могут наблюдаться при муковисцидозе, целиакии, пищевой аллергии.

Диагноз заболевания, приводящего к запорам, ставится на основании собранного анамнеза, физикальных данных и лабораторно-инструментальных исследований.

При сборе анамнеза заболевания уточняется длительность жалоб на запоры, кратность дефекации, характер каловых масс и их консистенция, наличие патологических примесей (кровь, слизь) в стуле, ощущения при дефекации. Обращают внимание на наличие энкопреза, провоцирующих факторов, невротических реакций, сопутствующих симптомов со стороны пищеварительной системы. Также при опросе пациента и родителей необходимо выяснить, проводилась ли коррекция питания, назначалась ли терапия, ее эффективность. При сборе анамнеза жизни уточняют течение беременности, характер родов, течение периода новорожденности. Необходимо уточнить особенности вскармливания ребенка в младенческом возрасте и характер питания в настоящее время [2].

При осмотре ребенка проводится тщательный физикальный осмотр с оценкой физического развития.

Лабораторные методы диагностики запоров включают в себя общеклинический анализ крови с лейкоцитарной формулой, биохимический анализ крови общетерапевтический, общий анализ мочи, копрологическое исследование, кал на скрытую кровь, анализ кала на яйца гельминтов, цисты лямблий. Кроме этого, рекомендуется проведение серологического скрининга на целиакию, определение углеводов в кале.

Из визуализирующих методов исследования детям необходимо проведение УЗИ органов брюшной полости, в том числе УЗИ толстого кишечника.

При подозрении на органические запоры используются лучевые методы диагностики – ирригография (ирригоскопия) с контрастной бариевой взвесью. С помощью ирригографии определяются форма, расположение и диаметр просвета толстой кишки, растяжимость и эластичность кишечной стенки, состояние гаустр, рельеф слизистой оболочки. Этот метод имеет важное значение в диагностике врожденных аномалий развития и рубцовых сужений толстой кишки, дивертикулеза, опухолей, свищей. По показаниям выполняются эндоскопические исследования (ректороманоскопия, колоноскопия, фиброгастроуденоскопия) с биопсией [2].

С целью уточнения диагноза и дифференциальной диагностики с заболеваниями,

сопровождающимися запорами, может потребоваться консультация психолога, невролога, эндокринолога, хирурга.

При дифференциальной диагностике функциональных и органических запоров принципиально важно исключить «симптомы тревоги», указывающие на органический характер заболевания:

- раннее начало запоров (в периоде новорожденности),
- выделение мекония более чем 48 часов после рождения у доношенного новорожденного,
- лентовидный стул,
- кровь в стуле при отсутствии анальных трещин,
- немотивированная потеря массы тела,
- лихорадка,
- неврологическая симптоматика,
- изменения лабораторных показателей (кровь в кале, лейкоцитоз, анемия, ускорение СОЭ).

В качестве иллюстрации сложности дифференциальной диагностики запоров у детей приводим собственное клиническое наблюдение.

На прием обратилась мама с мальчиком 2 лет. Мама предъявляла жалобы на наличие у ребенка метеоризма и запоров до 3-4 дней, которые появились с 10 месяцев жизни мальчика. Стул самостоятельный, без патологических примесей. Ребенку назначались слабительные на основе лактулозы, эффекта от лечения не наблюдалось.

Данные анамнеза. Пациент от 1 беременности 1 родов. Беременность протекала без особенностей, роды в срок. Оценка по шкале АПГАР – 8-9 баллов. Период новорожденности протекал без особенностей. Ребенок находился на естественном вскармливании, прикормы введены по возрасту. Физическое и нервно-психическое развитие соответствовало возрасту. На учете у узких специалистов ребенок не состоял.

При сборе анамнеза выяснилось, что у мамы и бабушки по матери пациента имеется «непереносимость молока»: при приеме цельного молока отмечаются диарея, метеоризм, боли в животе.

При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Показатели физического развития соответствовали возрасту. Кожные покровы обычной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Костно-суставная система без видимой патологии. Носовое дыхание свободное. При перкуссии легких звук ясный легочный. При аускультации легких дыхание пуэрильное. Область сердца визуалью не изменена. Границы сердечной тупости соответствуют возрасту. Тоны сердца ясные ритмичные. Язык влажный чистый. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. Пальпация живота безболезненная, метеоризм. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, без патологических примесей, запоры до 3-4 дней. Область почек визуалью не изменена. Мочеиспускание свободное безболезненное.

Ребенку выставлен предварительный диагноз «Функциональные запоры. Врожденная лактазная недостаточность?».

Пациенту назначен комплекс лабораторно-инструментального обследования: общеклинический анализ крови с лейкоцитарной формулой, биохимический анализ крови общетерапевтический, общий анализ мочи, копрологическое исследование, кал на скрытую кровь, анализ кала на яйца гельминтов, цисты лямблий, серологический скрининг на целиакию, определение углеводов в кале, УЗИ органов брюшной полости, в том числе УЗИ толстого кишечника.

Учитывая отягощенный наследственный анамнез, рекомендовано проведение молекулярно-генетического исследования на лактазную недостаточность.

Результаты проведенного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови в пределах референтных значений. Серологический скрининг на целиакию (уровень антител к тканевой трансглутаминазе) – отрицательно. Кал на яйца гельминтов и простейшие – отрицательно. Копрограмма: незначительные нарушения переваривания. Кал на скрытую кровь отрицательно. Отмечался повышенный уровень углеводов в кале. УЗИ органов брюшной полости – метеоризм.

При проведении молекулярно-генетического исследования у ребенка выявлена мутация С/С – генотип, связанный с непереносимостью лактозы у взрослых.

На основании данных анамнеза, результатов молекулярно-генетического исследования, пациенту выставлен диагноз «Врожденная лактазная недостаточность».

Ребенку рекомендована диета с исключением цельного молока, использованием низколактозных сыров, кисломолочных продуктов. В анамнезе при контрольном осмотре мама жалоб не предъявляла, стул у ребенка регулярный.

Выводы. Представленный клинический случай демонстрирует сложность диагностики запоров у детей. В данном наблюдении тщательный сбор анамнеза помог предположить врожденную лактазную недостаточность, несмотря на нетипичные клинические симптомы. Правильная диетотерапия способствовала нормализации стула у ребенка.

Список литературы

1. Горячева О.А., Цветкова Л.Н., Моисеев А.Б., Хавкин А.И. Хронические запоры у детей: диагностика и лечение сквозь призму времени. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023; 7 (215): 143–151.
2. Детская гастроэнтерология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. С.В. Бельмера, А.Ю. Разумовского, А.И. Хавкина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2024, 688 с.
3. Дудник В.М., Мантак Г.И., Андрикевич И.И., Звенигородская А.Ю. Дифференциальная диагностика синдрома запора у детей. Современная педиатрия. 2018; 7 (95): 6–12.
4. Зуев О.С., Зуев Н.Н., Рябова Т.М. Функциональные запоры у детей раннего возраста. Охрана материнства и детства. 2019; 2 (34): 53–57.
5. Захарова И.Н., Куликов А.Г., Творогова Т.М., Сугян Н.Г., Бережная И.В., Заденварг Г.Е., Степурина Л.Л., Елезова Л.И., Свинницкая В.И. Функциональный запор у детей: лечение и реабилитация. Лечащий врач. 2018; 6: 25.
6. Ермоленко К.Д., Кириленко К.Д., Долгих В.В. Актуальные подходы к лечению функциональных запоров у детей. Фарматека. 2023; 30 (4-5): 109–114.
7. Панова Л.Д. Функциональные запоры у детей дошкольного и школьного возраста: пути решения проблемы. Медицинский совет. 2023; 17 (12): 83–97.
8. Сафина А.И. Запоры у детей в практике врача-педиатра. Медицинский совет. 2022; 16 (12): 50–57.

УДК: 616.34-008.64:576.8-618.92:578.832.1

¹Кучарова З.А., ^{1,2}Рахимов Р.Р.

ЛАКТАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ В КЛИНИКЕ ВИРУСНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

¹Научно-исследовательский институт вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

²Ташкентская медицинская Академия

Введение. Современные изменения в индустрии детского питания, включая массовое распространение консервированных молочных продуктов, заменителей грудного молока и разнообразных пищевых добавок, привели к актуализации проблемы нарушения углеводного обмена у детей. В частности, все чаще фиксируются случаи затрудненного переваривания и всасывания углеводов, что связано с изменением состава питания [1, 3].

Развитие современных методов диагностики позволило более глубоко изучить механизмы возникновения диарейных состояний у детей, особенно при вирусных инфекциях. Одним из ключевых факторов их развития зачастую является лактозная непереносимость, обусловленная лактазной недостаточностью (ЛН). Это открывает перспективы для коррекции состояния путем исключения лактозы из рациона или восполнения дефицита фермента. Такой подход приобретает особое значение, учитывая, что вирусные инфекции составляют 80–90% всех случаев острой диареи у грудных детей [5, 9].

Лактазная недостаточность и ротавирусная инфекция являются одними из наиболее актуальных проблем в педиатрии и гастроэнтерологии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ротавирусная инфекция является одной из ведущих причин детской смертности, особенно в развивающихся странах [1, 4]. По оценкам ВОЗ, ежегодно от ротавирусной инфекции умирает более 200 000 детей в возрасте до пяти лет. Наиболее высокий уровень смертности наблюдается в странах Африки и Южной Азии, в то время как в развитых странах заболеваемость остается высокой, но летальные исходы случаются реже благодаря своевременной медицинской помощи [3, 5].

Лактазная недостаточность является широко распространенной проблемой, и ее частота варьируется в зависимости от этнических и географических факторов. Например, в странах Восточной Азии первичная лактазная недостаточность встречается у 70–90% населения, в то время как в странах Северной Европы этот показатель составляет менее 10% [2, 6]. В России распространенность вторичной лактазной недостаточности среди детей раннего возраста колеблется от 10% до 40%, особенно после перенесенных кишечных инфекций [7, 8].

Связь между лактазной недостаточностью и ротавирусной инфекцией объясняется тем, что вирус поражает эпителиальные клетки тонкого кишечника, приводя к временной или стойкой недостаточности лактазы. Это особенно важно в педиатрической практике, поскольку дети раннего возраста получают основную часть питания в виде молочных продуктов, содержащих лактозу. Отсутствие адекватного лечения может привести к хронизации диареи, мальабсорбции и дефициту питательных веществ.

Помимо медицинских аспектов, экономическое бремя ротавирусной инфекции также значительное. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), ежегодные затраты на лечение ротавирусных гастроэнтеритов в развитых странах превышают 1 миллиард долларов. Введение вакцинации против ротавируса позволило снизить заболеваемость на 70–80% в странах, где она широко применяется, что подчеркивает важность профилактических мер [3, 5].

Таким образом, исследование лактазной недостаточности и ротавирусной инфекции остается важным направлением современной медицины, требующим комплексного подхода к диагностике, лечению и профилактике.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является комплексный анализ проблемы первичной и вторичной лактазной недостаточности (ЛН) у детей, включая её распространенность, патогенез, клинические проявления, диагностику и лечение. Исследуется зависимость распространенности ЛН от этнической принадлежности, возраста, рациона питания и связи с острыми кишечными инфекциями, такими как ротавирусная инфекция. Также рассматриваются механизмы, которые приводят к развитию ЛН при этих заболеваниях, и даются рекомендации по диагностике и терапии.

Материалы и методы. Для исследования использованы данные о распространенности первичной лактазной недостаточности в разных этнических группах, а также данные о патогенезе, клинических проявлениях и диагностике заболевания. Рассматриваются молекулярные исследования, подтверждающие снижение активности лактазы в зависимости от возраста и этнической принадлежности, а также современные методы диагностики и лечения, такие как экспресс-тесты на ротавирус, ПЦР, анализы на содержание углеводов в кале, методы диетотерапии и применение ферментных препаратов.

В исследовании рассматривается обширная информация, полученная из клинической практики, а также научных публикаций, что позволяет делать выводы о глобальном характере распространения ЛН и её роли в детской гастроэнтерологии.

Результаты и обсуждения. Исследования, посвящённые распространенности первичной лактазной недостаточности, показывают значительную вариабельность в зависимости от этнической принадлежности. В странах с высоким потреблением молочных продуктов, например, в Норвегии и Швеции, встречаемость ЛН среди детей составляет менее 5% [1], [5]. В странах, где молочные продукты не являются основой рациона, например, в Восточной Азии, Африке, Латинской Америке, уровень распространенности ЛН может достигать 80–100% среди детей и взрослых [2, 4]. Это объясняется генетической предрасположенностью: у большинства взрослых

людей в этих регионах активность фермента лактазы постепенно снижается, что приводит к развитию ЛН.

При этом данные о распространенности ЛН в некоторых странах развивающихся регионов, например, в Китае или Индии, показали, что у младенцев и детей младшего возраста, несмотря на высокий уровень первичной лактазной недостаточности, клинические проявления заболевания часто остаются незамеченными или слабо выраженными, так как молоко является основной частью питания в раннем возрасте [3, 9].

В Европе, в частности, в странах с высоким уровнем потребления молока, таких как Финляндия, заболеваемость ЛН среди младенцев и детей до 3 лет достаточно низка. В то же время, с возрастом происходит постепенное снижение активности лактазы, что является нормальной частью адаптации организма. Интересно, что у финских детей активность лактазы падает после 5-6 лет, и в старшем возрасте развитие ЛН связано с более выраженным снижением фермента [1, 6].

Вторичная лактазная недостаточность: связи с инфекциями и их влияние на развитие заболевания. Одним из ключевых аспектов данного исследования является вторичная лактазная недостаточность, которая развивается на фоне острых кишечных инфекций, в частности ротавирусных инфекций. Исследования, проведенные в разных странах, показали, что дети младше 5 лет, перенёсшие ротавирусную инфекцию, имеют высокий риск развития временной лактазной недостаточности [6, 7]. Это связано с повреждением слизистой оболочки кишечника вирусами, что нарушает нормальную функцию энтероцитов, вырабатывающих лактазу.

По данным исследований, проведённых в Индии и Юго-Восточной Азии, у детей, перенёсших ротавирусную инфекцию, уровень лактазной недостаточности может составлять до 25–30% в течение 2-3 месяцев после перенесённой инфекции [10]. Это состояние сопровождается такими симптомами, как водянистая диарея, боли в животе, метеоризм и ухудшение общего состояния ребенка. Диагноз в этих случаях ставится на основе клинической картины, а также с использованием методов диагностики, таких как анализы на наличие углеводов в кале, экспресс-тесты на вирусы и биохимические исследования.

Изучая длительность и интенсивность вторичной лактазной недостаточности, учёные пришли к выводу, что при адекватном лечении (регенерация кишечной микрофлоры и использование ферментных препаратов) состояние нормализуется в течение нескольких месяцев [12, 14]. Тем не менее, у некоторых детей могут сохраняться незначительные симптомы заболевания до года после перенесенной инфекции.

Механизмы развития вторичной лактазной недостаточности при кишечных инфекциях. Механизм развития вторичной лактазной недостаточности при кишечных инфекциях лежит в повреждении эпителия тонкой кишки, что нарушает способность клеток производить лактазу. Ротавирусы, проникая в энтероциты, вызывают их гибель и последующее восстановление слизистой оболочки кишечника с замещением клеток, которые не способны синтезировать достаточное количество лактазы [8, 11].

В исследовании, проведенном в Уганде, отмечается, что при инфекциях, вызванных ротавирусом, активность лактазы снижается до 80% от нормы, что приводит к клиническим проявлениям непереносимости молока. На протяжении 6–12 недель после инфекции наблюдается прогрессирующее восстановление ферментной активности, но симптомы ЛН могут сохраняться еще в течение месяца или дольше [12, 13].

Важным моментом является то, что для некоторых детей с хроническими заболеваниями, такими как целиакия, лямблиоз или болезнь Крона, вторичная лактазная недостаточность может стать хронической. В таких случаях восстановление функции лактазы может быть затруднено, и для этих детей требуется долгосрочное наблюдение и специализированное лечение [14, 15].

Клинические проявления вторичной лактазной недостаточности при кишечных инфекциях. Вторичная лактазная недостаточность при кишечных инфекциях характеризуется классическими симптомами, такими как водянистая диарея, метеоризм, боль в животе, а также признаки обезвоживания организма: сухость кожи и слизистых оболочек, снижение массы тела, нарушение электролитного баланса [13]. Кроме того, у детей может наблюдаться гипогликемия, так как расщепление углеводов в кишечнике нарушается. Метеоризм и боли в животе также

являются следствием увеличения объема газов, образующихся при ферментации лактозы в толстом кишечнике.

Диагностические тесты, включая анализы на наличие углеводов в кале, а также методы ПЦР и экспресс-тесты на ротавирус, позволяют точно установить диагноз. Эти тесты играют важную роль, так как они помогают исключить другие причины диареи и выявить вирусные или бактериальные инфекции, способствующие развитию ЛН [10, 11].

Лечение и терапевтические подходы. Основным методом лечения первичной и вторичной лактазной недостаточности является диетотерапия. В случаях первичной лактазной недостаточности рекомендуется ограничение молочных продуктов либо их замена на продукты, содержащие низкий уровень лактозы или молочные продукты, подвергнутые гидролизу (например, безлактозное молоко) [6, 9]. В случае вторичной лактазной недостаточности на фоне кишечных инфекций применяются ферментные препараты, такие как лактаза, которые помогают переварить лактозу.

Терапия должна быть направлена на восстановление нормальной микрофлоры кишечника, что способствует восстановлению ферментной активности. Пробиотики и пребиотики могут быть полезными в этом процессе, особенно при восстановлении после кишечных инфекций [12, 14].

Кроме того, для детей с хронической или затяжной вторичной лактазной недостаточностью рекомендуется продолжать терапию, пока ферментная активность не восстановится до нормальных показателей. Это может занять несколько месяцев [13], [14].

Прогноз и долгосрочные результаты. Прогноз при первичной лактазной недостаточности в основном благоприятный, так как с возрастом большинство детей адаптируется к сниженной активности лактазы, и симптомы ЛН становятся менее выраженными. Однако в некоторых случаях могут развиваться хронические диспептические расстройства, связанные с постоянным дефицитом фермента [5, 14].

В случае вторичной лактазной недостаточности прогноз зависит от причины её возникновения. В большинстве случаев, особенно при ротавирусной инфекции, состояние улучшается после нескольких недель лечения. Однако у детей с хроническими заболеваниями или нарушениями в структуре кишечника, такими как целиакия или болезнь Крона, прогноз может быть менее благоприятным, и требуется длительная медицинская поддержка [12, 15].

Выводы:

1. Распространённость лактазной недостаточности зависит от этнической принадлежности и традиционного рациона. В странах с высоким потреблением молочных продуктов она встречается значительно реже, чем в странах с низким потреблением молока.
2. Вторичная лактазная недостаточность, возникающая вследствие острых инфекций, требует дифференцированного подхода в лечении, включая диетотерапию, ферментные препараты и меры по регидратации.
3. Современные диагностические методы, такие как ПЦР и экспресс-тесты, позволяют точно выявить причину заболевания, а лечение должно быть направлено на восстановление кишечной микрофлоры и нормализацию переваривания лактозы.
4. Раннее выявление и лечение лактазной недостаточности в детском возрасте способствует успешному восстановлению и снижению риска осложнений, таких как хроническая диарея или дефицит витаминов и микроэлементов.

Список литературы.

1. Дьяков Ю.С., Кузнецова М.В. Лактазная недостаточность у детей: диагностика и лечение. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 180 с.
2. Казакова О.А., Кузнецова М.П. Этнические особенности лактазной недостаточности и её терапевтические аспекты. // Вопросы гастроэнтерологии. – 2020. – Т. 39. – № 4. – С. 78–85.
3. Хрусталёв С.А., Абрамова Н.Н. Роль генетики в развитии лактазной недостаточности. Журнал молекулярной медицины. – 2021. – Т. 45. – № 3. – С. 102–109.
4. Кучанов А. Вторичная лактазная недостаточность у детей после ротавирусной инфекции. // Pediatric Gastroenterology. – 2022. – Vol. 36. – Р. 81–88.
5. Рахимов Р.Р., Алимова З.Б., Юлчиева Р.Б. Лактазная недостаточность у детей на фоне острой диареи // XV Всероссийский ежегодный конгресс "Инфекционные болезни у детей:

- диагностика, лечение и профилактика". Материалы конгресса СПб.: 2024 г. – 228 с. – С. 196–197
6. Рохас Д., Старби П. Диагностические подходы к лактазной недостаточности у детей. // *Pediatric Clinics*. – 2020. – Vol. 35, Issue 5. – P. 1224–1235.
 7. Singh S., Desai D. Management of lactose intolerance after rotavirus infection. // *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. – 2020. – Vol. 69, Issue 4. – P. 512–518.
 8. Park S.Y., Lee Y.J. Lactose intolerance in Asia: An evolving health issue. // *Journal of Korean Medical Science*. – 2019. – Vol. 34, Issue 2. – P. 177–184.
 9. Bazzano A., Giorgetti G. The role of probiotics in secondary lactase deficiency. // *Italian Journal of Pediatrics*. – 2021. – Vol. 47. – P. 50–57.
 10. Devarajan S., Kumar S. Lactose intolerance in South Asia: epidemiology and management. // *World Journal of Gastroenterology*. – 2021. – Vol. 27, Issue 24. – P. 3035–3044.
 11. Dominguez-Bello M.G., Blaser M.J. The role of gut microbiota in the treatment of secondary lactase deficiency. // *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*. – 2021. – Vol. 18. – P. 374–381.
 12. Andersson H., Fålkvik I. Lactase deficiency in children and its epidemiology in Sweden. // *Acta Paediatrica*. – 2018. – Vol. 107, Issue 7. – P. 1125–1130.
 13. Li X., Zhang L. Long-term effects of rotavirus infections on lactase activity in children. // *Pediatric Infectious Disease Journal*. – 2020. – Vol. 39, Issue 9. – P. 635–640.
 14. Wang Y., Zhang H., Liu X. Clinical manifestations and diagnosis of secondary lactase deficiency in children. // *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. – 2020. – Vol. 45, Issue 8. – P. 1324–1330.
 15. Williams M.E., Taylor S.F. Gastrointestinal infections and lactase deficiency. // *Clinical Nutrition Reviews*. – 2019. – Vol. 38. – P. 45–58.

УДК: 613.955

Левченко Н.В., Потапова Н.Л.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия

Введение. Одной из проблем XXI века является гиподинамия – состояние, характеризующееся недостаточной физической активностью и уменьшением мышечной силы. Исследования Европейского отделения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) показывают, что большинство населения (60% взрослых и 75% молодежи) страдают от нее. Негативная тенденция наблюдается и в детском возрасте. Согласно литературным сведениям, отмечается снижение двигательной активности школьников во всем мире [1–3]. Ухудшение ситуации ярко продемонстрировано при переходе на дистанционное обучение, связанное с пандемией COVID-19. Так, отмечалось 10-кратное увеличение количества детей младшего школьного возраста с избыточной массой тела. Физическими упражнениями занимались лишь 18% респондентов [4]. Известно, что гиподинамия относится к одному из факторов риска развития патологии сердечно-сосудистой системы [5]. По данным авторов, ее вклад в развитие артериальной гипертензии у детей составляет 68% [6]. Результатом снижения двигательной активности является увеличение патологии опорно-двигательного аппарата, дыхательной системы, нарушений зрения [7]. Примечательно, что по мере взросления детей растет частота гиподинамии. Чаще всего это связано с повышенными учебными и компьютерными нагрузками, увлеченностью гаджетами [8–11]. ВОЗ рекомендует детям и подросткам в возрасте 5–17 лет уделять физической активности средней и высокой интенсивности не менее 60 мин в день на протяжении всей недели, аэробной физической активности высокой интенсивности, а также видам, которые укрепляют скелетно-мышечную систему, – минимум 3 раза в неделю, ограничить время, проводимое в положении сидя или лежа, особенно перед экраном в развлекательных целях.

Цель работы: изучить физическую активность детей 1-11 классов на примере ГОУ Забайкальской краевой гимназии – интернат г. Читы.

Материалы и методы исследования. Проведено анонимное анкетирование, в котором

приняли участие 223 учащихся 1–11 классов (110 мальчиков и 113 девочек). Дети разделены на 3 группы: 1) начальные классы (1–4 классы, n – 79); 2) средние классы (5–9 классы, n – 99); 3 группа – старшие классы (10–11 класс, n – 45). Анкета включала 26 вопросов открытого и закрытого типа. Дети 1 группы отвечали на вопросы с помощью родителей. Статистическую обработку выполняли с использованием прикладной программы Excel. Описательная статистика представлена качественными признаками в виде относительной частоты наблюдений (%).

Результаты и их обсуждение. Утвердительно о пользе физической активности ответили большинство респондентов (92% – 1 группы, 100% – 2 и 3 групп), но хотели бы больше узнать информации о ней. Учебный процесс и дополнительные занятия, проходящие в вынужденном положении «сидя», ограничивают двигательную активность школьников. Согласно СанПиН 1.2.3685-21, продолжительность выполнения домашних заданий для 1-х классов составляет 1 час, 2–3-х классов – 1,5 часа; 4–5-х классов – 2 часа, 6–8-х классов – 2,5 часа, 9–11-х классов – 3,5 часа. При ответе на вопрос «Сколько обычно времени Вы проводите в сидячем положении?» отмечается его увеличение к старшим классам. Лишь у трети школьников начальных классов регистрируется ответ «1–3 ч», в остальных случаях наблюдается его превышение. Так, 3–4 ч на подготовку к урокам уходит у 25,6% детей 1 группы, 11,3% – 2 группы. Продолжительность в 6–7 ч регистрируется в 7,8% в группе младших классов, 9,3% – средних и 20% – старших. 7–8 ч чаще тратят дети 3 группы (22,2%), что больше показателей 2 группы в 2,3 раза. При этом ни в одном случае у старшеклассников не встречается рекомендованное СанПиН время. Не делают утреннюю зарядку 37,4% детей младших классов, 57,6% – средних и 63,4% – старших. К сожалению, не все дети посещают занятия физкультурой в учебном заведении, таких зарегистрировано 32% из 1 группы, 30% – из 2 и 9% – из 3. При этом увлекаются различными видами спорта (фигурное катание, биатлон, карате, бокс, бальные танцы, художественная гимнастика, легкая атлетика, хоккей, волейбол, дзюдо) более половины респондентов: 63% – в младших классах, 65% – в средних и 62% – старшеклассников. На пешие прогулки более 60 мин в день тратят треть детей 1 группы и половина 2 и 3 групп, 30–60 мин. – треть школьников. Свободное время предпочитают проводить за просмотром фильмов, в соцсетях, играя за компьютером большинство детей. Дети 1 группы в половине случаев смотрят телевизор, увлекаются различными гаджетами суммарно до 3 ч. в день. Увлечение телефоном более 3 ч в день отмечено в 37,7% случаях во 2 группе и в 64,4% – в 3. На аналогичные данные указывают работы других авторов [12]. Причинами, которые препятствуют занятиям регулярными физическими упражнениями, названы отсутствие желания, времени, условий, неорганизованность, лень, усталость после учебы, медицинские противопоказания, отсутствие поддержки со стороны близкого окружения. На появление мотивации уделять больше внимания физической активности, по мнению опрошенных, повлияли бы примеры со стороны родителей, друзей, проведение бесед, встреч со спортсменами, близкое к дому расположение спортивного учреждения. Так, в семьях из 1 группы занимаются физкультурой или спортом 59% родителей или членов семьи, из 2 и 3 групп – по 49%.

Выводы. Уровень физической активности детей в возрасте 7–17 лет Забайкальской краевой гимназии – интерната снижается к старшим классам, что обусловлено перегруженностью учебного процесса. Высокие умственные нагрузки (подготовка к урокам, ОГЭ, ЕГЭ) способствуют переутомлению, снижению работоспособности и существенно ограничивает двигательную активность. Важна активная просветительная деятельность среди школьников, а также личный пример родных.

Список литературы.

1. Аданов К.Б., Нургабден М.М., Кударинова А.С. Научное обоснование проблемы дефицита двигательной активности детей младшего школьного возраста. Научный альманах. 2019. 11–1 (61). 90–93.
2. Богомолова Е.С., Максименко Е.О., Ковальчук С.Н., Котова Н.В., Олюшина Е.А. Нормы двигательной активности современных школьников: актуальность, проблемы и пути их решения (обзор). Санитарный врач. 2023. № 11. 696–707.
3. Edson Dos Santos Farias, Wellington Roberto Gomes de Carvalho, Anderson Marques de Moraes [et al.]. Inactive behavior in adolescent students of the Brazilian Western Amazon. RevPaulPediatr. 2019 Jun 3. 37 (3). 345–350. doi: 10.1590/1984-0462/.

4. Решиков В.А., Ершова И.Б. Гиподинамия детей младшего школьного возраста в период дистанционного обучения. Российский педиатрический журнал. 2021. 4. 274–275.
5. Небольсина Е.Д., Соколова Н.В. Влияние двигательной активности на функциональные показатели и физическое состояние организма школьников. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2020. 79. 56–59.
6. Устюжанина Д.В., Писоцкая Ю.В., Аширова Л.Э., Богачева С.М. Факторы риска развития артериальной гипертензии у детей. Российский педиатрический журнал. 2023.3. S1. 53.
7. de Assis SJC, Sanchis GJB, de Souza CG, Roncalli AG Influence of physical activity and postural habits in schoolchildren with scoliosis. Arch Public Health. 2021 Apr 29; 79 (1): 63. doi: 10.1186/s13690-021-00584-6.
8. Модестов А.А. Терлецкая Р.Н., Неволин Ю.С., Бондарь В.И. Оценка состояния здоровья школьников по данным выездного межтерриториального центра здоровья. Социальные аспекты здоровья населения. 2016. 5 (51). 7.
9. Безруких М.М., Лукьянец Г.Н., Макарова Л.В. (и др.). Использование электронных устройств во внеурочное время обучающимися начальной школы. Отечественная и зарубежная педагогика. 2022. 5 (87). 46–62.
10. Кремнева В.Н., Неповинных Л.А. Влияние современных условий жизни на развитие гиподинамии в раннем возрасте. 2020. 6–1. 170–175.
11. Бородин Д.П., Пац Н.В. Развитие гиподинамии у подростков старшего школьного возраста. Международный студенческий научный вестник. 2020. 2. 38.
12. Борисова Т.С., Самохина Н.В., Кушнерук А.В. Медицинская профилактика неинфекционных заболеваний у детей на основе оптимизации их суточной двигательной активности. БГМУ в авангарде медицинской науки и практики : рецензир. ежегод. сб. науч. тр. : в 2 т. М-во. здравоохран. Респ. Беларусь, Бел. гос. мед. ун-т. ; под ред. С.П. Рубниковича, В.А. Филонюка. Минск, 2024. 14. Т 2: Профилактическая медицина. Фармация. Фундаментальная наука – медицина. 25–31.

УДК: 616.42-07-053.2

Левченко Н.В., Потапова Н.Л.

ОСТРЫЕ ЛИМФАДЕНИТЫ ГОЛОВЫ И ШЕИ У ДЕТЕЙ
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия

Введение. Лимфаденит – воспалительный процесс в лимфатических узлах, протекающий в острой или хронической форме [1]. Острые лимфадениты области головы и шеи часто встречаются не только в практике врача-педиатра, но и врачей других специальностей (хирург, стоматолог, онкогематолог, оториноларинголог). Выделяют одонтогенные, стоматогенные, тонзиллогенные, риногенные и дерматогенные лимфадениты. У большинства пациентов причиной увеличения лимфатических узлов являются бактериальные или вирусные процессы [2–4]. Возбудителями часто являются стрептококковая, стафилококковая инфекции, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр, реже – корь, краснуха, туберкулез, ВИЧ, опухолевый процесс, сифилис и др. [4–6]. При развитии воспалительного процесса в челюстно-лицевой области чаще поражаются подчелюстные (54%), подбородочные (12%), шейные (13%) лимфатические узлы. Острые лимфадениты протекают с увеличением, болезненностью лимфатических узлов, гиперемией кожи над очагом, с общими симптомами в виде повышения температуры тела, недомогания [2, 3, 7]. План диагностического поиска включает в себя тщательный сбор анамнеза с выяснением факторов, способных вызвать увеличение лимфатических узлов: перенесенные заболевания, контакт с инфекционными больными, наличие домашних животных, данные о вакцинации. Во время клинического осмотра проводят пальпацию всех групп лимфоузлов с определением размера, количества, болезненности, состояния окружающих тканей. В лабораторное исследование входит общий анализ крови, биохимический анализ крови, исследование на инфекции (вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус, вирус герпеса, токсоплазмоз, хламидии, микоплазмы, ВИЧ, гепатиты,

туберкулез) [8, 9, 10]. Изменения в иммунном статусе у детей с острым лимфаденитом свидетельствуют о развитии иммунной недостаточности с нарушением противовирусной защиты [11]. По показаниям выполняется УЗИ, рентгенологическое исследование, КТ, биопсия узла. К сожалению, симптом увеличенных лимфатических узлов не всегда своевременно оценивается педиатрами, что приводит к прогрессированию заболевания и гнойному расплавлению лимфатического узла [12]. В структуре заболеваемости детей в хирургическом стационаре данная патология составляет 20–51%. В лечении лимфаденитов применяется антибактериальная, противовирусная терапия, при гнойном воспалении – хирургическое лечение и дренирование [1, 12].

Цель работы: изучить особенности течения острого лимфаденита у детей, госпитализированных в отделение челюстно-лицевой хирургии ГУЗ «Краевая детская клиническая больница» г. Читы.

Материалы и методы исследования. Выполнен ретроспективный анализ 32 историй болезни детей в возрасте от 1 года до 17 лет, которые находились на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии в течение 2023 г. с диагнозом: Острый лимфаденит головы, шеи. Статистическую обработку выполняли с использованием прикладной программы Excel. Описательная статистика представлена качественными признаками в виде относительной частоты наблюдений (%).

Результаты и их обсуждение. Среди заболевших преобладали дети школьного возраста (13/40,6%), на втором месте – раннего возраста (11/34,3%), на третьем – дошкольного возраста (8/25%). Средний возраст составил $6,6 \pm 5,2$ лет. Чаще лимфаденит регистрировался у мальчиков (20/62,5%), чем у девочек (12/37,5%). По данным анамнеза, среди пациентов отсутствовали дети с I группой здоровья, 82% – II группы, 15% – III группы и 3% – V группы (эпилепсия, детский церебральный паралич). Хронические очаги инфекции в виде кариеса, тонзиллита имели 9% пациентов. Больше половины (20/62,5%) госпитализированных получали терапию (жаропонижающие, противовирусные препараты) в домашних условиях без должного эффекта. Причиной одонтогенных лимфаденитов у 3 (9,3%) детей был периостит. Наиболее частым этиологическим фактором в возникновении подчелюстных и подбородочных лимфаденитов явилась острая респираторная вирусная инфекция (15/65,3%). При поступлении в стационар состояние средней степени тяжести зарегистрировано у 26 (81%) детей, в остальных случаях – удовлетворительное. В клинической картине заболевания отмечались: лихорадка субфебрильная (19/59,4%), фебрильная (4/12,5%), локально: болезненность (100%), отек (26/81%), повышение температуры (23/72%) на протяжении $5,1 \pm 3,4$ дней, гиперемия (16/50%). Наиболее часто поражались подчелюстные (43,7%), переднешейные лимфоузлы (31,2%), реже – околоушные (12,5%), подбородочные (9,3%), несколько групп (3,1%). Увеличение лимфоузлов до 1 см наблюдалось у 8 (25%) детей, до 2 см – у 17 (53,1%), до 3 см – у 7 (21,9%). Большинство пациентов (20/62,5%) госпитализированы с лимфаденитом в стадии абсцедирования. Воспалительные изменения в гемограмме в виде лейкоцитоза и ускорения СОЭ присутствовали у трети пациентов. УЗИ лимфоузлов выполнено 27 (84,3 %) пациентам, КТ – 6 (18,7%), рентгенография – 2 (6,2%). При микробиологическом исследовании пунктатов лимфоузлов выявлены: *S. aureus* (42,8%), *S. epidermidis* (21,4%), *Str. Salivarius* (7,1%), *Str. mitis* (4,2%), *Str. warneri* в 7,1%, *Citrobacterfreundii* (7,1%). Все пациенты получили курс антибактериальных препаратов (цефалоспорины II или III поколения (94%), аминогликозиды (6%)). Проведение жаропонижающей и/или обезболивающей терапии потребовалось в 62,5% случаях, противовирусной – в 12,5%, дезинтоксикационной – в 28,1%. Компрессы с димексидом назначались 34,3% пациентам, физиолечение – 90,6%. Хирургическое лечение выполнено 20 (62,5%) больным. Средняя длительность госпитализации составила $9,8 \pm 1,9$ койко-дней, все дети выписаны из стационара с выздоровлением.

Выводы. Наиболее частой причиной возникновения лимфаденитов в детском возрасте является вирусная инфекция. Преимущественно поражаются подчелюстные лимфоузлы. В структуре заболеваемости преобладают лица мужского пола. Эффективность диагностики и лечения острого лимфаденита на примере отделения челюстно-лицевой хирургии ГУЗ КДКБ в 2023 году составила 100%.

Список литературы.

1. Национальные клинические рекомендации по диагностике лимфаденопатий. 2018.URL: https://npngo.ru/uploads/media_document/281/1f167737-5f09-47d7-a25b-c43b0cfe916e.pdf.
2. Острый лимфаденит лица, головы, шеи. Клинические рекомендации. 2018.
3. Артющкевич А.С., Людчик Т.Б., Степанова Ю.И., Насибянц Н.В. Лимфадениты челюстно-лицевой области: анатомо-физиологические и клинические аспекты. Стоматология. Эстетика. Инновации. 2021. 5. 2. 201–212.
4. Пикуза О.И., Самороднова Е.А. Лимфаденопатии в педиатрической практике. Практическая медицина. 2020. 18. 6. 63–68.
5. Наумова А.С., Тиганова О.А., Ильенко Л.И. Периферическая лимфаденопатия у детей: взгляд онколога. Московская медицина. 2020. 1. 35. 57–63.
6. Сергиенко Г.М., Котович М.М., Горошкова М.Ю. (и др.) Клинические случаи поздней диагностики злокачественной лимфаденопатии у детей и подростков. Мать и дитя в Кузбассе. 2022. 3. 90. 36–40.
7. Наумова А.С., Тиганова О.А., Ильенко Л.И. Шейная лимфаденопатия – диагностический вызов. Детская оториноларингология. 2019. 3. 34–39.
8. Стрига, Д.Ю. Комелягин, О.В. Зайцева и др. Лимфадениты области головы и шеи у детей: дифференциальный диагноз. Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2020. 99. 4. 103–110.
9. Цветкова М.М., Горкина Я.Р., Дмитриенко К.А. Возрастные особенности лимфаденопатии инфекционной этиологии у детей и подростков. Современные проблемы науки и образования. 2019. 3. 110.
10. Зарянкина А.И. Лимфаденопатия у детей (взгляд педиатра). Медицинские новости. 2018. 25–29.
11. Анохина И.В., Забелин А.С., Слабая Е.В. Особенности иммунной реактивности детей с острым лимфаденитом лица и шеи. Смоленский медицинский альманах. 2020. 3. 24–28.
12. Ешиев А.М. Гнойный лимфаденит и аденофлегмона челюстно-лицевой области. Тенденции развития науки и образования. 2020. 64–2. 33–35.

УДК 616.248-053.2

Летова Н.О., Потапова Н.Л.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С ДЕБЮТОМ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

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

Введение. Бронхиальная астма — одно из наиболее распространенных хронических заболеваний дыхательной системы у детей. За последние десятилетия частота заболеваемости заметно возросла, и эксперты ожидают дальнейшего роста [1, 2]. Исследований, направленных на выявление факторов риска и прогностических критериев развития астмы, достаточно много, но большая часть посвящена оценке вероятности ухудшения течения болезни или развитию осложнений [3–7]. Несмотря на значительные успехи медицины, доля молодых пациентов с впервые возникшей бронхиальной астмой растет, причем заболевание нередко протекает тяжело и приводит к инвалидности [8]. Это подчеркивает необходимость углубленных исследований ранних факторов риска и исходов, ассоциированных с появлением бронхиальной астмы в раннем возрасте [9–11].

Целью настоящего исследования стало определение ключевых факторов риска, влияющих на манифестацию бронхиальной астмы до 3-летнего возраста, а также прогноз дальнейших исходов заболевания.

Материалы и методы. Формат исследования – сплошное проспективное. Критерий отбора — наличие подтвержденного диагноза бронхиальной астмы у детей. Обследования проводились в пульмонологическом отделении Краевой детской клинической больницы города Читы. Диагностика осуществлялась в соответствии с современными позиционными документами по

лечению и профилактике бронхиальной астмы у детей.

В процессе исследования сформировано 2 группы детей в возрасте от 1 до 16 лет: группа 1 — дети с первым эпизодом бронхиальной астмы до 3-х лет (140 человек); группа 2 — контрольная группа (195 детей) с развитием астмы после 3-х лет. Рассматривались следующие факторы риска: генетическая предрасположенность, анамнез перинатального периода, особенности вскармливания, частота простудных заболеваний и обострений бронхитов, окружающие условия жизни. Анализ проводился в два этапа: сначала определялись возможные факторы риска, а затем отслеживались исходы болезни через 3 года после постановки диагноза. Информация собиралась как непосредственно во время осмотра, так и методом анкетирования родителей и анализа истории болезни (форма 003/у), истории развития ребенка (форма 112/у).

Статистическая обработка проведена с помощью программного пакета Statistica 10.0. Количественные переменные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха (Ме (25–75%)), качественные — в виде абсолютных чисел и относительных частот (%). Степень риска развития событий оценивали по величине отношения шансов (OR) с расчетом 95% доверительного интервала (CI). Сравнение групп по частоте встречающегося признака проведено с использованием критерия углового преобразования Фишера.

Результаты и обсуждение. Среди исследуемых детей преобладали мальчики, соотношение полов составило 1,5:1 в группе с ранним дебютом и 1,3:1 в контрольной группе. Средний возраст детей с ранним дебютом составлял $5 \pm 1,5$ лет, длительность заболевания — $3 \pm 0,5$ года. В контрольной группе средний возраст составил $6 \pm 1,2$ лет, а средняя продолжительность болезни составляла $7 \pm 2,5$ лет.

Наиболее значимыми факторами риска для появления бронхиальной астмы до 3-х лет оказалось сочетание экзогенных и эндогенных факторов.

Наличие родственников 1-2 линии с бронхиальной астмой встречалось в 1,5 раза чаще, чем во 2 группе (52,1% и 37,4% соответственно, $p < 0,05$). Частые респираторные инфекции и бронхиты с эпизодами обструкции также выявлялись в 1,3 раза чаще в 1 группе пациентов (85,7% и 62,5% соответственно, $p < 0,05$). Неблагоприятные условия проживания и пассивное курение чаще сопровождали пациентов 1 группы (39,3% по сравнению с детьми 2 группы — 23,1 и 22,6% соответственно, $p > 0,05$). Искусственное вскармливание с рождения увеличивало риски ранней астмы в 3,5 раза. Среди внешнесредовых факторов наибольшее значение имеют неблагоприятные условия проживания (OR — 2,1), пассивное курение (OR—2,2), сопутствующий атопический дерматит на 1 году жизни (OR — 1,4). Перенесенная патология перинатального периода (преждевременные роды и оперативное родоразрешение) увеличивали риски в 2,3 и 1,5 раза соответственно).

Дальнейшие наблюдения показали, что подавляющее число детей с ранним дебютом имели тенденцию к усугублению течения заболевания в последующие 3 года (84,8%). Пересмотр степени тяжести бронхиальной астмы по поводу утяжеления течения зарегистрирован в следующих вариантах: трансформация астмы из легкой степени в среднетяжелую — 17 пациентов (21,5%), из среднетяжелой в тяжелую — у 50 больных (63,3%). Низкий комплаенс (нерегулярная базисная терапия, несоблюдение доз препаратов) как причина утяжеления среднетяжелой БА был выявлен лишь у 4 (2,8%) пациентов. У 12 детей (15,2%) с момента дебюта был установлен диагноз бронхиальной астмы тяжелого течения. Примерно треть пациентов перешли от легкого течения болезни к средней тяжести, а две трети — от средней тяжести к тяжелой.

Выводы. Раннее возникновение бронхиальной астмы (до 3-х лет) тесно связано с такими факторами риска, как генетическая предрасположенность, патологическое течение беременности, использование искусственных смесей, частые респираторные инфекции и неблагоприятные экологические условия. Появление симптомов бронхиальной астмы в раннем возрасте наряду с неблагоприятными факторами приводит к формированию заболевания тяжелой степени тяжести у большинства пациентов.

Список литературы.

1. Чучалин А.Г., Авдеев С.Н., Айсанов З.Р., Белевский А.С., Васильева О.С., Геппе Н.А., Игнатова Г.Л., Княжеская Н.П., Малахов А.Б., Мещерякова Н.Н., Ненашева Н.М., Фассахов Р.С., Хаитов Р.М., Ильина Н.И., Курбачева О.М., Астафьева Н.Г., Демко И.В.,

- Фомина Д.С., Намазова-Баранова Л.С., Баранов А.А., Вишнева Е.А., Новик Г.А. Бронхиальная астма: федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению. Пульмонология. 2022. 32 (3): 393–447. DOI: 10.18093/0869-0189-2022-32-3-393-447.
2. Сулайманов Ш.А., Ашералиев М.Е., Муратова Ж.К., Автандилов А.А., Сулайманова А.Ш. GINA-2024: ключевые изменения и подходы к таргетной терапии // Бюллетень науки и практики. 2024. Т. 10. № 7. С. 259–268. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/104/27>.
 3. Головкин В.А., Мещеряков В.В. Особенности бронхиальной астмы у детей раннего и дошкольного возраста. Вестник СурГУ. Медицина. № 2 (48). 2021. 15–21. DOI: 10.34822/2304-9448-2021-2-15-21.
 4. Камаев А.В., Трусова О.В., Камаева И.А. Возрастная эволюция бронхиальной астмы в педиатрической практике и подходы к улучшению прогноза заболевания. Медицинский совет. 2021. (11). 78–86. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-11-78-86>.
 5. Глушкова Е.Ф., Суровенко Т.Н. Всегда ли легко детям с легкой астмой? Медицинский совет. 2021. (1). 203–212. doi: 10.21518/2079-701X-2021-1-203-212.
 6. Медведева А.С., Щербак В.А. Риск развития бронхиальной астмы у детей, перенесших респираторно-синцитиальную инфекцию в раннем возрасте. Забайкальский медицинский вестник. № 2. 2023. 141–150.
 7. Трусова О.В., Камаев А.В., Гайдук И.М., Кузнецова И.В. Эволюция бронхиальной астмы у детей в течение трех лет от постановки диагноза. Медицинский Совет. 2022. (12). 178–185. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-12-178-185>.
 8. Потапова Н.Л., Гаймоленко И.Н., Смоляков Ю.Н. Анализ значимых факторов при тяжелой бронхиальной астме у детей. Вопросы практической педиатрии. 2020. Т. 15. № 1. 35–41.
 9. Улищенко И.А., Дмитриев А.В., Гудков Р.А., Пак В.И. Клинико-статистическая характеристика и факторы риска у детей с бронхиальной астмой, имеющих коморбидную патологию // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2022. Т. 10. № 2. С. 129–136. <https://doi.org/10.23888/HMJ2022102129-136>.
 10. Аликова З.Р., Байсангурова Л.С., Еналдиева С.С., Кусова И.Т. Сравнительная оценка качества жизни детей с бронхиальной астмой в разных возрастных группах. Менеджер здравоохранения. 2024. №6. 119–126. DOI: 10.21045/1811-0185-2024-6-119-126.
 11. Аветисян К.О. Особенности оценки контроля легкой бронхиальной астмы у детей: клинический случай. Российский педиатрический журнал. 2020. 1 (4). 5–10. doi: 10.15690/rpj.v1i4.2188.

Петрухина И.И., Максимова О.Г., Токсонбаева К.Т.

**НИЗКОРОСЛОСТЬ И СТГ-СТИМУЛЯЦИОННЫЕ ПРОБЫ, ИХ РОЛЬ
В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НИЗКОРОСЛОСТИ У ДЕТЕЙ
В ЗАБАЙКАЛЬСКОМ КРАЕ**

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

Актуальность. Около 2% населения относится к группе индивидов с низким ростом. В большинстве случаев (60–80%) причина низкорослости остается неизвестной, и выставляется диагноз: идиопатическая низкорослость. Идиопатическая низкорослость – это состояние, характеризующееся низкорослостью с ростом ниже -2 SD от нормы (SDS роста менее -2 или ниже 3-го перцентиля) для соответствующего пола, возраста и популяции, при котором исключены известные причины низкорослости. В 3,0–5,0% случаев причиной задержки физического развития у детей с показателями роста менее -2 SD является гипопитуитаризм (гипоталамо-гипофизарная недостаточность) – заболевание, обусловленное отсутствием или снижением секреции гипоталамических нейрогормонов, одного или более гипофизарных гормонов. Врожденный гипопитуитаризм может быть вызван мутациями в генах, контролирующих продукцию СТГ (соматотропного гормона), вовлеченных в формирование гипофиза, ответственных за реализацию сигнала гормона роста – релизинг-гормон (ГР-РГ). Причиной приобретенного гипопитуитаризма

могут быть опухоли как головного мозга, так и вне его, сопровождающиеся химио- и лучевой терапией; травмы; инфекции: вирусные, бактериальный энцефалит и менингит, неспецифический (аутоиммунный гипопизит); инфильтративные болезни (гистиоцитоз, саркоидоз). В рамках гипопитуитаризма наиболее часто встречается дефицит СТГ, который может быть изолированным или сочетаться с недостаточностями других тропных гормонов. Гормоном роста соматотропин называют за то, что у детей и подростков, а также молодых людей с ещё не закрывшимися зонами роста в костях, он вызывает выраженное ускорение линейного (в длину) роста, в основном за счет роста длинных трубчатых костей конечностей. Соматотропин оказывает мощное анаболическое и анти-катаболическое действие, усиливает синтез белка и тормозит его распад, а также способствует снижению отложения подкожного жира, усилению сгорания жира и увеличению соотношения мышечной массы к жировой. Кроме того, соматотропин принимает участие в регуляции углеводного обмена – он вызывает выраженное повышение уровня глюкозы в крови и является одним из контринсулярных гормонов, антагонистов инсулина по действию на углеводный обмен. Описано также его действие на островковые клетки поджелудочной железы, иммуностимулирующий эффект, усиление поглощения кальция костной тканью и др. Многие эффекты гормон роста вызывает непосредственно, но значительная часть его эффектов опосредуется инсулиноподобными факторами роста. Стимулируют продукцию соматотропина вазопрессин, глюкагон, эстрогены (увеличивая число рецепторов соматолиберина на соматотрофах), дофамин, норадреналин, эндорфин и серотонин, причем последний обеспечивает рост секреции гормона в начале глубокого сна, а также изменения обмена веществ. В 9,5% причиной низкорослости являются другие факторы (недостаточное питание, психологические или психические нарушения и т. п.), в 15% случаев выявляются сниженные показатели веса и длины тела при рождении. Дефицит СТГ является самым частым проявлением полного или частичного подавления секреции гормонов гипофиза. Для выявления низкорослости утверждены, полностью описаны и представлены в Клинических рекомендациях МЗ РФ СТГ-стимуляционные пробы, они имеют достоверную значимость для диагностики наряду с МРТ, рентгенографией кистей рук и другими методами. Данные пробы основаны на способности ряда фармакологических препаратов стимулировать секрецию и выброс СТГ аденогипофизом. Для подтверждения диагноза гипопитуитаризма требуется проведение не менее двух стимуляционных проб. Если на первой пробе получен отрицательный результат (т. е. дефицит гормона роста не подтверждается), то вторую пробу проводить не следует. В России наиболее распространены проба с клофелином (клонидином), проба с инсулином, проба с глюкагоном и проба с L-ДОПА. Для детей допубертатного периода в виде первого этапа рекомендуется проведение пробы с клофелином и с глюкагоном. При получении отрицательных результатов (т. е. выброс ГР в пределах нормы) проведение второй пробы не требуется. В случае если выброс ГР низкий, требуется проведение стимуляционной пробы с инсулином или L-ДОПА. У детей пубертатного возраста (наличие вторичных половых признаков, костный возраст 12-13 лет) рекомендуется в виде первого этапа прибегать к пробе с инсулином. При низком выбросе ГР проводится вторая проба с клофелином. Пробу с инсулином редко проводят детям младше 5 лет.

Цель работы: оценка СТГ-стимуляционных проб с препаратами клонидина и инсулина, анализ результатов обследования, выявление процента пациентов с соматотропной недостаточностью среди детей с предварительным диагнозом E34.3 Низкорослость (карликовость), не классифицированная в других рубриках.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 23 пациентов с физическим развитием по росту менее -2 SD с диагнозом E34.3 Низкорослость (карликовость), не классифицированная в других рубриках, госпитализированных для дифференциальной диагностики в кардиоревматологическое отделение ГУЗ «Краевая детская клиническая больница» в период с 2019 по 2023 годы. У всех детей проведены обследования на наличие дефицита гормонов, которые принимают участие в регуляции роста, в сочетании с СТГ, это тиреотропный гормон, пролактин; проведено МРТ головного мозга, определён костный возраст. При наличии изолированного снижения уровня СТГ проведены СТГ-стимуляционные пробы с препаратами клонидина и инсулина, которые являются новыми методами дополнительной диагностики и подтверждения дефицита гормона роста. Повышение уровня гормона роста >10 нг/мл при первой

пробе с препаратом клонидина свидетельствует о нормальном уровне секреции СТГ, следовательно, вторая проба не требуется. Если уровень СТГ <10 нг/мл, проводится проба с инсулином, после которой, учитывая две проведенные пробы, диагноз гипопитуитаризм либо подтверждается, либо опровергается. При оценке результатов исследования был использован метод вариационной статистики с подсчетом коэффициента корреляции.

Результаты исследования. При анализе полученных данных из 23 пациентов (из них 69,5% – мальчики, 30,5% – девочки, в возрасте от 10 до 14 лет), у 13 (56,5%) подтвердился диагноз Гипопитуитаризм, среди них 12 (92,3%) пациентов с изолированным дефицитом СТГ и 1 (7,7%) пациент с сочетанным дефицитом гормонов аденогипофиза и снижением уровня ТТГ. Следующая группа 10 (43,5%) пациентов с диагнозом низкорослость, не классифицированная в других рубриках, выявлено наличие средовых факторов. При проведении корреляционного анализа между ростом и уровнем соматотропного гормона выявлена положительная прямая линейная корреляция. Коэффициент корреляции составил 0,67, что свидетельствует о средней корреляционной зависимости роста от уровня соматотропного гормона. Среднее значение коэффициента стандартного отклонения (SDS) роста у исследуемых детей составил – 2,56, что соответствует 3-ему. перцентилю. Корреляционный анализ между SDS и ростом показал положительную прямую линейную корреляцию, очень высокую связь – коэффициент корреляции 0,99.

Заключение. Таким образом, при выявлении низкорослости ключевую роль в дифференциальной диагностике играют СТГ-стимуляционные пробы, которые достаточно просты в применении, однако имеют достоверную значимость для диагностики наряду с МРТ, рентгенографией кистей рук и другими методами. За период с 2019 по 2023 год выявлено 13 (56,5%) детей с диагнозом гипопитуитаризм, среди которых 92,3% – с изолированным дефицитом гормона роста, 1,7% – с сочетанным дефицитом гормонов аденогипофиза. Низкорослость у мальчиков встречается чаще (69,5%), чем у девочек (30,5%). Патогенетическим лечением при дефиците гормона роста являются препараты рекомбинантного гормона роста (рГР). Важно понимать, что чем раньше начато лечение, тем более благоприятным является прогноз. В 2015 г. средний возраст включения детей с гипопитуитаризмом в программу «Семь высокотратных нозологий» составил 8,96 лет, что является несколько выше желаемой отметки и оставляет место для оптимизации диагностики данного заболевания.

УДК 616-008:616.7

Писаревский Ю.Л., Першин В.А.

**ПРОБЛЕМА КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ
С ДИСФУНКЦИЯМИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА, ИМЕЮЩИХ
ПРИЗНАКИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия**

Введение. Среди пациентов с функциональными нарушениями височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) до 20% приходится на подростков, преимущественно девочек, подавляющее число из которых имеют признаки недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) [2]. На стоматологическом приеме сразу обращают на себя внимание конституциональные особенности скелета этих пациентов (астения, дефицит массы тела), гипермобильность крупных и мелких суставов всех конечностей. Не остаются без внимания врача-стоматолога возможные сопутствующие заболевания, такие как заболевания сердца, глаз, почек; искривление и деформация осевого скелета, конечностей, грудной клетки и другое. Выявлены также особенности патологических изменений со стороны твердых тканей зубов, зубных рядов, пародонта, прикуса. По данным литературы, манифестация маркеров НДСТ у детей раннего возраста может не проявляться, либо проявляться весьма скудно. По мере взросления и гормональной перестройки организма ребенка, особенно в подростковом возрасте, может разворачиваться достаточно разнообразная клиническая картина различной степени тяжести [1]. Бесспорно, что обследование и лечение дисфункций ВНЧС у подростков с признаками НДСТ требует комплексных лечебно-

диагностических мероприятий со стороны специалистов смежных медицинских областей. Однако до сих пор отсутствует преемственность в оказании комплексной медико-профилактической помощи данной категории пациентов.

Цель работы: обосновать необходимость комплексного подхода и преемственности организации медицинской помощи подросткам с дисфункциями ВНЧС и сопутствующими признаками НДСТ в стоматологической и педиатрической практике.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ данных обследования девочек-подростков в возрасте $15,2 \pm 2,4$ лет, обратившихся за помощью в специализированный центр Клиники ФГБОУ ВО ЧГМА с диагнозом «Синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава» (K07.6) за последние 2 года. Все пациенты были распределены на 2 группы. 1-я (клиническая) группа была сформирована из 28 пациенток с дисфункциями ВНЧС и признаками НДСТ; 2-я группа (сравнения) составлена из 30 девочек с дисфункциями ВНЧС без признаков НДСТ. Контрольную группу составили 20 соматически здоровых девочек-добровольцев соответствующего возраста, без отягощенного стоматологического статуса. Стоматологическое обследование проводили по стандартной схеме. Степень открывания рта оценивали с помощью разработанного нами устройства [3]. При формулировании диагноза пользовались МКБ-10. Пациентов с признаками НДСТ, выявленных в процессе сбора анамнеза, направляли на консультацию и амбулаторное обследование к кардиологу, травматологу-ортопеду, офтальмологу, гинекологу-эндокринологу. Оценку массы тела производили по индексу массы тела, предложенному G. Brey: отношение массы тела в килограммах к длине тела в метрах, возведенной в квадрат. Для выявления избыточной гибкости в суставах применяли диагностические критерии гипермобильности суставов по К. Картеру и С. Вилкинсону, в модификации П. Бейтона.

Для оценки степени тяжести НДСТ пациентам с синдромом болевой дисфункции ВНЧС предлагали заполнить анкеты-опросники для выявления распространенности наследственных предикторов формирования НДСТ (табл. 1). По сумме балльной оценки распространенности наследственных предикторов определяли степень тяжести НДСТ. Легкая степень тяжести соответствовала уровню 12 баллов и ниже; средняя степень тяжести находилась в границах 12–23 баллов; наличие 24 баллов и выше расценивалось как тяжелая степень тяжести НДСТ.

Таблица 1

АНКЕТА-ОПРОСНИК

для выявления распространенности наследственных предикторов формирования НДСТ
(по Т.И. Кадуриной, Л.Н. Абакумовой)

№	Есть ли у Вас, у Ваших близких родственников	Да	Нет
1	дефицит массы тела	1	0
2	рост выше 175 см	1	0
3	деформации осевого скелета (кифоз, сколиоз)	1	0
4	деформация грудной клетки	1	0
5	деформации стопы (плоскостопие/полая стопа)	1	0
6	гипермобильность в суставах	1	0
7	привычные нетравматичные вывихи суставов	1	0
8	искривление носовой перегородки	1	0
9	миопия, астигматизм	1	0
10	«плохое состояние зубов»	1	0
11	остеоартроз	1	0
12	остеопороз	1	0
13	остеохондроз	1	0
14	варикозное расширение вен	1	0
15	геморрой	1	0
16	носовые кровотечения	1	0
17	обильные и длительные месячные	1	0

18	склонность к «синякам»	1	0
19	растяжимая кожа	1	0
20	долгое заживление ранок	1	0
21	растяжки беременности	1	0
22	аллергические заболевания	1	0
23	аритмии	1	0
24	пролапс митрального клапана	1	0
25	обморочные состояния	1	0
26	нефроптоз («опущение почек»)	1	0
27	гастроптоз («опущение желудка»)	1	0
28	нарушение моторики ЖКТ (запоры, рефлюксы)	1	0
29	удлиннения кишечника	1	0
30	нейроциркуляторная дистония, гипотония	1	0
	Сумма баллов	1–30	0

Статистическую обработку данных проводили в программе «IBM SPSS Statistics Version 27.0» с применением критериев Манна–Уитни, критический уровень значимости (p) принимался менее 0,05, по тексту обозначаемая символом «*».

Результаты и их обсуждение. Результаты анализа по выявлению наследственных предикторов формирования НДСТ показали, что у 20 из 28 (71,4%) пациенток 1-й группы (клинической) в анамнезе у родителей и/или близких родственников имелись признаки НДСТ. К таким признакам мы относили заболевания органов зрения; нетравматические подвывихи и вывихи верхних и нижних конечностей; наличие плоскостопия и/или полой стопы; сердечно-сосудистой системы; пищеварительной системы и др. Пациентки из 2-й группы (сравнения) подобных сведений из анамнеза ближайших родственников не предоставляли. Анализ результатов анкетирования и обследования пациентов по выявлению наследственных предикторов НДСТ позволил рассчитать удельный вес распространенности этих показателей (табл. 2). Во-первых, обращает на себя внимание преобладающий астенический тип телосложения у девочек-подростков 1-й группы. Астения встречалась у этих пациенток в 2,5 раза чаще по сравнению с пациентками 2-й группы.

Таблица 2

Удельный вес (%) распространенности некоторых предикторов НДСТ у пациенток в различных группах исследования ($M \pm m$)

Предикторы НДСТ	1-я группа (клиническая) (n = 28)	2-я группа (сравнения) (n = 30)	P
астенический тип телосложения	64,8 ± 6,4	25,2 ± 3,5	<0,001
избыточная гибкость в суставах	86,2 ± 7,1	10,6 ± 2,8	<0,001
деформации позвоночника (кифоз, сколиоз)	52,3 ± 5,4	13,4 ± 2,2	<0,001
искривление носовой перегородки	38,5 ± 3,6	5,5 ± 2,4	<0,001
«плохое состояние зубов» (кариес, гингивит, аномалии прикуса)	70,6 ± 8,2	44,3 ± 5,6	<0,02
миопия, астигматизм	52,4 ± 5,0	24,6 ± 3,6	<0,001
носовые кровотечения	51,3 ± 4,6	20,7 ± 3,6	<0,01
Аритмии	43,5 ± 4,6	3,4 ± 1,2	<0,001

Примечание. Здесь p – достоверность различий между аналогичными показателями 1-й и 2-й групп.

Использование диагностических критериев гипермобильности суставов позволило выявить избыточную гибкость в позвоночнике и суставах практически у всех девочек-подростков с синдромом дисфункции ВНС и признаками НДСТ (1-я группа) (рис. 1).



А



Б

Рис. 1. Диагностические критерии гипермобильности суставов: пассивное сгибание I пальца в сторону предплечья при сгибании в лучезапястном суставе (а), переразгибание локтевого сустава свыше 10° (б)

Среди девочек-подростков, не имеющих признаков НДСТ (2-я группа) избыточная гибкость в суставах встречалась только лишь у каждой 10-й. Более чем у 50% пациентов 1-й группы диагностирована деформация позвоночного столба в виде кифоза или сколиоза. У пациенток 2-й группы соответствующая патология встречалась только в 13,4% случаев. «Плохое состояние зубов», включающее наличие множественного кариеса, некариозных поражений зубов, патологию тканей пародонта и аномалии прикуса, первичную адентию и аномалии формы зубов в 1-й группе имели место в 1,6 раза чаще по сравнению с 2-й группой. Значения удельного веса искривления носовой перегородки, в 1-й группе (38,5%) существенно превышают значения такового параметра во 2-й группе (всего 5,5%). Носовые кровотечения зарегистрированы более чем у 50% пациентов 1-й группы, в то время как у пациентов 2-й группы, данный параметр регистрировался лишь у 1/5 от числа всех больных. Близкие к вышеуказанным параметрам соответствующих групп занимают уровни распространенности таких предикторов, как миопия и астигматизм. Аритмии имели место почти у 50% от числа всех больных 1-й группы, тогда как у пациентов 2-й группы аритмии встречались крайне редко. По сумме балльной оценки распространенности наследственных предикторов определяли удельный вес распространенности степени тяжести НДСТ среди пациентов, страдающих синдромом болевой дисфункции ВНС с признаками НДСТ. Установлено, что более половины (58,3%) от числа всех пациентов с синдромом дисфункции ВНС и признаками НДСТ имеют среднюю степень тяжести. Легкая степень НДСТ была выявлена в 30,5% случаев от числа данной категории больных. Вместе с тем в 11,2% случаев у пациентов 1-й (клинической) группы установлена тяжелая степень тяжести НДСТ.

Выводы. Таким образом, уже в процессе сбора анамнестических сведений у подавляющего большинства девочек-подростков 1-й (клинической) группы выясняется наличие у родителей или близких родственников признаков НДСТ. У этих пациенток выявлен преобладающий астенический тип телосложения; дефицит массы тела; избыточная гибкость в суставах конечностей; деформации осевого скелета в виде кифоза или сколиоза; остеохондроз; вторичный остеоартроз. Характерна высокая распространенность множественного кариеса, некариозных поражений твердых тканей зубов, патологии пародонта, аномалий прикуса, количества и формы постоянных зубов. Высокая распространенность приходится на такие предикторы НДСТ, как искривление носовой

перегородки; носовые кровотечения; миопия и астигматизм; аритмии. Более половины от числа всех пациентов 1-й группы имели среднюю степень тяжести НДСТ.

Высокая распространенность дисфункции у подростков ВНЧС на фоне признаков НДСТ представляет актуальную проблему как в стоматологии детского возраста, так и в педиатрии. Это диктует необходимость активного комплексного стоматологического и педиатрического обследования детей и подростков для выявления предикторов и маркеров НДСТ. Разработка комплексного подхода стоматологами и педиатрами, преемственности организации медицинской помощи профильным больным позволит оптимизировать патогенетическое лечение пациентов на стоматологическом приеме.

Список литературы.

1. Абакумова Л.Н., Кадурина Т.И., Новик Г.А. и соавт. Клинический полиморфизм и частота встречаемости гаплонедостаточности гена тенацина, обусловленной del30kb, у детей с синдромом гипермобильности суставов. Педиатрия. 2016. Т. 96. № 6. 193–198.
2. Писаревский Ю.Л., Писаревский И.Ю., Найданова И.С. и соавт. Нуждаемость пациентов с заболеваниями ВНЧС в специализированной помощи. Теория и практика современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: мат. науч-практ. конф. Чита. 2024. 98–101.
3. Патент на полезную модель 186940 RU, МПК А61С 19/04. Устройство для измерения открывания рта: № 2018122570: заявл. 20.06.2018: опубл. 11.02.2019 // И.С. Найданова, Ю.Л. Писаревский, И.Ю. Писаревский [и др.].

¹Почкайло А.С., ²Галашевская А.А.

ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

¹УЗ «Минская областная детская клиническая больница», Минск, Республика Беларусь;

²Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Пациенты детского возраста с воспалительными заболеваниями кишечника, такими как болезнь Крона и язвенный колит, являются группой высокого риска по развитию нарушений костной плотности, что сопряжено не только с возможным развитием остеопороза у них уже в детском возрасте, но и с нарушением физиологического процесса формирования пиковой костной массы – ключевого фактора, определяющего риск раннего и тяжелого остеопороза во взрослой жизни. Широкий спектр факторов обуславливает повышенный риск развития таких нарушений у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника: прямое негативное остеотропное влияние самого заболевания посредством каскада провоспалительных механизмов, а также опосредованное влияние сопутствующего нарушения полового и физического развития пациента, его гормонального и нутритивного статуса. Вынужденное изменение рациона питания с рестрикцией важнейших нутриентов, стойкое снижение физической активности при тяжелых формах заболевания, ограничение естественной инсоляции как естественного фактора обеспечения организма витамином D и, наконец, длительное (а в тяжелых случаях – высокодозовое) применение лекарственных препаратов с негативным остеотропным влиянием (глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов) – вносят существенный вклад в формирование нарушений костной плотности у этой когорты пациентов – вплоть до развития тяжелого коморбидного вторичного остеопороза.

Цель исследования: оценить частоту нарушений минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у детей с воспалительными заболеваниями кишечника.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе Республиканского центра детского остеопороза, функционирующего в учреждении здравоохранения «Минская областная детская клиническая больница». В исследование включено 64 пациента в возрасте от 2 до 18 лет (медиана возраста – 13,5 [11,1; 15,6] лет) с язвенным колитом (26 пациентов) и болезнью Крона (38 пациентов). Гендерное распределение представлено следующим образом: мальчики – 30 (46,9%), девочки – 34 (53,1%). Критерии включения: пациенты детского возраста с установленным

в соответствии с современными критериями диагностики диагнозом болезни Крона и язвенного колита. Денситометрическое исследование проводилось методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (рентгеновский денситометр «Стратос», Франция) по педиатрическим программам исследования поясничного отдела позвоночника (L1-L4) и всего тела без включения костей черепа (total body less head (TBLH)). Для оценки минерализации костной ткани проанализированы показатели МПКТ (BMD – Bone Mineral Density, г/см²), а также интегральный показатель – Z-критерий (Z-score), который выражается в стандартных отклонениях (SD) и характеризует МПКТ обследуемого ребенка в сравнении с средневозрастной нормой для детей того же пола и возраста. В соответствии с рекомендациями Международного общества клинической денситометрии (ISCD, 2019 г.) значения МПКТ при Z-критерии $\leq -2,0$ SD расценивались как «низкая МПКТ» для данного пола и возраста ребенка. Статистический анализ полученных данных проведен с использованием пакета прикладных статистических программ Statistica 12.0. Количественные данные представлены в виде медианы и квартилей (Me [LQ25; UQ75]), а категориальные данные – в виде числа наблюдений и частоты в процентах (n (%)). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В обследованной когорте пациентов выявлены значимые нарушения МПКТ: медианные значения МПКТ L1-L4 составили 0,644 [0,535; 0,812] г/см² (Z-критерий: -1,3 [-2,3; -0,6] SD), медианные значения МПКТ по программе TBLH составили 0,742 [0,656; 0,842] г/см² (Z-критерий: -0,6 [-1,2; 0,3] SD). Низкая МПКТ в сравнении с ожидаемыми значениями для соответствующего пола и возраста выявлена у 22 (34,4%) обследованных пациентов, включая 14 пациентов с болезнью Крона и 8 пациентов с язвенным колитом. Пограничные значения МПКТ в диапазоне значений Z-критерия от -1,9 SD до -1,0 SD определялись еще у 17 (26,6%) детей. Вторичный остеопороз в соответствии с международными диагностическими критериями (ISCD 2019 Pediatric Official Positions) диагностирован у 7 (10,9%) из обследованных пациентов, у которых по результатам магнитно-резонансного исследования позвоночника, верифицировано наличие компрессионных деформаций тел позвонков различной степени выраженности и распространенности в сочетании с низкими показателями МПКТ по данным рентгеновской денситометрии.

Выводы. Результаты проведенного исследования демонстрируют достаточно высокую частоту выявления нарушений плотности костной ткани у детей с воспалительными заболеваниями кишечника. Низкая МПКТ наблюдается у каждого третьего ребенка (34,4%), вторичный остеопороз верифицирован у каждого десятого пациента (10,9%). Очевидна потребность в своевременном предупреждении этой коморбидной патологии у пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона путем проведения ранних профилактических мероприятий, направленных на нивелирование негативного остеотропного эффекта соответствующих факторов риска. Включение оценки МПКТ в стандартные алгоритмы наблюдения за детьми с воспалительными заболеваниями кишечника позволит снизить риск инвалидизирующих осложнений, связанных с остеопорозом.

Симченко А.В.

МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ: ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр „Мать и дитя”,
Минск, Беларусь*

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) представляет собой универсальную систему, разработанную Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для описания состояния здоровья и факторов, влияющих на функционирование и ограничение жизнедеятельности, является стандартом в области измерения состояния здоровья и ограничений жизнедеятельности как на уровне индивида, так и на уровне населения.

Цель: определить особенности и преимущества применения МКФ для комплексной оценки состояния здоровья и уровней физического и нервно-психического развития недоношенных детей с целью детального определения адаптивных возможностей ей и потребности в реабилитации.

Методы исследования. Проведена оценка физического и нервно-психического развития 62 недоношенных детей, рожденных в сроках гестации 24–32 недели, в динамике первого года жизни с использованием критериев МКФ. В карту оценки были включены домены: функции организма (функции умственной деятельности – b1, сенсорные функции и боль – b2, неврологические и двигательные функции – b7); структуры организма (структуры нервной системы – s1, структуры, связанные с движением – s7); активность и участие (мобильность – d4, уход за собой (питание, гигиена) – d5, общение – d7); факторы окружающей среды (продукты и технологии – e1; поддержка и отношения – e3). В комплексной оценке учитывались выявленные нарушения в функциях, структурах, активности и участии; факторы окружающей среды, влияющие на состояние ребенка.

По результатам разрабатывались индивидуальные программы реабилитации и вмешательства.

Результаты. По результатам наблюдения развития недоношенных детей в динамике первого года жизни с учетом доменов МКФ определены особенности применения МКФ у недоношенных детей.

Применение МКФ для оценки здоровья и прогнозирования развития недоношенного ребенка предполагает многоуровневый подход, который принимает во внимание все аспекты функционирования пациента во взаимосвязи с медицинским диагнозом.

Применение МКФ у недоношенных детей помогает объективно оценить последствия перинатального поражения ЦНС, отсутствие нормального ожидаемого развития в ключевые сроки онтогенеза, осложнений бронхолегочной дисплазии, ретинопатии и иной патологии, специфичной для недоношенности.

МКФ позволяет разработать индивидуальную программу ранней помощи и персонализированный план реабилитации, учитывающий особенности нарушений в каждой сфере (моторной, когнитивной, познавательной, эмоционально-волевой, коммуникативной, адаптивной).

Учитывается влияние внешних факторов и факторы окружающей среды (семья, доступ к медицине, образовательные ресурсы) на развитие ребенка и на эффективность реабилитации, что особенно важно для недоношенных детей, у которых здоровье и развитие зависят от множества факторов.

Использование МКФ позволяет анализировать взаимное влияние сочетания биологических, социальных и поведенческих факторов на здоровье ребенка.

МКФ помогает учитывать не только состояние ребенка, но и влияние семьи и социальных условий на его здоровье и развитие, что делает этот подход более гуманистичным и ориентированным на повышение качества жизни семьи недоношенного ребенка.

Структурирование и систематизация критериев здоровья ребенка с помощью МКФ позволяет контролировать и оценивать эффективность реабилитационных мероприятий, выявлять прогресс с целью поддержания долговременной мотивации семьи при получении ранней помощи, формулировать новые цели и достигать их, тем самым обеспечивая поступательное развитие ребенка.

МКФ помогает координировать действия специалистов ранней помощи медицинского и педагогического профилей, способствует определению вводных и конечных целевых точек для раннего вмешательства в группах детей, имеющих высокие риски инвалидизации.

Использование МКФ позволяет включать в процесс реабилитации всю семью недоношенного ребенка, помогает объяснить родителям особенности развития недоношенного ребенка и предложить рабочие стратегии реабилитации, имеющие точки приложения в каждой конкретной ситуации нарушений.

МКФ позволяет прогнозировать возможные ограничения жизнедеятельности и разрабатывать меры для их минимизации.

МКФ используется во многих странах мира, что делает результаты диагностики сравнимыми на международном уровне.

Выводы. Использование МКФ у недоношенных детей способствует комплексной

диагностике здоровья недоношенных детей, систематизации подходов к лечению и реабилитации, что в конечном итоге повышает качество жизни недоношенного ребенка и его семьи, снижает риски инвалидизации, улучшает прогноз, позволяя реализовать максимальный потенциал на каждом этапе развития.

УДК 304.3.

Степушкина И.Е., Копылович М.В.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ – ОСНОВА ПОЛНОЦЕННОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Щигровский филиал областного бюджетного профессионального образовательного учреждения «Курский базовый медицинский колледж», Щигры, Россия

Введение. В Курском областном перинатальном центре на поддержку грудного вскармливания направлено внимание всех сотрудников: врачей-гинекологов, неонатологов, педиатров, акушеров и медсестер. Консультант по грудному вскармливанию Анна Пискун каждый день объясняет женщинам, как правильно держать младенца, соблюдать гигиену и многое другое. Нередко молодые мамы, столкнувшись с трудностями, переходят на молочные смеси, хотя никакой необходимости и показаний к этому нет. Зачастую женщинам не хватает грамотности в этих вопросах [9]. Отмечено, что у женщин, кормящих грудью, значительно реже развиваются злокачественные новообразования молочных желез и рак яичников. Проблема естественного вскармливания очень актуальна не только в Курской области, но и в нашей стране и мире [6].

Цель работы: проанализировать деятельность медицинской сестры педиатрического участка по поддержке и пролонгации грудного вскармливания.

Методы исследования: аналитический, статистический, анкетирования, выборки.

Результаты работы и их обсуждение. Изучая литературные данные развития и заболеваемости детей первого года жизни, мы увидели, что большинство авторов сходятся во мнении: сложившаяся организация питания детей раннего возраста за последние годы привела к росту алиментарно-зависимых заболеваний: рахита, гипотрофии и паратрофии в 2 раза, анемии и пищевой аллергии – в 1,5 раза [6].

Проведенные исследования показали, что эти заболевания характеризуются отдаленными последствиями, такими как задержка психомоторного развития, снижение способности к обучению, изменение поведения и др. [7]. Поэтому так важно оценивать основные показатели состояния здоровья детей первого года жизни в зависимости от вида вскармливания на каждом педиатрическом участке.

В начале нашего исследования была выдвинута гипотеза – грамотная организация пропаганды грудного вскармливания является основой полноценного физического и нервно-психического развития ребенка. Чтобы доказать, так ли это, необходимо провести статистический анализ данных медицинской документации (заболеваемость детей первого года жизни, оценка физического и нервно-психического развития детей находящихся на разных видах вскармливания).

Была проведена выборка данных 802 форм № 112/у «История развития ребенка» педиатрического участка № 1 Детской поликлиники ОБУЗ «Щигровско-Черемисиновская ЦРБ». Отобрано 18 детей в возрасте до года, которые будут служить объектом нашего исследования. Их родители также будут являться объектом исследования.

Из 18 изучаемых детей – 16 находились на грудном вскармливании с рождения, получали искусственное питание с рождения 2 человека. Причина – осложненные роды, агалактия (1 человек), нежелание матери кормить грудью (1 человек).

Получали грудное вскармливание до 2 месяцев все 16 респондентов, к трем месяцам их количество уменьшилось до 14, к шестимесячному возрасту находились на грудном вскармливании уже 11 детей, а к году их количество снизилось до 7. Изучая особенности вскармливания этих детей, мы узнали, что все эти дети были переведены на смешанное вскармливание, причины – гипогалактия у матери, нежелание матери продолжать кормление грудью

В связи с переходом на смешанное вскармливание, у этих наблюдалось более раннее введение

прикормов.

Объясняется это тем, что дети, находящиеся на грудном вскармливании, получали достаточное количество молока и могли как можно дольше оставаться на одном виде вскармливания, что является хорошей профилактикой алиментарной аллергии, согласно последним научным исследованиям и рекомендациям Союза педиатров России. В то же время введение прикормов в 4 мес. у детей из группы «смешанного вскармливания» говорит о том, что им необходимо восполнять дефицит витаминов и микроэлементов и раньше начинать развивать пищевой интерес.

Изучая заболеваемость этих детей мы узнали, что из 7 обследуемых, входящих в группу грудного вскармливания, только 2 однократно в течение года заболели ОРВИ, что доказывает огромное значение грудного вскармливания в отношении формирования иммунитета у ребенка. Только у одного из 7 детей был выявлен экссудативно-катаральный диатез, связанный с введением «красных продуктов». Кишечные колики наблюдались у двоих детей.

В то время как в группе «смешанного вскармливания» аллергические проявления наблюдались почти у половины.

Это объясняется тем, что родители не всегда используют адаптивные смеси, стараются, как можно раньше начать вводить прикорм в виде каши или овощного пюре, используют разбавленное коровье молоко для приготовления каш, что также являлось причиной возникновения колик у ребенка, развития запоров или наоборот, жидкого стула. У этих же детей наблюдалось развитие рахита.

Все дети из группы «искусственного вскармливания» были подвержены ОРВИ, у всех наблюдались запоры и кишечные колики – реакция на то, что в смеси много белкового компонента, у всех наблюдался атопический дерматит, что привело к необходимости более раннего введения овощей (кабачков, брокколи, цветной капусты) в рацион ребенка (таб. 4).

Однозначно, что заболевания ведут к ухудшению физического развития, которое в свою очередь тормозит нервно-психическое развитие.

При изучении нервно-психического и физического развития дети в группе «грудного вскармливания» опережали сверстников: на 1 эпикризный срок – 2 ребенка, на 3 эпикризных срока – 2 ребенка, развивались по возрасту – 3 ребенка.

В группе «смешанного вскармливания» развивались по возрасту 6 детей, задержка физического развития наблюдалась у 2 детей, у 1 ребенка наблюдалась задержка физического и нервно-психического развития; в группе «искусственного вскармливания» 1 ребенок развивался по возрасту, 1 ребенок отставал в физическом развитии.

Эти данные еще раз доказывают, что грудное вскармливание является наилучшим, придуманным самой природой, видом кормления ребенка, отвечающим всем требованиям для развития не только органов и систем растущего организма, но и его адаптации к окружающей среде, в том числе и социальной адаптации.

На первом этапе нашего исследования, мы выявили, что большинство женщин педиатрического участка № 1 перевели своих детей на смешанное кормление раньше, чем им исполнился год.

С целью анализа причин, а также выстраивания дальнейшей работы медицинской сестры по пропаганде грудного вскармливания мы предложили респондентам принять участие в социальном опросе по разработанной нами анкете.

В опросе согласились принять участие 20 человек.

Возраст большинства респондентов на момент родов составлял от 18 до 30 лет.

Знают о значении влияния грудного вскармливания на организм ребенка 90% опрошенных.

85% опрошенных осведомлены о том, что грудное молоко необходимо для крепкой иммунной защиты ребенка.

Знают о преимуществах грудного вскармливания 90% респондентов. И это интересный показатель, т. к. это знание на практике в большинстве случаев не ведет к сохранению лактации, сохранили лактацию до года только 7 из 16 обследованных женщин

Большинство респондентов (45%) указывают, что их ребенок получает естественное вскармливание, т. е. грудное молоко, 38% говорят о смешанном вскармливании (это введение

прикормов, а также докормов) и 17% кормят ребенка смесью, что говорит о прекращении лактации.

На предложение описать режим кормления ребенка мамы, у которых дети были на грудном вскармливании, в 55% случаев отвечали, что кормят ребенка по требованию без ночного перерыва, 45% делают перерыв на ночь (это те женщины, ребенок которых достиг возраста 5–7 месяцев).

Мамы, у которых ребенок находился на смешанном или искусственном вскармливании, отвечая на данный вопрос, выбирали в 100% случаев вариант «Строго по часам».

20% респондентов считают, что обучать беременных женщин кормлению грудью не нужно, причем 5% отмечает, что нет разницы чем кормить ребенка.

Однозначно, эти опрошенные входят в группу риска по раннему отказу от грудного вскармливания.

С такими женщинами необходимо проводить постоянную профилактическую работу, направленную на осознание преимущества кормления грудью для ребенка. Даже если сейчас они уже не кормят малыша, возможно в будущем они захотят иметь еще одного или нескольких детей, которым также потребуются грудное вскармливание.

С проблемой уменьшения молока сталкивались 70% опрошенных, при этом только 40% были обучены стимуляции лактации. 5% респондентов, выбравших вариант ответа «Иное» – это лица с агалактией.

Знают о значении правильного питания кормящей женщины 75% опрошенных, 25% нуждаются в обучении по данному вопросу.

15% нуждаются в обучении методам и способам стимуляции лактации. При уменьшении количества молока 40% женщин стараются чаще прикладывать ребенка к груди, 30% меняют свой пищевой рацион и питьевой режим, 30% используют докорм. При этом 5% опрошенных, используют в качестве докорма коровье молоко, что является недопустимым, т. к. коровье молоко в раннем возрасте ребенка не усваивается его организмом и может приводить к расстройствам пищеварения.

Вопрос «Пользовались ли Вы «пустышкой»?» задавался респондентам не случайно, ведь в целях стимуляции лактации при гипогалактии необходимо как можно чаще прикладывать ребенка к груди, и в этом случае «пустышка» выступает в роли негативного фактора. 60% наших респондентов использовали «пустышку». Поэтому они нуждаются в разъяснении со стороны медицинской сестры о ситуациях, в которых лучше ее не использовать.

Причинами, по которым женщины отказывались от кормления грудью, были разные, среди них ведущее место занимает гипогалактия и агалактия – 35%.

Есть причины, на которые особое внимание следует обратить медицинскому работнику – нежелание кормить грудью (5%) и отказ ребенка от груди (10%).

Эти случаи требуют обучения женщины либо разъяснений значения грудного вскармливания для гармоничного развития ребенка.

На вопрос: «До какого возраста необходимо грудное вскармливание?» 60% ответили „до года” и 35% опрошенных респондентов утверждают, что кормить грудью нужно более года. Исходя из этих данных, мы также видим, что опрашиваемые женщины нуждаются в обучении правильному, грамотному и осознанному подходу в вопросах естественного питания ребенка.

Знания респондентов о значении грудного вскармливания, его преимуществах перед искусственным, а также о том, что у ребенка, находящегося на естественном вскармливании, лучше формируется иммунитет, при проведении более детального опроса оказались не только недостаточные, но скорее всего «клиповые», то есть основанные на красивых картинках средств массовой информации. Как видно из опроса, столкнувшись с проблемой гипогалактии, многие сразу же переходят на использование «пустышки», чтобы успокоить ребенка между кормлениями, докормы. И, в конечном итоге, на искусственное вскармливание. Поэтому, на наш взгляд, женщины и их семьи, в доме которых появился новорожденный ребенок, также нуждаются в обучающих занятиях, как и беременные и родильницы. И задача участковой патронажной службы и службы кабинета «Здорового ребенка» заключается в создании «Школы мам», где и будет проходить обучение профилактики гипогалактии и пролонгации лактации.

В своей анкете мы предусмотрели вопрос, подчеркивающий значение необходимости

создания подобной школы. При ответе на него 50% респондентов указали, что обратились бы в «Школу грудного вскармливания» при наличии у них вопросов, если бы таковая была.

Все данные опроса мы довели до сведения участкового педиатра, участковой медицинской сестры и медицинской сестры кабинета здорового ребенка и совместными усилиями организовали «Школу грудного вскармливания» для женщин педиатрического участка № 1, возраст детей которых составлял от 7 дней до 3 месяцев. Этот возраст был выбран как самый трудный в отношении сохранения лактации. Ведь именно в этот период многие женщины сталкиваются с проблемами (ребенок неправильно берет грудь, хроническое недосыпание женщины, неправильное питание женщины, стресс, обусловленный уходом за ребенком и одновременными обязанностями в семье, и т. д.), которые в конечном итоге приводят к гипогалактии. Были разработаны обучающие лекции и памятки, проведены три обучающих занятия. Мы надеемся, что наши действия помогут педиатрическим медицинским сестрам в пропаганде грудного вскармливания, а мамам малышей – как можно дольше сохранять лактацию.

Выводы:

1. Дети, находящиеся на грудном вскармливании, имеют гармоничное физическое и нервно-психическое развитие, либо опережающие эпикризные сроки развития; меньше подвержены простудным заболеваниям, рахитам, анемиям, гипотрофиям, расстройствам желудочно-кишечного тракта.
2. Несмотря на достаточные теоретические знания, большинство опрошенных женщин, столкнувшись с проблемой гипогалактии, сразу же переходят на использование «пустышки», чтобы успокоить ребенка между кормлениями, докормы, искусственное кормление.
3. Постоянное обучение и методическое сопровождение участковой медицинской сестрой женщины на протяжении всего кормления грудью обеспечит длительное сохранение лактации.
4. Создание «Школы поддержки грудного вскармливания» на педиатрических участках и кабинетах «Здорового ребенка» может способствовать пролонгации грудного вскармливания.
5. Сделанные в ходе работы выводы доказывают нашу гипотезу – грамотная организация пропаганды грудного вскармливания является основой полноценного физического и нервно-психического развития ребенка.

Список литературы.

1. Васильева Е.И. Питание детей первого года жизни в норме и при некоторых патологических состояниях: учебн. пособие для студентов, ординаторов и врачей общей практики / Е.И. Васильева [и др.]. – Иркутск : ИГМУ, 2019. – 56 с. – Текст: непосредственный.
2. Григорьев К.И. Требования к уходу и воспитанию ребенка раннего возраста / К.И. Григорьев – Текст: непосредственный // Медицинская сестра. – 2018. – № 20 (8). – С.18–25.
3. Золотарева И.Л. Грудное вскармливание как основа развития здорового ребенка / И.Л. Золотарева, Н.Н. Попова – Текст: непосредственный// В сборнике: Современное образование: опыт прошлого, взгляд в будущее. Сборник статей, 2020. – С. 256–262.
4. Кравцова А.Г. и др. Поддержка грудного вскармливания – залог здоровья будущего поколения / А.Г. Кравцова и др. – Текст: непосредственный // Вятский медицинский вестник – 2015. – № 2 – С. 58–60.
5. Лысенко И.М. Питание здорового ребенка. Пособие / И.М. Лысенко, Г.К. Баркун, Л.Н. Журавлева. – Витебск: ВГМУ, 2014. – 40 с. – Текст: непосредственный.
6. Плескань О.Ю. Грудное вскармливание/ О.Ю. Плескань – Текст: непосредственный // Медицинская сестра. – 2017 – № 7. – С. 7–10.
7. Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации: методические рекомендации / ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. – М.: б. и., 2019. — 112 с. ISBN 978-5-6042256-5-3 – Текст: непосредственный.
8. Трушина О. На защите грудного вскармливания / О. Трушина – Текст: непосредственный // Комсомольская правда. – 2018. – 16 авг.
9. Тульчинская В.Д. Сестринское дело в педиатрии / В.Д. Тульчинская [и др.]; под ред. Р.Ф.Морозовой. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 383 с. – Текст: непосредственный.

УДК: 616.98:579.2/579.9-053.2

^{1,2}Туйчиев Л.Н., ^{1,2}Рахимов Р.Р., ¹Мухамедова Н.М., ¹Юлчиева Р.Б., ¹Рузметова С.И.,¹Миркасымова Х.Х., ¹Низамхожаева М.А.**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ ДИАРЕЙ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА
У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА***¹Научно-исследовательский институт вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, Республика Узбекистан, г. Ташкент;**²Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Введение. Острая диарея инфекционного генеза является одной из самых распространённых причин заболеваемости среди детей разных возрастных групп. Её основными возбудителями являются вирусы, бактерии и паразиты, которые могут проникать в организм через заражённые пищу, воду или контакт с инфицированными объектами. Диарея является важным индикатором инфекционных заболеваний, поскольку нарушает водно-электролитный баланс, что может привести к обезвоживанию, особенно у детей младшего возраста [1, 2].

Эти заболевания представляют собой серьёзную угрозу для здоровья детей, особенно в странах с низким уровнем санитарных условий и ограниченным доступом к медицинским услугам. Важность ранней диагностики, своевременной терапии и профилактики острых диарей инфекционного генеза не вызывает сомнений. Несмотря на общий характер заболевания, его клинические проявления могут существенно варьировать в зависимости от возраста пациента, особенностей иммунного ответа и тяжести инфекции [3, 4].

Особое внимание стоит уделить анализу различных факторов, влияющих на развитие острой диареи у детей, включая микробиологические и экологические аспекты. Современные подходы к лечению и профилактике острых кишечных инфекций требуют учета специфических особенностей заболеваний в зависимости от возрастной группы пациентов [5, 6].

Цель исследования: изучение этиологической и клинической характеристики острой диареи инфекционного генеза у детей различных возрастных групп с использованием молекулярно-биологических методов диагностики

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе инфекционного стационара г. Ташкента.

В исследовании приняли участие 176 пациентов в возрасте от одного месяца до 43 лет, поступившие в стационар с диагнозом острой диареи. Пациенты представляли различные возрастные группы, включая младенцев, детей дошкольного и школьного возраста, а также взрослых.

Включению в исследование подлежали пациенты с острой диареей, сопровождающейся тремя и более эпизодами жидкого стула в течение суток, при наличии госпитализации и возможности предоставления образца кала в течение первых 48 часов пребывания в стационаре. Исключались пациенты с длительностью диареи более семи дней до поступления, хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, такими как воспалительные заболевания кишечника или синдром раздраженного кишечника, а также лица, получавшие антибиотики за 10 дней до госпитализации.

Для определения этиологической структуры заболевания использовались образцы кала, собранные в стерильные контейнеры в течение первых трех дней с момента появления симптомов. Все образцы маркировались и немедленно замораживались при температуре минус 20 градусов Цельсия до момента проведения анализа. В случае задержки транспортировки образцы хранились при температуре 4 градуса Цельсия не более 24 часов перед замораживанием.

Диагностика осуществлялась методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Для выделения нуклеиновых кислот использовались коммерчески доступные наборы согласно инструкциям производителя. В исследовании анализировались вирусные патогены, включая норовирус, ротавирус, астровирус и аденовирус, а также бактериальные патогены, такие как *Salmonella* spp., *Campylobacter* spp., *Shigella* spp. и энтеропатогенные и энтеротоксигенные штаммы *Escherichia coli*.

Каждый образец анализировался на наличие указанных патогенов с использованием

мультиплексных ПЦР-наборов. Результаты считались положительными при обнаружении специфических амплификационных продуктов с пороговым значением $Ct \leq 35$.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ 176 случаев инфекционных заболеваний выявил, что в 26,7% случаев была идентифицирована вирусная этиология, тогда как в 6,3% случаев отмечена микст-инфекция двумя вирусами. Бактериальная этиология была установлена в 6,3% случаев, а в 2,3% случаев обнаружена смешанная вирусно-бактериальная инфекция. Наибольшая доля заболеваний (58,5%) осталась без установления конкретного возбудителя.

Среди вирусных патогенов доминировали норовирус (32,9%) и ротавирус (27,4%), тогда как астровирус (1,4%) и аденовирус (2,7%) встречались реже. Среди бактериальных патогенов наиболее часто обнаруживались *Campylobacter* spp. (6,8%), *Salmonella* spp. (4,1%) и *Shigella* spp. (4,1%). Выявлены случаи смешанных инфекций: ротавирус + астровирус (1,4%), ротавирус + норовирус (12,3%), ротавирус + *Campylobacter* (2,7%), норовирус + *Campylobacter* (2,7%) и ротавирус + астровирус + норовирус (1,4%) (Таблица 1).

Таблица 1

Этиологическая структура острых диарей 2024 года

	Абс	%
Моноинфекция		
Norovirus	24	32,90%
Rotavirus	20	27,40%
Adenovirus	2	2,70%
Astovirus	1	1,40%
Campylobacter	5	6,80%
Salmonella spp	3	4,10%
Shigella spp	3	4,10%
Микст-инфекция		
Rotavirus+Norovirus	9	12,30%
Rotavirus+Campylobacter	2	2,70%
Norovirus+Campylobacter	2	2,70%
Rotavirus+Astrovirus	1	1,40%
Rota+Astro+Norovirus	1	1,40%

Распределение возбудителей острой диареи зависит от возрастной группы. Норовирус был обнаружен во всех возрастных группах, наиболее часто у детей 1–2 лет (50,0%) и 7–14 лет (50,0%), реже у детей 3–6 лет (16,7%). Ротавирус чаще всего встречался у детей младше 12 месяцев (43,8%) и в возрастной группе 3–6 лет (33,3%), тогда как у детей старше 7 лет он не выявлялся. Астровирус и аденовирус регистрировались редко, преимущественно у младенцев (6,3%) и детей 1–2 лет (3,1%).

Заболевание норовирусной инфекции начиналось остро, с повышения температуры тела до 38–39 °С, тошноты и многократной рвоты, что встречалось в 85% случаев. Водянистая диарея была характерна для 90% инфицированных, при этом симптомы дегидратации развивались в 40% случаев, особенно среди детей младшего возраста. Продолжительность болезни составляла от 5 до 7 дней, причем у детей младше 2 лет восстановление было несколько более длительным, с симптомами малой дегидратации, которые сохранялись еще несколько дней после нормализации температуры. В 15% случаев наблюдалась легкая задержка в восстановлении нормальной функции кишечника, что характеризовалось периодическим вздутием живота и нестабильным стулом.

При ротавирусной инфекции заболевание начиналось с высокой температуры (до 39 °С) в 90% случаев, сопровождавшейся болями в животе (80%) и общей слабостью (95%). Основными клиническими проявлениями были интенсивная водянистая диарея и многократная рвота, что наблюдалось в 95% случаев, особенно в первые 48 часов. В 30% случаев заболевание было связано с развитием умеренной дегидратации, которая потребовала проведения регидратационной терапии. Продолжительность диареи составила 3–5 дней в 85% случаев, и к 7–10 дню большинство детей

восстанавливались. Особое внимание следует уделить детям младше 12 месяцев, у которых течение инфекции было более тяжелым и требовало госпитализации в 20% случаев.

Клинические проявления астровирусной инфекции были относительно мягкими: умеренное повышение температуры (до 38 °C), единичные эпизоды рвоты и продолжительная, но менее интенсивная диарея (до 5 дней). Интоксикация была выражена слабо, и все симптомы исчезли в течение недели. На момент исследования данный случай не потребовал госпитализации, и ребенок полностью восстановился через 5 дней без осложнений. Это подчеркивает более легкое течение астровирусной инфекции по сравнению с другими вирусами.

Один случай аденовирусной инфекции был зарегистрирован среди младенцев, сопровождавшийся температурой до 38,5 °C и симптомами респираторной инфекции (насморк, кашель, конъюнктивит). Диарея была умеренной, продолжавшейся 3–4 дня, и была не столь выражена, как при ротавирусной или норовирусной инфекциях. Лихорадка держалась до 3 дней, после чего постепенно спадала. В этом случае заболевание протекало без тяжелых осложнений, и к 7–10 дню ребенок полностью восстановился.

Campylobacter spp. выявлен у детей 1–2 лет (6,3%) и взрослых старше 15 лет (50,0%), но отсутствовал в других возрастных группах. *Salmonella* spp. ($n = 3$) чаще встречалась у детей 3–6 лет (33,3%) и у взрослых (50,0%). *Shigella* spp. ($n = 1$) обнаружена в возрастных группах 1–2 лет (3,1%), 3–6 лет (16,7%) и 7–14 лет (50,0%). *E. coli* не была выявлена ни в одной возрастной группе.

У детей инфекция *Campylobacter* spp. проявлялась в виде острой диареи с умеренным повышением температуры (до 38 °C), болями в животе и тошнотой. Рвота была менее выражена, наблюдалась в 40% случаев. В большинстве случаев заболевания имели умеренное течение, и симптомы исчезали через 3–5 дней без развития осложнений. У взрослых старше 15 лет инфекция проявлялась более тяжело: симптомы включали интенсивную водянистую диарею, повышенную температуру тела (до 39 °C) и признаки интоксикации (слабость, головная боль). Восстановление происходило через 7–10 дней.

У детей *Salmonella* инфекция проявлялась как острое расстройство желудка, с сильными болями в животе, водянистой диареей и рвотой (в 75% случаев). Температура тела повышалась до 38–39 °C, в некоторых случаях наблюдалась умеренная дегидратация. Заболевание продолжалось от 3 до 7 дней, симптомы диареи и рвоты обычно исчезали через 4–5 дней, однако слабость сохранялась еще некоторое время. У взрослых инфекция протекала более тяжело с выраженными симптомами интоксикации, частыми эпизодами рвоты и сильными болями в животе. Продолжительность заболевания у взрослых составила 5–7 дней, в редких случаях требовалась госпитализация для коррекции электролитных нарушений и дегидратации.

В детской возрастной группе инфекция *Shigella* проявлялась остро, с симптомами высокой температуры (до 39 °C), болями в животе и водянистой диареей, которая часто становилась кровавой (в 50% случаев). Заболевание сопровождалось выраженной интоксикацией и общей слабостью. Симптомы продолжались 4–7 дней, с постепенным улучшением после 3–4 дней лечения. У детей старшего возраста (7–14 лет) заболевание протекало легче, с более выраженной локализацией болей в животе и менее интенсивной диареей. Температура снижалась после 1–2 дней лечения, и выздоровление наступало в течение 5–7 дней. У детей младшего возраста (1–2 года) *Shigella* вызывала более серьезное течение заболевания, требующее медицинского наблюдения.

Наше исследование показало, что различные инфекционные агенты проявляют различные патогены распространения в зависимости от возрастных категорий. Это подтверждает необходимость возрастной дифференциации в подходах к диагностике, лечению и профилактике заболеваний, сопровождающихся острыми кишечными расстройствами.

Сравнительный анализ распространенности различных возбудителей среди разных возрастных групп позволяет выделить специфические паттерны, что важно для определения стратегий борьбы с инфекциями в детской практике. Например, норовирусная и ротавирусная инфекции чаще встречаются у младенцев и детей раннего возраста, что связано с особенностями их иммунного ответа и частыми контактами с возбудителями в детских коллективах. В то время как бактериальные инфекции, такие как *Salmonella* и *Shigella*, часто наблюдаются у детей старшего возраста и взрослых, что может быть связано с их характерным механизмом передачи, включая

загрязненные продукты питания или воду. Это подчеркивает необходимость различных методов профилактики, таких как вакцинация против ротавируса и соблюдение санитарно-гигиенических норм для предотвращения бактериальных инфекций.

Клинические проявления инфекций также демонстрируют значительные различия в зависимости от возбудителя и возраста пациента. Например, норовирус и ротавирус характеризуются острым началом с выраженной дегидратацией, что является критическим фактором при лечении младенцев и детей младшего возраста. Это требует не только контроля за водно-электролитным балансом, но и быстрого реагирования на симптомы дегидратации с использованием регидратационных растворов. В то же время бактериальные инфекции, такие как *Campylobacter* spp., *Salmonella* spp., и *Shigella* spp., часто сопровождаются более выраженной интоксикацией и могут требовать применения антибиотиков, что также зависит от возраста пациента. Важно учитывать, что бактериальные инфекции могут протекать более тяжело у взрослых, особенно при наличии сопутствующих заболеваний, что требует более интенсивного лечения и возможно госпитализации.

Среди зарегистрированных случаев острой диареи также были выявлены случаи смешанных (микст) инфекций, включающих сочетание вирусных и бактериальных патогенов. Этот факт представляет собой важное наблюдение, поскольку наличие двух или более инфекционных агентов одновременно может существенно изменять клиническое течение заболевания, осложнять диагностику и требовать более сложного подхода к лечению.

Наиболее частым вариантом микст-инфекции было сочетание ротавируса и норовируса, зарегистрированное преимущественно у детей в возрасте до 12 месяцев (83,3%) и 1–2 лет (50,0%). В группе детей старше 2 лет данная комбинация не выявлена. Сочетание ротавируса и астровируса диагностировано исключительно у младенцев до 12 месяцев (16,7%). Тройная вирусная микст-инфекция (норовирус, астровирус и аденовирус) была отмечена у детей 1–2 лет (12,5%).

Бактериально-вирусные коинфекции включали сочетание ротавируса и *Campylobacter* spp., выявленное в возрастных группах 1–2 лет (12,5%) и 7–14 лет (100,0%). Другая комбинация, норовирус + *Campylobacter* spp., была зафиксирована у детей 1–2 лет (25,0%).

Клиническая картина ротавирусно-норовирусной инфекции включала высокую температуру (до 39 °C) в 90% случаев, многократную рвоту (80%), водянистую диарею (100%) и боли в животе (75%). В 40% случаев диагностирована дегидратация средней степени, требующая регидратационной терапии. Продолжительность заболевания варьировала от 5 до 7 дней. В группе детей 1–2 лет также наблюдались высокая температура (до 38,5 °C), многократная рвота (70%) и водянистая диарея (100%), но степень дегидратации была менее выраженной (30% случаев). Симптомы сохранялись от 5 до 7 дней, с улучшением состояния через 3–5 дней. В группе детей старше 2 лет ротавирусно-норовирусная коинфекция не зарегистрирована.

При сочетании ротавируса и астровируса наблюдались умеренное повышение температуры (до 38 °C), легкая водянистая диарея, реже встречающаяся рвота (40%) и умеренные боли в животе. Продолжительность заболевания составила 3–5 дней, при этом симптомы были менее выражены по сравнению с другими вирусными инфекциями.

Тройная вирусная микст-инфекция (норовирус, астровирус, аденовирус) сопровождалась высокой температурой (до 39 °C) у всех пациентов, многократной рвотой и водянистой диареей, встречавшимися практически во всех случаях. В 75% отмечались боли в животе, а в 30% – умеренная интоксикация, проявляющаяся слабостью и головной болью. Симптомы сохранялись 7–10 дней, с улучшением на 5–7 день.

При бактериально-вирусной микст-инфекции (ротавирус + *Campylobacter* spp.) в группе детей 1–2 лет заболевание сопровождалось высокой температурой, многократной рвотой, водянистой диареей и болями в животе. В 50% случаев отмечена дегидратация средней степени. Продолжительность болезни составила 5–7 дней. У детей 7–14 лет клиническая картина была схожей, но рвота встречалась реже, а дегидратация наблюдалась у 60% пациентов. Симптомы исчезали после 5–7 дней лечения.

В случаях коинфекции норовируса и *Campylobacter* spp. высокая температура (до 38,5 °C), многократная рвота и водянистая диарея были преобладающими симптомами, сопровождаясь болями в животе у 70% детей. Признаки дегидратации (сухость во рту, уменьшение

мочеотделения) зарегистрированы у 40% пациентов. Симптомы сохранялись 4–6 дней и исчезали на 7-е сутки.

Результаты исследования демонстрируют выраженную возрастную предрасположенность к различным вариантам микст-инфекций. Вирусные коинфекции (ротавирус, норовирус, астровирус, аденовирус) доминируют среди младенцев и детей раннего возраста, тогда как бактериально-вирусные коинфекции чаще регистрируются у детей старшего возраста. Этот факт согласуется с данными мировых исследований, указывающих на ведущую роль вирусных патогенов в этиологии детской диареи, в то время как бактериальные инфекции чаще выявляются у взрослых и в эндемичных районах.

Клинические проявления смешанных инфекций часто бывают более выраженными, чем при моноинфекциях, что подтверждается более высокой частотой дегидратации и длительностью симптомов. Особенно значимым является факт высокой температуры и выраженной рвоты при сочетании вирусных агентов, что требует внимательного контроля состояния пациентов и своевременной регидратационной терапии.

Полученные данные подчеркивают необходимость комплексного подхода к диагностике острой диареи с применением молекулярных методов идентификации патогенов. Важно учитывать возможное сочетание вирусных и бактериальных возбудителей, что может усложнять клиническую картину и требовать комбинированных диагностических и лечебных стратегий. Мониторинг возбудителей и молекулярно-генетический анализ инфекционных агентов позволят своевременно адаптировать меры профилактики и контроля, включая вакцинацию против ротавируса и улучшение санитарно-гигиенических стандартов в детских коллективах.

Выводы:

1. Ведущая роль вирусных инфекций: норовирус и ротавирус оказались доминирующими патогенами среди вирусных возбудителей острой диареи, особенно у детей младшего возраста. Норовирус чаще встречался у детей 1–2 лет и 7–14 лет, тогда как ротавирус — у младенцев и детей 3–6 лет. Астровирус и аденовирус были менее распространены.
2. Микст-инфекция вирусных и бактериальных патогенов является значимым фактором, который может усложнять клиническую картину заболевания. Наиболее часто встречалась микст-инфекция ротавируса и норовируса. Эти данные подтверждают необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению, чтобы учитывать возможные смешанные инфекции.
3. Значительная доля случаев (58,5%) осталась без установленного возбудителя, что может быть связано с ограничениями существующих диагностических методов или возможностью присутствия неизвестных патогенов. Это подчеркивает необходимость дальнейших исследований в области молекулярной диагностики.
4. Возрастная предрасположенность: различия в этиологии заболевания в зависимости от возрастной группы требуют внимательного подхода к диагностике. У детей младшего возраста вирусные инфекции являются наиболее частыми, в то время как у взрослых возрастает роль бактериальных инфекций, таких как *Campylobacter* spp. и *Salmonella* spp.
5. Результаты исследования подтверждают важность вакцинации против ротавируса, улучшения санитарно-гигиенических условий и разработки эффективных стратегий для борьбы с инфекциями, вызывающими диарею.

Список литературы

1. Бондаренко Н.П., Чернышев И.С. Острая диарея у детей: клинические и эпидемиологические особенности // Российский педиатрический журнал. 2015. Т. 19, № 2. С. 12–16.
2. Иванов А.М., Лазарев С.В. Микробиология острых диарей инфекционного генеза у детей // Журнал клинической микробиологии. 2019. Т. 16, № 6. С. 102–108.
3. Кузнецова О.В., Тарасова Т.С. Острая диарея у детей: этиология, клиника и терапия // Журнал педиатрической инфекционной болезни. 2021. Т. 14, № 2. С. 45–58.
4. Мищенко С.Ю., Андреева Н.Г. Вирусные инфекции как причина острой диареи у детей // Инфекционные болезни и эпидемиология. 2016. Т. 22, № 1. С. 59–63.
5. Орлова Н.Е. Эпидемиология и профилактика кишечных инфекций у детей младшего возраста // Педиатрия и инфекционные болезни. 2018. Т. 11, № 5. С. 87–94.

6. Рахимов Р.Р., Хикматуллаева А.С. Проблемы и перспективы профилактики вирусных кишечных инфекций// Актуальные проблемы профилактической медицины: материалы Межрегиональной научно-практической конференции (Кемерово, 12 декабря 2024 г.) / отв. ред. Т.А. Штернис. – Кемерово: КемГМУ, 2024. – 600 с.–С 187–196.

¹Ankhzaya Ts., ²Odgerel B., ²Bulgamaa P., ²Burmaa Ch., ²Uurtsaikh D., ²Munkhtsetseg G.,
²Erkhemtsetseg G., ¹Ariunzaya Ts.

ASSESSMENT OF IMMUNOGENICITY AGAINST HEPATITIS B VIRUS AMONG CHILDREN AGED 2–18 YEARS

¹*Gobi-Altai Medical School, Mongolian National University of Medical Sciences,
Gobi-Altai, Mongolia;*

²*Gobi-Altai General Hospital, Gobi-Altai, Mongolia*

Objective. According to the WHO “Global Strategy on Viral Hepatitis,” the goal is to reduce new hepatitis infections by 90%, reduce deaths caused by viral hepatitis by 65%, confirm diagnoses for 90% of people infected with hepatitis viruses, and provide treatment for 80% of those with active infections. This is planned to bring the spread of viral hepatitis under control and eliminate major sources of infection by the year 2030. Mongolia introduced the Hepatitis B (Hep-B) vaccine into its national immunization schedule in 1992. As a result, the prevalence of HBsAg among children under five years old has decreased to 0,53%. In Mongolia, among individuals aged 10–27 who were vaccinated against Hep-B, the level of anti-HBs decreases with age (e.g., 40,4 mIU/mL at age 10, and 14,1 mIU/mL at age 27). Although the number of infections is decreasing, the low immunity levels observed became the basis for conducting a study to assess the immune response against Hepatitis B virus among children aged 2–18 years living in Yesönbulag soum, Gobi-Altai province.

Research Methods. The study was conducted using a random sampling cluster design. Children aged 2–18 years who had received scheduled Hepatitis B vaccinations but had not received additional (booster) doses were included in the study after their parents or guardians gave informed consent in accordance with ethical research practices. Questionnaires were completed by the participants’ parents/guardians, and the levels of anti-HBs in the children’s serum were measured to determine their immune response to the Hepatitis B virus.

Results and Discussion. Result shows that 34,3% of the children were fully vaccinated on time according to the immunization schedule, 44,8% had delays between vaccine doses, 20,9% received the final dose late or not at all. According to anti-HBs titer levels, 61% had ≤ 10 mIU/mL, 36,8% had 10–100 mIU/mL, 2,2% had ≥ 100 mIU/mL. By vaccination status, children fully vaccinated on schedule had an average anti-HBs titer of 59,2 mIU/mL while those with delays between doses had 3,5 mIU/mL, and those who received the final dose late or did not receive it had 2,0 mIU/mL. A majority (65,7%) of study participants were children who either had delays between doses or did not receive the final dose of the vaccine.

Conclusion. Overall, receiving all vaccine doses on time had a positive impact on immunity development. There was no correlation between anti-HBs titer levels and age in this study.

Introduction.

As of 2019, 296 million people were living with Hepatitis B virus infection, with 129 million of them residing in East Asia [Geta 2022]. Each year, 1,5 million people become newly infected. 96% of all infected individuals die due to liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma caused by the virus. According to the WHO ‘Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis,’ the aim is to reduce new hepatitis infections by 90%, reduce deaths from virus-related diseases by 65%, confirm diagnosis in 90% of infected individuals, and treat 80% of those with active infections. By achieving these goals, it is planned to control the spread of the virus and eliminate transmission hotspots by 2030. If Hepatitis B virus infection occurs during the neonatal period, 90% of cases progress to chronic infection. If infection occurs between ages 1–5, 20–50% become chronic, while less than 5% of those infected in adulthood develop chronic infection. Therefore, preventing mother-to-child transmission and ensuring timely vaccination according to the immunization schedule are key to reducing Hepatitis B-related liver disease and

mortality. Since 1992, Mongolia has included the Hepatitis B vaccine in its national immunization schedule. Under the mandatory national immunization schedule, children receive 4 doses of the Hepatitis B vaccine. The first dose is given within 24 hours of birth, and the remaining doses are administered at 2, 3, and 4 months of age. Immunogenicity level is assessed in Mongolia as follows: Anti-HBs ≥ 100 mIU/mL is considered immune — no booster recommended, Anti-HBs between 10–100 mIU/mL is considered a weak response — one booster dose is recommended and Anti-HBs < 10 mIU/mL is considered not immune — full 3-dose revaccination is recommended. Voluntary (non-mandatory) vaccination is offered to high-risk groups and individuals for whom more than 15 years have passed since completing the routine vaccination. If HBsAg, anti-HBc, and anti-HBs tests are all negative, it is assumed that the person has neither been infected nor vaccinated, and a 3-dose Hepatitis B vaccination is recommended.

As a result, the prevalence of HBsAg among children under 5 years old has decreased to 0,53%. Among individuals aged 10–27 who received the Hepatitis B vaccine in Mongolia, levels of anti-HBs decreased with age (40,4 mIU/mL at age 10, 14,1 mIU/mL at age 27) [Oyu-Erdene 2022]. Although the number of infections is decreasing, the decline in immunity levels was the basis for conducting this study. In Russia, universal neonatal vaccination against Hepatitis B began in 1998. From 1998 to 2019, the incidence of acute Hepatitis B per 100,000 population decreased from 43,8 to 0,57 [Kyuregyan 2021]. A study in Africa found significant differences in Hepatitis B immunity levels: 87% in South Africa and only 51,9% in Ethiopia [Geta 2024]. A study conducted in Italy showed that although anti-HBsAb levels had decreased in most vaccinated individuals, immunity had not declined [Romano 2022]. The protection period may last at least 35 years after vaccination. Therefore, additional booster doses are currently not recommended in Italy [Romano 2022].

Objective. The main purpose of this study is to assess the immunity against Hepatitis B virus infection among children aged 2–18 years living in Yesönbulag soum, Govi-Altai province, Mongolia. For this purpose, first we evaluated the vaccination coverage among study participants, then determined the levels of anti-HBs antibodies against Hepatitis B virus in the blood and finally assessed the immunogenicity among the participants.

Research Methods. The study was conducted using a random cross-sectional sampling design. Children aged 2–18 (180 out of 6013, 95%, 0,7) who received the scheduled Hepatitis B vaccination and had not received any additional Hepatitis B vaccine were included in the study after obtaining informed consent from their parents or guardians and explaining the research ethics. A questionnaire was completed by the guardians of the participants, and the anti-HBs antibody titers against the Hepatitis B virus were determined from the children's serum samples. The study was conducted in 2024 at the Laboratory Department of the Govi-Altai Provincial General Hospital using the fully automated immunoassay analyzer Cobas E411 manufactured by ROCHE (Germany). Statistical analysis of the results was performed using the SPSS-23 software. Mean values were compared using ANOVA, and correlations were assessed using Pearson's correlation analysis.

Results and Discussion. Of the 181 children aged 2–18 (Table 1), 34,3% of children were fully vaccinated within the scheduled timeframe, 44,8% had a delay between doses, and 20,9% either received the final dose late or did not receive it at all (Table 2). Anti-HBs titer was ≤ 10 mIU/mL in 61% of the children, 10–100 mIU/mL in 36,8% and ≥ 100 mIU/mL: in 2,2% (Figure 1A). For children with complete three dose vaccination within the scheduled timeframe, the average Anti-HBs titer was 59,2 mIU/mL, 3,5 mIU/mL for those with a delay between doses, and 2,0 mIU/mL for those who received the final dose late or not at all (Figure 1B). A Pearson correlation analysis showed $r = 0,12$, indicating a very weak correlation between Anti-HBs titer and age. In our study, the average Anti-HBs titre among all participants was 22,4 mIU/mL, whereas in the study by Oyu-Erdene et al., it was 17,9 mIU/mL. The proportion of children with sufficient immunity among all participants was 2,2% in our study, compared to 5,7% in the study by Oyu-Erdene et al., [Oyu-Erdene 2022]. When examining whether immunity was associated with age, our study found no correlation, while the study by Oyu-Erdene et al. found a significant association.

Table 1.

Demography of study participants

Age group	Number of participants
2–6 years	16 (8,8%)
7–11 years	91 (50,2%)
12–18 years	71 (39,0%)
Male	84 (46,4%)
Female	97 (53,6%)
Total	181 (100%)

Table 2.

Vaccination status within the timeframe of immunization schedule	Number (percentage)
Fully vaccinated within the timeframe of immunization schedule	62 (34,3%)
Delayed between doses	81 (44,8%)
Received the final dose late or not at all	37 (20,9%)

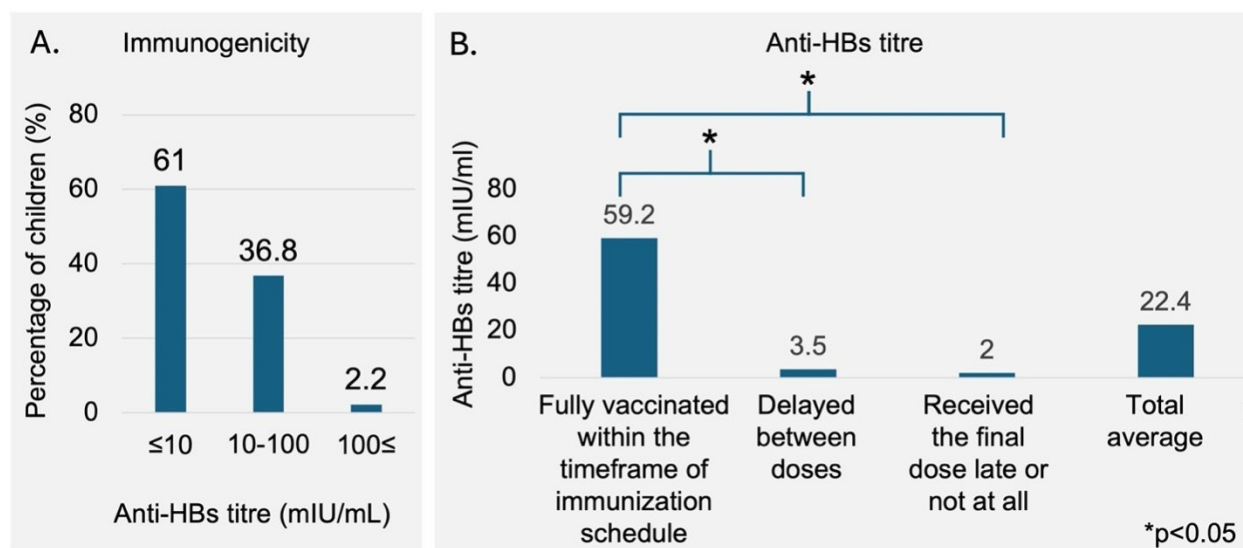


Figure 1. Immunogenicity: A) Percentage of children showing different level of anti HBsAg titre (mIU/mL), B) Averagetitre of anti-HBs (mIU/mL)

Conclusion. Most of the participants in the study (65,7%) were children with delayed doses between vaccinations or those who had not received the final dose of the vaccine. Regarding the immunogenicity, 61% of children did not have immunity and needed to receive 3 additional doses of the vaccine, 36,8% had a weak immune response and required one more dose of the vaccine, 2,2% were immune. In conclusion, completing the vaccination within the scheduled timeframe positively influences immunity against HBV. Also, the Anti-HBs titer (mIU/mL) is not dependent on age among the study group.

References:

1. Geta M.Y. (2024). Hepatitis B vaccine effectiveness among vaccinated children in Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatrics*, 24 (145).
2. Kyuregyan K.K. (2021). Coverage with Timely Administered Vaccination against Hepatitis B Virus and Its Influence on the Prevalence of HBV Infection in the Regions of Different Endemicity. *Vaccines*, 9 (82).
3. Oyu-Erdene Sh.S.-O.Y.-O. (2022). Post-vaccination Immunity Against Hepatitis B Among Mongolian Adolescents and Youths. *Hepatitis Monthly*, 21 (12), e121383.

4. Romano' L. &. (2022). Hepatitis B vaccination: A historical overview with a focus on the Italian achievements. *Viruses*, 14 (7), 1515.
5. Sulistina D.R. (2022). Effectiveness of Hepatitis B Vaccination on Various Populations: A Systematic Review. *Asian Journal of Health Research*, 1 (2).

¹Batjargal Sh., ²Lkhagvsuren E., ³Jargaltsogt D.

THE DETERMINATION OF SALIVARY MUCIN CONCENTRATION AMONG 12 YEARS OLD CHILDREN, MONGOLIA

¹*Department of Dental Hygiene, School of Dentistry, Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar city, Mongolia;*

²*Department of Immunology, School of Biomedicine, Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar city, Mongolia;*

³*Department of Dental Hygiene, School of Dentistry, Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar city, Mongolia*

Objective: the aim of this study was to assess the concentration of salivary mucin protein MUC5B and MUC7.

Methods: The study population consisted of 190 children aged 12 years old, Ulaanbaatar, Mongolia. We obtained according to the informed consent No.2022/3-03-36 of the Ethical Committee. The oral examination was done according to the recommendation of WHO. Saliva samples were collected between 9:00 AM and 11:00 AM among selected 81 children. Selected children abstained from eating and drinking for 2 h. Salivary mucin protein was analyzed by Sunlong Biotech Co., Ltd. Human Mucin-5B, Mucin-7, ELISA Kit (SL1210Hu, SL1211Hu) in the Medical Pathology Laboratory of MNUMS.

Results: the prevalence and DMF/t score of dental caries were 88,6% and 2,79 among all children. The unstimulated salivary flow rate were $0,34 \pm 0,2$ ml/min among selected children, $0,41 \pm 0,22$ ml/min in control-I group, $0,36 \pm 0,19$ ml/min in control-II group and $0,26 \pm 0,17$ ml/min in the case group ($p < 0,05$). The mean concentrations of MUC7 and MUC5B amounted to $0,38 \pm 0,22$ ng/ml and $0,31 \pm 0,09$ ng/ml in the control I, $0,42 \pm 0,19$ ng/ml and $0,35 \pm 0,11$ ng/ml in the control II group, $0,45 \pm 0,07$ ng/ml and $0,38 \pm 0,13$ ng/ml in control group, respectively ($p < 0,001$).

Conclusions: Unstimulated salivary flow rate was significantly different between groups ($p = 0,018$), but concentration of salivary MUC5B ($p = 0,96$) and MUC7 ($p = 0,78$) proteins was not significantly different. There was a significantly weak and negative relationship between dental caries and unstimulated salivary flow rate ($p = 0,018$) and significantly weak and positive relationship between dental caries and concentration of salivary MUC5B and MUC7 proteins

Introduction.

The World Health Organization (WHO) has announced that dental caries is the leading oral disease in children, and it is a chronic infectious disease derived from multiple causes. The prevention of dental caries is higher effective results than treatment either clinically or economically [11]. Saliva is the main test and biomarker of high research importance, which is an internal factor of dental caries. Human saliva is a complex secretive fluid that contains a mixture of inorganic and organic molecules of secretions released from each salivary gland. Saliva has many important roles in the prevention of dental caries, such as cleaning the teeth from food residues, creating a buffer environment, and protecting the teeth from the effects of bacterial acids by forming a protein shell [4]. The buffer system of saliva is mainly formed by bicarbonate ions, but also the participation of phosphates, peptides and proteins is essential [15]. Saliva is the main test and biomarker of high research importance, which is an internal factor of dental caries [14]. Despite the fact that salivary proteins are a very small part of the composition, they play a role in inhibiting the growth of caries-causing bacteria and enamel demineralization and remineralization [8]. For example, salivary mucin accounts for 20–30% of the total protein in saliva and is the most commonly studied [3, 10]. There have been identified 11 types of mucin proteins in the human body, which are divided into 3 types: gel-forming (MUC2, MUC5AC, MUC5B, MUC6), soluble or secreted (MUC7), and membrane-associated (MUC1, MUC3, MUC4, MUC12). Mucin proteins could protect the dental caries and moisturize mucus by acting against the adhesion of microorganisms. In particular,

MUC5B and MUC7 proteins are being studied in relation to dental caries [13]. The salivary flow rate and MUC5B, MUC7 proteins were found to be related to the dental caries among 10–12 years old children in China and 9–11 years old children in Thailand [2, 16]. In Mongolia, Angar S et al noted in the study conclusion that the dental caries related to salivary MUC7 proteins among Mongolian adults in 2021.

Objective of the work. The study aim was to determine the concentration of salivary mucin protein of 12 years old Mongolian children.

Research methods. The study was a case-control design. The study population consisted of 190 children aged 12 years old, studying at 84th secondary school, Ulaanbaatar city, Mongolia. We obtained according to the informed consent No.2022/3-03-36 of the Ethical Committee. We selected the children in the three different groups based on the DMFT and the inclusion criteria: caries free children (control I group), children with filled teeth and any decayed teeth (control II group), and children with more than 5 decayed teeth (case group). Each group has 27 children and the target sample consisted of 81 children. Before taking a saliva sample we gave to every child the demanded cautions and recommendations for saliva sampling activity. Saliva samples were collected between 9:00 AM and 11:00 AM and these children abstained from eating and drinking for 2 hours. Salivary mucin protein was analyzed in the Medical Pathology Laboratory of MNUMS by using ELISA Kit marked SL1210Hu and SL1211Hu manufactured in the Sunlong Biotech Co., Ltd. The statistical analysis was done by SPSS 23 software.

Results. When we determined the unstimulated salivary flow rate was $0,34 \pm 0,2$ ml/min among all 12 years old Mongolian children, $0,41 \pm 0,22$ ml/min in control I group, $0,36 \pm 0,19$ ml/min in control II group and $0,26 \pm 0,17$ ml/min in case group, significantly ($p < 0,05$).

Then we analyzed the concentration of salivary MUC5B proteins among study three groups, there were $0,31 \pm 0,09$ ng/ml in control I group, $0,35 \pm 0,11$ ng/ml in the control II group and $0,38 \pm 0,13$ ng/ml in the case group ($p < 0,001$) significantly (Table 1).

Table 1.

The concentrations of salivary MUC5B proteins among 12 years old Mongolian children by study groups

Groups	Mean (ng/ml)	Std. Deviation	Std. Error Mean	p value
MUC5B	Control I	.31	.09	.01
	Control II	.35	.11	.02
	Case	.38	.13	.02

When we determined the concentration of salivary MUC7 proteins among selected children of study three groups, there were amounted $0,38 \pm 0,22$ ng/ml in control I group, $0,42 \pm 0,19$ ng/ml in the control II group and $0,45 \pm 0,07$ ng/ml in the case group ($p < 0,001$) significantly (Table 2).

Table 2.

The concentrations of salivary MUC7 proteins among 12 years old Mongolian children by study groups

Groups	Mean (ng/ml)	Std. Deviation	Std. Error Mean	p value
MUC7	Control I	.38	.07	.01
	Control II	.42	.63	.12
	Case	.45	.07	.14

Table 1 and 2 had shown that the concentration of salivary MUC5B and MUC7 proteins were higher in the caries free children than the children affected by dental caries, significantly.

We assessed the correlation between the dental caries and salivary flow rate, salivary MUC5B and MUC7 proteins (Table 3).

Table 3.

The correlation between dental caries and the salivary flow rate, MUC5B, MUC7 proteins among 12 years old Mongolian children

		Salivary unstimulated flow rate	Concentrations of MUC5B	Concentrations of MUC7
Dental caries	Correlation coefficient (r)	-.20	.02	.07
	p value	.06	.86	.51

There were negative correlation between dental caries and the salivary unstimulated flow rate ($r = -0,2$, $p = 0,06$) and the positive correlation between dental caries and the salivary MUC5B proteins ($r = 0,02$, $p = 0,86$) and MUC7 proteins ($r = 0,07$, $p = 0,51$)

Discussion. We assessed the salivary flow rate and the concentrations of salivary mucin MUC5B and MUC7 proteins among 12 year old Mongolian children by the three study groups.

WHO recommends that 12-year-old children undergo an oral examination, which is the most likely age for permanent teeth to be fully erupted and have healthy teeth. Among the 12-year-old children in our study, the prevalence of dental caries was 88,6%, and the DMF/t was 2,79. However, the DMF/t score of 12-year-old children was $1,58 \pm 2,03$ in Indonesia (2019) [12], $4,62 \pm 3,2$ in Qatar (2014) [1] and $2,5 \pm 2,2$ in Mongolia (2018) [6]. We considered that different results DMF/t of dental caries are depended on country's development, socio-economic status, geographical location, life habit and cultural difference.

Mucin proteins and immunoglobulin A (secretory immunoglobulin sIgA) are mainly involved in the role of saliva in protecting oral diseases. There are many types of mucins in saliva, but MUC5B and MUC7 are the most abundant and easy to identify proteins. In our study, the MUC5B and MUC7 proteins in the saliva were different, or the concentration of proteins increased with the number of decayed teeth. A meta-analysis conducted in Brazil in 2020 [5] found that MUC5B protein increased with the severity of dental caries, which is similar to our results. Also, in Germany (2021) [9], it was found that MUC5B and MUC7 protein levels were higher in children with 5–6 decayed teeth than in children with any decayed teeth.

Conclusions. There were negative correlation between dental caries and the salivary unstimulated flow rate ($r = -0,2$, $p = 0,06$) and the positive correlation between dental caries and the salivary MUC5B proteins ($r = 0,02$, $p = 0,86$), MUC7 proteins ($r = 0,07$, $p = 0,51$).

References:

1. Al-Darwish M., Ansari W.E., & Bener A. (2014). Prevalence of dental caries among 12–14year old children in Qatar. The Saudi Dental Journal, 26 (3), 115–125. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2014.03.006>.
2. Angwaravong O., Pitiphat W., Bolscher J.G.M., & Chaiyarit P. (2015). Evaluation of salivary mucins in children with deciduous and mixed dentition: comparative analysis between high and low caries-risk groups. Clinical Oral Investigations, 19 (8), 1931–1937. <https://doi.org/10.1007/s00784-015-1428-1>.
3. Bennadi D., Reddy V., Kshetrimayum N., Siddhartha S., & District C. (2014). Influence of Genetic factor on Dental Caries. Archives of Oral Biology. [http://ijrpb.com/current issues/1/v2_is3/ijrpb 2 \(3\) 10 darshanabennadi 1196–1207.pdf](http://ijrpb.com/current%20issues/1/v2_is3/ijrpb%202%20(3)%20darshanabennadi%201196-1207.pdf).
4. Cheaib Z., & Lussi A. (2013). Role of amylase, mucin, IgA and albumin on salivary protein buffering capacity: A pilot study. Journal of Biosciences, 38 (2), 259–265. <https://doi.org/10.1007/s12038-013-9311-1>.
5. Chisini L.A., Cademartori M.G., Conde M.C.M., Costa F.D.S., Tovo-Rodrigues L., De Carvalho R.S., Demarco F.F., & Correa M.B. (2020). Genes and SNPs in the pathway of immune response and caries risk: a systematic review and meta-analysis. Biofouling, 1–17. <https://doi.org/10.1080/08927014.2020.1856821>.
6. Delgertsetseg J., Oyuntsetseg B., Munkh-Od Sh., Suvdanchimeg A., Amarsaikhan Bazar. (2018) The results of national oral health survey, Mongolia. Cent Asian J Med. 4 : 61–68. <https://doi.org/10.24079/CAJMS.2018.03.008>.
7. Gabryel-Porowska H., Gornowicz A., Bielawska A., Wojcicka A., Maciorkowska E.,

- Grabowska S.Z., & Bielawski K. (2014). Mucin levels in saliva of adolescents with dental caries. *Medical Science Monitor*, 20, 72–77. <https://doi.org/10.12659/msm.889718>.
8. Gao X., Jiang S., Koh D., & Hsu C.S. (2015). Salivary biomarkers for dental caries. *Periodontology* 2000, 70 (1), 128–141. <https://doi.org/10.1111/prd.12100>.
9. Hertel S., Hannig M., Hannig C., & Sterzenbach T. (2022). Mucins 5b and 7 and secretory IgA in the oral acquired pellicle of children with caries and caries-free children. *Archives of Oral Biology*, 134, 105314. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2021.105314>.
10. Hooper L.V., Littman D.R., & Macpherson A.J. (2012). Interactions Between the Microbiota and the Immune System. *Science*, 336 (6086), 1268–1273. <https://doi.org/10.1126/science.1223490>.
11. Lynch R.G. (2013). The primary and mixed dentition, post-eruptive enamel maturation and dental caries: a review. *International Dental Journal*, 63 Suppl 2, 3–13. <https://doi.org/10.1111/idj.12076>.
12. Maharani D.A., Zhang S., Gao S.S., Chu C.H., & Rahardjo A. (2019). Dental Caries and the Erosive Tooth Wear Status of 12-Year-Old Children in Jakarta, Indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (16), 2994. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162994>.
13. Moniaux N., Escande F., Porchet N., Aubert J.J., & Batra S. (2001). Structural organization and classification of the human mucin genes. *Frontiers in Bioscience*, 6 (1), d1192. <https://doi.org/10.2741/moniaux>.
14. Van Nieuw Amerongen A., Bolscher J., & Veerman E. (2004). Salivary Proteins: Protective and Diagnostic Value in Cariology? *Caries Research*, 38 (3), 247–253. <https://doi.org/10.1159/000077762>.
15. Wang S., Zhu X., Xu Y., Zhang D., Li Y., Tao Y., Piao H., Li D., & Du M. (2016). Programmed cell death-1 (PD-1) and T-cell immunoglobulin mucin-3 (Tim-3) regulate CD4+T cells to induce Type 2 helper T cell (Th2) bias at the maternal–fetal interface. *Human Reproduction*, 31 (4), 700–711. <https://doi.org/10.1093/humrep/dew019>.
16. Wang K., Wang Y., Wang X., Ren Q., Han S., Ding L., Li Z., Zhou X., & Li W. (2018). Comparative salivary proteomics analysis of children with and without dental caries using the iTRAQ/MRM approach. *Journal of Translational Medicine*, 16 (1). <https://doi.org/10.1186/s12967-018-1388-8>.

Bogomolova I.K., Shilnikova T.N., Tsyrempilov D.D.,
Sydakova S.A., Mamontova E.A., Dymshcheva V.A.

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE AND COGNITIVE FUNCTION IN PEDIATRIC EPILEPSY

Chita State Medical Academy, Chita, Russia

Background. According to WHO (World Health Organization), epilepsy is one of the common neurological disease: there are more than 50 million people with epilepsy worldwide. In the Russian Federation, 366 134 patients with epilepsy were reported in 2020, of whom 37% were children under 18 years of age. It is important to study the quality of life, which helps to improve the effectiveness, safety of therapy and improve the adaptive abilities of patients.

Objective. We aimed to compare quality of life and cognitive function scores in children with epilepsy.

Materials and Methods. The study included 50 respondents, 25 of them diagnosed with epilepsy and 25 control group without neurological pathology, aged 6 to 17 years, examined on the basis of “Regional Children's Clinical Hospital” of the Transbaikalian region. The study used the SF-36 («SF-36 Health Status Survey») quality of life assessment questionnaire and the Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA-test). Based on the results of the SF-36 questionnaire, children with epilepsy were divided into two groups depending on the level of physical and mental health. The first group (n = 8), with high quality of life, consisted of respondents with scores above 50%, and the second group (n = 17), with low quality of life, less than 50%. In the control group, all children (n = 25) had a high quality of life. Statistical processing was performed using Statistica10.0. Nonparametric statistics methods were used: Spearman's rank correlation criterion and γ -correlation. The differences were considered significant at $p < 0,05$.

Results. The group of patients diagnosed with epilepsy consisted of 25 patients, including 10 (40%) boys and 15 (60%) girls, with a mean age of 13,7 [6,1;17,9] years. The control group included 13 (52%) boys and 12 (48%) girls, with a mean age of 12.84 [6;17] years. The duration of epilepsy was 0–2 years – 40%, 3–6 years – 40%, 7–10 years – 20%. The mean duration of the disease was 3,5 years. Girls with epilepsy more often had lower quality of life indicators (13 (86,7%) – low, 2 (13,3%) – high), on the contrary in boys high level prevailed (6 (60%) – high, 4 (40%) – low). It was found out that the presence of epilepsy had a great impact on the physical (PH) component of health, namely on the role functioning due to physical condition in 48% of children, mean score 47, compared to the control group, where the quality of life of high-level children $81,38 \pm 17,39$ scores on all scales ($p < 0,05$). When evaluating the epilepsy etiology in children with low quality of life, genetic nature was identified in 9 (52,94%), structural in 2 (11,77%), and unclear etiology in 6 (35,29%) respondents. According to the distribution of epilepsy types among children of the second group, generalized form was more frequent in 10 (58,82%), focal form – 3 (17,65%), unknown type – 4 (23,53%) cases. An inverse correlation between the level of quality of life and epilepsy experience was revealed ($r = -0,210$, $p < 0,05$). Cognitive impairment was found in 21 (84%) children with epilepsy and 4 (16%) without cognitive impairment. A negative correlation between epilepsy duration and the degree of cognitive impairment was found ($r = -0,196$, $p < 0,05$). The control group showed no cognitive impairment, mean MoCA-test score $24,12 \pm 8,48$ ($p < 0,05$).

Conclusion. Thus, quality of life parameters in children with epilepsy were lower across all measures. More years of experience, genetically determined form of epilepsy and generalized type of the disease are associated with lower quality of life indicators and more severe cognitive impairment.

¹Delgermaa D., ^{1,2}Tuyajargal I., ¹Erkhembayar U., ¹Unursaikhan S.

MENTAL HEALTH PROBLEMS AMONG STUDENTS

¹*National center for public health, Ulaanbaatar, Mongolia;*

²*Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia*

Objective: the survey seeks to establish baseline statistics and evidence for evaluating government-implemented adolescent mental health policies and programs.

Methods. In 2022–2023, the UNICEF, WHO, Training, Assessment and Research Institute for Labor and Social Protection, National Center for Public Health, and Mongolian National Institute for Educational Research jointly conducted the “Youth’s Health Behaviour Among Secondary School Children” nationwide survey during the fourth quarter of the 2022–2023 school year. A total of 3,311 students from 51 secondary schools (urban-26, rural-25) were selected to participate and targeting students in grades 8 through 12 attending day schools. The survey enrollment using a two-stage sampling method. The sampling process were determined with a 95% probability and a margin of error not exceeding 5%. Prior to the study, parents and guardians of all students in the selected classes were asked to participate voluntarily, and informed consent was obtained through a consent form.

Results. A total of 3 311 students, 47,9% were male and 52,1% were female. In this survey, various mental health issues, such as loneliness, insomnia, stress, and anxiety management, as well as suicidal thoughts, plans, or attempts, were investigated. The study found that 24,3% of students often felt lonely. The percentage of female students who reported often feeling lonely was almost twice as high as that of male students. By location, the rate was 18,1% (95%CI, 15,6–21,0) in rural areas and 26,1% (95%CI, 23,5–28,9) in urban areas. In the past year, 39,0% (95% CI 36,3–41,8) of students had thought of suicide, 22,2% (95% CI 20,0–24,6) had made a plan for it, and 15,8% (95% CI 13,8–18,0) had attempted suicide. These rates are higher among female students, with a significant difference. When comparing students who had suicidal thoughts, 41,7% (95%CI, 38,0–45,4) were from urban areas, whereas 29,5% (95%CI, 26,2–33,1) were from rural areas. When looking at this indicator by age group and gender, the highest rate was among female students aged 13–15, reaching 49,4% (95%CI, 44,1–54,7). Despite the prevalence of psychological issues among students, half of them have attended classes and training on managing stress, anger, and coping strategies.

Conclusion: Adolescents are often faced with mental health challenges regarding their age,

emotions, behavior, and learning. The percentage of students experiencing loneliness has almost doubled to 24,3% compared to the study results in 2013 (11,9%), and the proportion of those unable to sleep due to worry has also doubled to 12,9%. In comparison to previous surveys in 2010 and 2013, the rates of suicidal thoughts, plans, and attempts have notably increased. For instance, while the 2010 study reported 19,3% of students having suicidal thoughts, 12,4% planning suicide, and 8,6% attempting suicide, these figures doubled to 38,9%, 22,0%, and 15,7%, respectively, in this study. Additionally, the proportion of students without close friends has increased, accounting for 7,9% of all students, which marks a rise from previous research conducted in 2010 and 2013. Since the start of the school year, students who received classes or training on managing stress and anxiety have shown improvement, with participation increasing from 38,0% in 2010 and 35,3% in 2013 to 46,4% in 2023. A 2015 study in Indonesia reported that 5,1% attempted suicide, while Laos had 5,9%, Samoa had 22,3%, and Niue had 10,8%, as per WHO data. In comparison, our country reported 15,7% of attempted suicides, three times higher than Indonesia and Laos and lower than Samoa. Despite integrating health education into secondary school curricula since 2018, the study reveals a rise in negative health indicators. This underscores the need to reassess and improve the health curriculum and implement effective strategies for adolescent health, particularly mental health.

¹Delgermaa D., ²Tuyajargal I., ¹Selenge G., ¹Unursaikhan S.

PROTECTIVE FACTORS AMONG SCHOOL STUDENTS

¹*National center for public health, Ulaanbaatar, Mongolia;*

²*Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia*

Objective. In this study, we examined various factors indicative of parental care and school engagement, parental support and supervision, monitoring of leisure activities, and unauthorized access to their belongings.

Methods. This nationwide study was conducted during the fourth quarter of the 2022–2023 school year, targeting students in grades 8 through 12 attending day schools in both urban and rural areas. A total of 3,857 children from 51 secondary schools (26 urban, 25 rural) were selected to participate; of those, 3,311 students completed this survey. The results of this two-stage random sampling process were determined with a 95% probability and a margin of error not exceeding 5%. Prior to the study, parents and guardians of all students in the selected classes were asked to participate voluntarily, and informed consent was obtained through a consent form.

Results: Our findings reveal that 26,5% of all students (27,8% among males with 95%CI, 23,8–32,1, and 25,2% among females with 95%CI, 20,5–30,7) missed classes without valid reasons in the past month. Although male students had a higher incidence of unexcused absences, the gender disparity did not reach statistical significance. When stratified by location and age group, it was found that rural students (32,2%, 95%CI, 29,3–35,3) and male students aged 16–17 years (44,5%, 95%CI, 37,3–51,9) had notably higher rates of unexcused absences. Additionally, 21,5% (95%CI, 19,8–23,3) of students reported that their parents or guardians regularly checked their homework over the past month. Notably, as students progressed in age and grade levels, there was a decline in parental or guardian monitoring of homework completion. Among students, 57,3% (95%CI, 54,4–60,2) reported that their parents or guardians did not understand and support their problems, particularly noticeable among male students (60,6%, 95%CI, 57,1–64,0). Regarding location, similar rates were observed between urban (57,1%, 95%CI, 52,9–61,3) and rural (57,0%, 95%CI, 54,0–60,0) areas. Regarding leisure time, 25,9% (95%CI, 23,4–28,6) of students answered that their parents or guardians did not pay attention to their leisure activities over the past month. While this indicator did not vary significantly by age group or gender, there was a notable difference based on location, with parents or guardians of urban students displaying less attention to their children's free time than those in rural areas.

Conclusion. Parents and family members are responsible for creating a healthy, safe, and friendly environment for children to grow up in, fully meeting the child's educational and developmental needs, and guiding them to have a friendly and positive attitude in both the family and school environment. In our country, the absenteeism rate among students (26,5%) is slightly higher than that of other nations,

such as the Philippines (20,3%), Brunei (36,2%), Indonesia (20,3%), and the Cook Islands (35,8%). This represents a 1,9% increase from the 2013 survey results. When examining parental supervision of students' leisure activity, Mongolia (57,2%) surpasses that of Indonesia (20,3%), the Philippines (32,2%), Brunei (47,3%), and even Bahrain (54,3%). Notably, this indicates an increase from previous surveys conducted in 2010 and 2013, which reported 43,3% and 48,8%, respectively.

Moving forward, efforts must be directed toward preventing potential social and psychological risks for teenagers by creating safe and supportive environments within families, peer groups, and schools and organizing activities that promote healthy relationships between parents, guardians, and children.

¹Delgermaa D., ²Tuyajargal I., ¹Narangerel B., ¹Unursaikhan S.

STUDY RESULT OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES REGARDING REPRODUCTIVE HEALTH AMONG SCHOOL CHILDREN

¹*National center for public health, Ulaanbaatar, Mongolia;*

²*Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia*

Objective. This study investigated knowledge and attitudes regarding reproductive health among school children

Methods. This nationwide study was conducted during the fourth quarter of the 2022–2023 school year, targeting students in grades 8 through 12 attending day schools in both urban and rural areas. A total of 3,857 children from 51 secondary schools (26 urban, 25 rural) were selected to participate; of those, 3,311 students completed this survey. The results of this two-stage random sampling process were determined with a 95% probability and a margin of error not exceeding 5%. Prior to the study, parents and guardians of all students in the selected classes were asked to participate voluntarily, and informed consent was obtained through a consent form.

Results. Around 18,9% (95%CI, 16,4–21,8), roughly equivalent to 1 in 5 students, reported having engaged in sexual intercourse. The prevalence of sexual activity was slightly higher in urban areas, at 19,5% (95%CI, 16,2–23,3), compared to 16,6% (95%CI, 13,5–20,2) in rural regions. When examining the gender distribution of students who admitted to engaging in sexual activity, it was found that 21,7% were male while 16,4% were female. Regarding age demographics, 15,2% of students aged 13–15 and 25,9% of those aged 16–17 reported having experienced sexual intercourse. Within each age group, the prevalence of sexual activity among male students exceeded that of their female counterparts by 2,8–10,6%. In terms of motivations for engaging in sexual activity, 4,0% of male students (95%CI 2,1–7,8) and 2,6% of female students (95%CI 0,8–7,7) stated that peer pressure was a significant factor, mainly answered: “All my friends have had sexual intercourse”. Furthermore, 5,7% (95%CI, 4,2–7,7) of students admitted to have had two or more sexual partners. It was observed to be 6,0% (with a confidence interval of 4,1–8,8) in urban areas and 4,7% (with a confidence interval of 3,2–6,9) in rural areas. Notably, 1 in 10 male students disclosed having engaged in sexual activity with two or more partners. Among those engaged in sexual activities, 24,3% (95%CI, 15,8–35,5), or roughly 1 in 4 students, reported having their first sexual encounter before the age of 14. Regarding gender, this percentage was 19,4% (95%CI, 11,2–31,4) for male students and 30,4% (95%CI, 20,2–43,0) for female students. Among students who reported having engaged in sexual activity, 63,9% (95%CI, 55,8–71,3) stated that they had used a condom during their last sexual encounter. Specifically, 70,8% (95%CI, 63,9–76,9) of male students and 55,1% (95%CI, 43,3–66,4) of female students reported condom use.

Conclusion. Approximately 1 out of every five students aged 13–17, or 18,9%, have engaged in sexual intercourse. This marks an increase from previous research conducted in 2010 and 2013. Moreover, this indicator has doubled across genders. Comparative data from international studies indicate variations in sexual activity among adolescents. For instance, a 2015 study in Indonesia reported a prevalence of 5,2%, while figures were notably higher in Laos (15,1% in 2015), Samoa (24,8% in 2017), and Brunei (5,7% in 2019). In contrast, the prevalence in our country is three times higher than in Indonesia and Brunei but lower than in Samoa. Although comprehensive sexual and reproductive health education modules have been integrated into school health curricula since 2018, this study underscores the need to address adolescent sexuality and sexual behavior. Therefore, it is necessary to evaluate and

update the health curriculum of secondary schools, improve the capacity of teachers and social workers who provide health education, provide quality knowledge and information to students, and create a favourable environment for expressing their problems.

¹Delgermaa D., ²Tuyajargal I., ¹Erkhembayar U., ¹Unursaikhan S.

DIETARY BEHAVIORS AMONG SCHOOL CHILDREN

¹National center for public health, Ulaanbaatar, Mongolia;

²Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia

Objective. This survey seeks to established students' dietary patterns of the students were determined by their intake of fruits and vegetables in the past week.

Methods. In 2022–2023, the UNICEF, WHO, Training, Assessment and Research Institute for Labor and Social Protection, National Center for Public Health, and Mongolian National Institute for Educational Research jointly conducted the “Youth's Health Behaviour Among Secondary School Children” nationwide survey during the fourth quarter of the 2022–2023 school year. A total of 3,311 students from 51 secondary schools (urban-26, rural-25) were selected to participate and targeting students in grades 8 through 12 attending day schools. The survey enrolment using a two-stage sampling method. The sampling process were determined with a 95% probability and a margin of error not exceeding 5%. Prior to the study, parents and guardians of all students in the selected classes were asked to participate voluntarily, and informed consent was obtained through a consent form.

Result. Approximately 3.1% (95%CI 2,1–4,5) of all students reported experiencing hunger last month due to insufficient food at home. When comparing this measure across different locations, no statistically significant difference was observed between urban and rural areas. Urban students were more likely to eat fruit two or more times a day (6,4%, 95%CI 5,4–7,6) and three or more times a day (3,0%, 95%CI 2,3–3,9) in the past week. However, in terms of gender, female students consumed more fruit than male students, and a decreasing trend in fruit intake was observed as students progressed through grades. About 2,9% (95%CI 2,1–3,9) of students did not consume vegetables in the past week, which increased with grade among rural students (5,7%, 95%CI 4,8–6,7). The study's findings also indicate that urban students consume more vegetables.

Conclusions:

1. No differences were observed in students' consumption of carbonated drinks based on location and gender.
2. A positive trend indicated that consumption decreased as students progressed through grades. About 14,6% of the students are overweight, and 3,0% are obese. This marks an increase from the 2013 survey, with no gender differences.
3. Urban students had higher consumption of fruit and vegetables.

Oparina A.G., Bogomolova I.K., Dolina A.B.

MYOCARDIAL DYSFUNCTION IN CHILDREN WITH CORONAVIRUS INFECTION

Chita State Medical Academy, Chita, Russia

Abstract. In the course of research aimed at studying the coronavirus, new aspects of how the human body reacts to this infection have been discovered. However, the exact mechanisms that lead to heart failure in children with COVID-19 are still not fully clear. Possible causes of heart muscle damage may include: direct exposure to heart muscle cells; systemic inflammation; heart muscle damage; interferon-mediated immune response; enhanced response of type 1 and 2 T helper cells accompanied by cytokine release; destabilization of atherosclerotic plaques; hypoxia. At the initial stage of the infectious process, acute damage to the heart occurs. Then a post-viral immune response and systemic inflammation develop, which leads to inflammation and disruption of the heart muscle. To develop effective methods for the diagnosis, treatment and prevention of complications that can affect the heart and blood vessels, a deeper understanding of the pathophysiological mechanisms underlying the development of myocardial

dysfunction in children with coronavirus infection is necessary.

Key words: *COVID-19, myocardial dysfunction, heart, infectious process, children*

Since the WHO announced on January 30, 2020, a health emergency related to the new coronavirus and the subsequent designation of SARS-CoV-2 as the causative agent on February 11, 2020, and COVID-19 as the disease [1], the medical community has faced the need for in-depth study of the diverse manifestations of this infection. The researchers were particularly interested in cardiovascular complications, which, as it turned out, play a significant role in the pathogenesis of the disease along with respiratory disorders [2]. In the adult population, coronavirus infection is often accompanied by severe myocardial damage, which is manifested by a sharp increase in the level of cardiospecific markers, the development of acute heart failure and cases of sudden cardiac death, while systemic circulatory disorders predominate in pediatric practice [2].

The molecular mechanisms of virus entry into the human body are associated with the specific interaction of its spike protein with angiotensin converting enzyme type 2 (ACE2) receptors, which ensures the fusion of the viral envelope with the cell membrane [3]. Disruption of the physiological function of ACE2 receptors in the cardiovascular system provokes a cascade of pathological changes leading to the development of cardiac dysfunction. Clinical observations indicate that patients with previous cardiovascular diseases are at special risk for the development of severe forms of COVID-19, and the most common concomitant cardiological diagnoses in such cases are hypertension, various forms of arrhythmias, cardiomyopathy and coronary heart disease [4, 5]. Viral myocarditis is a particular problem, the pathogenesis of which remains the subject of active scientific debate. Current data indicate a variety of possible mechanisms of damage to the heart muscle, including the direct cytopathic effect of the virus, systemic inflammatory response, hypoxic conditions, cytokine storm with activation of the cellular immune response, as well as disturbances in the stability of atherosclerotic plaques [4, 5].

Modern concepts explain the development of myocardial dysfunction in COVID-19 by the complex interaction of several pathogenetic factors. A number of researchers focus on the importance of hypoxic-ischemic injuries associated with microcirculatory disorders, myocardial ischemia, or generalized inflammatory response [6, 7]. A particular problem is the course of coronavirus infection in patients with congenital heart defects, who have a significant worsening of the clinical picture [7]. There is a clear two-phase pattern in the dynamics of the disease: the initial period of viral invasion and direct damage to cardiomyocytes is followed by a phase of post-infectious immune response characterized by hyperinflammation and progressive myocardial dysfunction [8]. Instrumental studies have revealed dilation of the coronary arteries in a significant proportion of patients, probably associated with vasodilation in febrile conditions, while in some cases large aneurysmal dilations are detected, creating a risk of life-threatening vascular catastrophes [8]. Cardiac arrhythmias of varying severity are recorded in 7–60% of patients with multisystem inflammatory syndrome, including clinically significant arrhythmias [1, 8].

Morphological studies of the cardiac tissue of patients with COVID-19 reveal a characteristic complex of changes, the central place of which is occupied by endothelial dysfunction, manifested by activation and pathological transformation of endotheliocytes, accompanied by microthrombosis, hemorrhages and necrotic changes [9]. These pathophysiological processes lead to narrowing of the lumen of small vessels due to an imbalance of vasoactive substances, the formation of pulmonary embolisms of various calibers, as well as the development of consumption coagulopathy. The combination of these changes creates prerequisites for the occurrence of pulmonary hypertension and right ventricular failure, significantly increasing the risk of fatal cardiac events [6, 9]. Along with direct viral damage, autoimmune mechanisms associated with the expression of cardiac antigens into the systemic bloodstream and the subsequent formation of autoantibodies that exacerbate the inflammatory process in the myocardium play an essential role in pathogenesis [7]. It is important to note that even after virus elimination, delayed postinfectious myocarditis may develop, followed by fibrosis and progression to dilated cardiomyopathy [1, 7]. Modern molecular studies confirm the expression of ACE2 receptors on the surface of macrophages, and infection of these immunocompetent cells with the SARS-CoV-2 virus enhances the cytokine response and supports chronic inflammation [6].

The data accumulated over the years of the pandemic on the effects of COVID-19 on the cardiovascular system has significantly deepened the understanding of the complex pathogenetic

mechanisms of the development of myocardial dysfunction in this infection. This knowledge is of fundamental importance for improving diagnostic protocols, developing personalized approaches to therapy, and creating effective programs for the prevention of cardiovascular complications. A promising area of further research is the study of the long-term effects of coronavirus infection on the cardiovascular system and the development of strategies for long-term monitoring of patients at risk.

References:

1. Balykova L.A. et al. DAMAGE TO THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN COVID-19 IN CHILDREN //Pediatriya named after GN Speransky. – 2021. – №. 5. DOI: 10.24110/0031-403X-2021-100-5-90-98.
2. Golukhova E.Z., Sokolova N.Yu., Bulaeva N.I. Cardiologist's view on the problem of the pandemic of the new coronavirus infection COVID-19 (literature review) //Creative Cardiology. – 2020. – №. 1. – P. 5–15. DOI: <https://doi.org/10.24022/1997-3187-2020-14-1-5-15>.
3. Shchelkanov M.Yu. et al. History of the study and modern classification of coronaviruses (Nidovirales: Coronaviridae) // Infection and immunity. – 2020. – №. 2. – P. 221–246. DOI: <http://dx.doi.org/10.15789/2220-7619-HOI-1412>.
4. Benvenuto S. et al. Cardiac MRI in midterm follow-up of MISC: A multicenter study //European Journal of Pediatrics. – 2023. – №. 2. – P. 845–854. DOI: 10.1007/s00431-022-04748-6.
5. Yugar-Toledo J.C., Yugar L.B.T., Sedenho-Prado L.G., Schreiber R. and Moreno H. Pathophysiological effects of SARS-CoV-2 infection on the cardiovascular system and its clinical manifestations—a mini review // Frontiers in Cardiovascular Medicine. – 2023. DOI: 10.3389/fcvm.2023.1162837.
6. Riphagen S. et al. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic //The Lancet. – 2020. – №. 10237. – P. 1607–1608. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31094-1.
7. Sabatino J. et al. COVID-19 and congenital heart disease: results from a nationwide survey //Journal of Clinical Medicine. – 2020. – №. 6. – P. 1774. DOI: 10.3390/jcm9061774.
8. Yang, Y., Wei, Z., Xiong, C. et al. Direct mechanisms of SARS-CoV-2-induced cardiomyocyte damage: an update. // Virology Journal. – 2022. DOI: 10.1186/s12985-022-01833-y.
9. Norderfeldt J. et al. Severe Covid-19 and acute pulmonary hypertension: 24-month follow-up regarding mortality and relationship to initial echocardiographic findings and biomarkers //Acta Anaesthesiologica Scandinavica. – 2023. – №. 2. – P. 206–212. DOI: 10.1111/aas.14168.

Tsolmon. A, Oyuntsetseg. B, Suvdanchimeg. A, Munkh-Od. Sh, Tselmeg. B.

EFFECTS OF POVIDONE IODINE AND CETYLPYRIDINIUM CHLORIDE MOUTH RINSE IN PEDIATRIC DENTISTRY NUMS

School of Dentistry, Department of Pediatric and Preventive Dentistry, Ulaanbaatar, Mongolia

Background. The use of mouth rinses prior to periodontal and oral mucosal treatments, intraoral surgical procedures, and endodontic therapy has been shown to reduce the number of pathogenic microorganisms, prevent secondary infections, and promote faster healing. Although a variety of mouth rinses are used in dental clinical practice, povidone-iodine is more commonly applied for treating oral wounds and for oral rinsing. Cetylpyridinium chloride, on the other hand, is widely included in mouth rinses and toothpaste formulations due to its antimicrobial properties, which are believed to help reduce plaque accumulation and gingival inflammation. In Mongolia, mouth rinses containing either cetylpyridinium chloride or povidone-iodine are commonly used not only in dental clinics but also in domestic settings. However, there is a lack of comparative clinical studies on the effects of these solutions, which served as the basis for conducting this research.

Objective. To clinically compare the effects of mouth rinses containing povidone-iodine and cetylpyridinium chloride.

Materials and Methods. This case-control study was conducted in collaboration with the Pediatric and Preventive Dentistry Department of the Central Dental Hospital of Mongolian National University of Medical Sciences. A total of 60 children were included, with 30 participants in the case group and 30 in the control group, matched by age in a 1:1 ratio. Assessments of the oral environment, odor, and bacterial

activity were performed before rinsing, and at 10, 20, 30, and 40 minutes post-rinse.

Results. A total of 90 children participated in the study, with an average age of 9,1 years. Among them, 53,85% were male and 46,15% were female. The mean DMFT (Decayed, Missing, and Filled Teeth) index was 6,45. All participants who used the povidone-iodine mouth rinse reported it to be unpleasant, whereas 78,26% of those who used the cetylpyridinium chloride rinse reported it as pleasant. The baseline salivary pH across all participants was 6,3. After rinsing with povidone-iodine, the pH increased to 6,47, and reached 6,64 after 40 minutes. In contrast, with cetylpyridinium chloride, the pH rose to 7,07 immediately after rinsing and was 6,75 at 40 minutes. In the control group, the pH was 6,54 post-rinse and 6,55 after 40 minutes.

Initial microbial counts were 20,2 in the first group and 16,8 in the second group. After rinsing, these counts dropped to 11,7 and 14,2, respectively, and further decreased to 9,1 and 10,7 at 40 minutes, with the differences being statistically significant.

Conclusion. Pre-treatment rinsing with povidone-iodine and cetylpyridinium chloride-containing solutions has a significant effect on salivary pH, oral odor, and microbial counts.

¹Tuyajargal I., ²Delgermaa D., ²Unursaikhan S.

PATTERNS AND DETERMINANTS OF ALCOHOL CONSUMPTION AMONG ADOLESCENTS IN MONGOLIA: A NATIONWIDE SCHOOL-BASED SURVEY

¹*Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia;*

²*National Center for Public Health, Ministry of Health, Mongolia*

Objective. The study was to evaluate the prevalence, patterns, and sources of alcohol consumption among Mongolian secondary school students during the 2022–2023 academic year, with a focus on underage drinking behaviors, gender and age differences, and changes since the 2013 survey to inform policy and intervention efforts targeting youth alcohol use.

Alcoholic beverages considered in this context include “alcohol, beer, wine, whiskey, and distilled spirits.” The term “ever tried drinking” excludes the occasions when students had touched the beverage with their lips once or twice and measured the consumption by “one drink.” We defined “one drink” as consuming an amount of alcohol equivalent to one glass of wine, and one can of beer, one glass of vodka, or any other alcoholic beverage containing 10 grams of ethanol. “Really drunk” is characterized by symptoms such as loss of balance, slurred speech, vomiting, and seizures after consuming alcohol.

Methods. This nationwide study was conducted during the 2022–2023 school year. The Research Sampling Team of the NCD Surveillance, Monitoring and Reporting Unit, WHO in Geneva, carried out the initial sampling. The results of this two-stage random sampling process were determined with a 95% probability and a margin of error not exceeding 5%. Prior to the study, parents and guardians of all students in the selected classes were asked to participate voluntarily, and informed consent was obtained through a consent form. For this national-level study in Mongolia, the modules were adjusted to the country context, consisting of 8 modules with a total of 74 questionnaire items.

Results. A total of 3,311 students in grades 8–12 participated in the study across 26 urban and 25 rural public and private secondary schools, with 47,9% male and 52,1% female. The gender distribution among the students participating in the study closely mirrors previous research findings, with 47,5% being male in 2010, 48,3% in 2013, and 47,9% in 2023. Regarding age and grade level, most participants fall within the 13–15 age group, comprising 60,5% of the total, while 8th to 10th graders represent 71,8% of the sample.

Overall, 42,3% of students reported having consumed alcohol before the age of 14. The prevalence was slightly higher in rural areas (42,3%) compared to urban areas (42,0%). Among male students, 41,0% had consumed alcohol before age 14, with similar rates across locations – 40,2% in urban areas and 40,3% in rural areas. In contrast, female students showed a higher prevalence, with 43,0% overall, 43,1% in urban areas, and the highest rate of 44,9% in rural areas.

About 10,8% of students (95%CI, 8,3–14,0) consumed alcohol within the last 30 days. The prevalence was slightly higher among male students (11,2%, 95% CI: 8,2–15,1) compared to female students (10,5%, 95% CI: 7,7–14,0).

Notably, this prevalence is twice as high in urban areas (12,0%, 95%CI, 8,7–16,3) compared to rural areas. Regarding binge drinking patterns, 39,2% of students reported consuming two or more drinks, with a higher rate among males (43,2%, 95% CI: 32,4–54,7) than females (35,1%, 95% CI: 26,3–45,0).

When examining consumption patterns by age group, students aged 16–17 years (43,8%, 95%CI, 32,5–55,5) demonstrated a higher likelihood of alcohol consumption compared to other age groups. Additionally, 13,8% of students consumed six or more drinks, with a noticeable gender difference: 17,3% of males (95% CI: 11,0–26,1) compared to 10,7% of females (95% CI: 5,4–20,2).

In the past 30 days, 13,8% (95%CI, 8,8–21,1) of students consumed six or more drinks of alcoholic beverage per serving. Rural students reported a 7,3% higher prevalence than their urban counterparts.

Over 22,7% of students (95%CI, 16,2–30,8) obtained alcohol from their friends and consumed it, marking an increase from the findings of the 2013 study. Notably, female students (29%, 95%CI, 19,9–40,1) were found to be outweighing. Additionally, 50,4% (95%CI, 39,8–61,0) of underage individuals attempted to purchase alcohol, consumed it at home (66,1%, 95%CI, 60,8–71,1), and engaged in misconduct or fights (3,8%, 95%CI, 2,8–5,2), with higher rates observed among male students aged 16–17, irrespective of their location.

The overall percentage of students who got “really drunk” one or more times was 14,5. When analyzed by age group, no difference between urban and rural areas was observed, with students aged 16–17 years (urban–22,4%, 95%CI, 18,5–26,9; rural–19,0%, 95%CI, 14,3–26,4) showing higher prevalence.

Discussion. Among the students, 42,3% experimented with alcohol before the age of 14, with female students indicating a 5,3% increase compared to 2013. Conversely, the percentage of male students decreased by 6,2%. Moreover, 10,8% of students consumed alcohol in the last 30 days, marking a 1,9% increase from the previous year. There’s a notable concern as the consumption of alcohol among female students who obtained alcohol from their friends had a significant increase of 7,7% compared to 2013. Additionally, the proportion of students consuming two or more drinks in the last 30 days increased by 14,4% compared to the previous study. In our country, the prevalence of alcohol consumption among all students in the last 30 days was 10,8%, higher than Indonesia and Brunei Darussalam yet lower than all other countries in the Western Pacific region. However, 14,5% of students got “really drunk,” which was higher than in Samoa, Indonesia, Brunei Darussalam, and Fiji. The rate of students who ever tried alcohol at age 14 or younger was 42,3%, exceeding Vanuatu and Laos.

Conclusions:

1. The data reveals that 4 out of 10 students aged 13 to 17 consumed two or more alcoholic drinks, highlighting the inefficient commitment to the information, training, and promotional efforts targeting student alcohol consumption.
2. Over 50,4% of students have engaged in purchasing and consuming alcoholic beverages, suggesting inadequate enforcement of laws prohibiting alcohol sales to minors.
3. Predominantly, male students aged 16–17 consumed six or more drinks, faced troubles at home or work, or engaged in misconduct due to alcohol consumption.
4. Notably, female students had more sources of alcohol from friends and peers for their consumption compared to male students.

¹Tuyajargal I., ²Delgermaa D., ²Unursaikhan S.

ORAL HYGIENE AND HANDWASHING PRACTICES OF MONGOLIAN ADOLESCENTS: A NATIONAL STUDY IN THE CONTEXT OF GLOBAL AND REGIONAL WASH BENCHMARKS

¹*Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia;*

²*National Center for Public Health, Ministry of Health, Mongolia*

Objective. Our study was to assess oral hygiene and handwashing practices among secondary school students in Mongolia during the 2022–2023 academic year, focusing on behaviors such as frequency of toothbrushing, use of fluoridated toothpaste, school absenteeism due to oral health issues, and hand hygiene after toilet use, and comparing findings with previous national and regional data to inform improvements in school-based hygiene programs.

Methods. This nationwide study was conducted during the 2022–2023 school year. The Research

Sampling Team of the NCD Surveillance, Monitoring and Reporting Unit, WHO in Geneva, carried out the initial sampling. The results of this two-stage random sampling process were determined with a 95% probability and a margin of error not exceeding 5%. Prior to the study, parents and guardians of all students in the selected classes were asked to participate voluntarily, and informed consent was obtained through a consent form. For this national-level study in Mongolia, the modules were adjusted to the country context, consisting of 8 modules with a total of 74 questionnaire items.

Results. A total of 3,311 students in grades 8–12 participated in the study across 26 urban and 25 rural public and private secondary schools, with 47,9% male and 52,1% female. The gender distribution among the students participating in the study closely mirrors previous research findings, with 47,5% being male in 2010, 48,3% in 2013, and 47,9% in 2023. Regarding age and grade level, most participants fall within the 13–15 age group, comprising 60,5% of the total, while 8th to 10th graders represent 71,8% of the sample.

The proportion of students who reported cleaning or brushing their teeth less than once per day in the past 30 days was 6,5% overall. This habit tends to decrease as students advance through grades. When disaggregated by gender, 8,3% of male students and 4,8% of female students reported this behavior. By location, the prevalence was slightly higher among urban students (6,7%) compared to rural students (5,3%). Among males, the rates were 8,5% in urban areas and 7,4% in rural areas, while among females, 5,1% of urban and 3,3% of rural students reported brushing their teeth less than once per day.

Of the students, 34,0% (95% CI 30,0–38,3) used fluoridated toothpaste while brushing their teeth, with no observed difference between urban and rural areas.

Regarding school absenteeism due to oral health conditions in the last month, 8,0% (95% CI, 6,3–10,0) of students were affected. It was 7,7% (95% CI, 5,6–10,5) in urban areas and 8,9% (95% CI, 5,6–10,5) in rural areas, with no significant gender differences observed. Additionally, there was a 2% increase in absenteeism among 16–17-year-old students compared to those aged 13–15 (7,0–11,1%).

Among the students, 4,2% (95% CI, 3,1–5,7) never or rarely washed their hands after using the toilet or restroom in the last month. The improper handwashing practice tends to decrease as students progress through grades and is 4% more prevalent in rural areas than urban areas.

This result is higher for students aged 13–15 years (4,7%, 95%CI, 3,5–6,3) than for the 16–17 age group (3,3%, 95%CI, 1,8–6,1). However, no statistical difference was observed for gender. On the other hand, 4,0% (95%CI, 2,8–5,8) of students never or rarely used soap to wash their hands in the last month. Notably, this practice was more common among male students at 4,4% (95%CI, 2,9–6,7) and in rural areas at 5,9% (95%CI, 3,8–9,1).

Discussion. Lack of adequate water and sanitation facilities in the educational environment leads to poor hygiene practices, increased absenteeism, and heightened risks of bacterial and parasitic infections. Comparing the results of the 2013 survey with those of 2023, the percentage of students who did not brush their teeth at all or brushed less than once a day has increased, rising from 5,3% to 6,5%. Male students have a bad habit of not brushing their teeth. In the previous study, 7,7% of students reported never or rarely washing their hands before eating in the last month. This figure decreased to 5,7% (95%CI, 4,7–6,9) in the 2023 study. Although handwashing practices before eating and after using the bathroom improved in the recent study, no significant difference was observed in the use of soap during handwashing. In a 2015 study conducted in Laos, 97,7% of students reported positive tooth-brushing habits once or more daily in the past month. However, in a 2023 study, this figure declined to 93,5% [6]. When comparing handwashing practices after using the toilet across various countries in the Western Pacific region of WHO, including Laos (3,4%), Indonesia (2,3%), Samoa (6,3%), and Niue (3,4%), observed to be similar in our country (4,2%, 95% CI 3,1–5,7%). Despite the implementation of water, sanitation, and hygiene standards in kindergartens, secondary schools, and dormitories since 2015, students' oral hygiene and handwashing practices have not significantly improved. Establishing proper environments for handwashing in secondary schools and enhancing students' knowledge, attitudes, and good hygiene practices is crucial.

Conclusions:

1. About 93,5% (95%CI, 91,9–94,9) of students maintain the proper habit of brushing their teeth once or more daily. This percentage is higher among the 16–17 age group, particularly among female students.
2. Over 4,2% (95%CI, 3,1–5,7) of students never or rarely washed their hands after using

the toilet. Similarly, 4,0% (95%CI, 2,8–5,8) of students reported not using soap when washing their hands. Notably, this practice was more common among rural students.

¹Tuyajargal I., ²Delgermaa D., ²Khostsetseg T., ²Unursaikhan S.

TOBACCO AND E-CIGARETTE USE AND SECONDHAND SMOKE EXPOSURE AMONG MONGOLIAN ADOLESCENTS: FINDINGS FROM A NATIONAL SCHOOL-BASED SURVEY

¹*Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia;*

²*National Center for Public Health, Ministry of Health, Mongolia*

Objective. The study was to assess the prevalence and patterns of tobacco use, including cigarette and e-cigarette consumption, among secondary school students in Mongolia during the 2022–2023 academic year. It aimed to evaluate students' exposure to second-hand smoke, their age of smoking initiation, and their access to tobacco products. Additionally, the study sought to compare findings with previous national surveys, identify gender and urban-rural differences, and inform future tobacco control policies and awareness programs targeted at adolescents.

Methods. This nationwide study was conducted during the 2022–2023 school year. The Research Sampling Team of the NCD Surveillance, Monitoring and Reporting Unit, WHO in Geneva, carried out the initial sampling. The results of this two-stage random sampling process were determined with a 95% probability and a margin of error not exceeding 5%. Prior to the study, parents and guardians of all students in the selected classes were asked to participate voluntarily, and informed consent was obtained through a consent form. For this national-level study in Mongolia, the modules were adjusted to the country context, consisting of 8 modules with a total of 74 questionnaire items.

Results and discussion. A total of 3,311 students in grades 8–12 participated in the study across 26 urban and 25 rural public and private secondary schools, with 47,9% male and 52,1% female. The gender distribution among the students participating in the study closely mirrors previous research findings, with 47,5% being male in 2010, 48,3% in 2013, and 47,9% in 2023. Regarding age and grade level, most participants fall within the 13–15 age group, comprising 60,5% of the total, while 8th to 10th graders represent 71,8% of the sample.

Overall, 19,9% of students had ever tried smoking. Among those, 38,4% (95%CI, 35,2–41,6) smoked cigarettes only once or twice, and 56,5% (95%CI, 51,1–61,7) smoked first time before the age of 14. Male students (58,7%, 95%CI, 51,8–65,2) were more likely than female students (52,4%, 95%CI, 44,9–59,7) to have smoked before age 14. Among the urban students, 56,5% (95% CI, 49,3–63,4) had tried smoking before the age of 14 compared to the rural students accounting for 57,5% (95% CI, 51,0–63,7). The consumption was higher among male students.

In the past 30 days, 11,1% (95%CI, 9,0–13,5) of students had smoked at least one day, more in the rural areas (20,5%, 95%CI, 16,4–25,3) than in urban areas. This indicator has increased by 1,7% compared to the 2013 survey, which indicates that students need to be given more information about the dangers of smoking [3]. Among students who had smoked in the last month, males (17,2%, 95%CI, 14,0–20,8) were 3,2 times more likely than females (5,3%, 95%CI, 4,0–7,1) to have smoked.

As grades progress, the percentage of students smoking increases. Across all grades, the proportion of male students who smoke cigarettes is higher than that of female students. Tobacco use was higher among rural students (12,2%, 95%CI, 9,6–15,4) than among urban students (10,9%, 95%CI, 8,3–14,2). Among urban students, 16,6% (95%CI, 12,7–21,5) of males and 5,5% (95%CI, 3,8–8,0) of females smoked. Meanwhile, among rural students, 20,5% (95%CI, 16,4–25,3) of males and 4,2% (95%CI, 3,0–5,9) of females smoked. The percentage of students who had used tobacco other than cigarettes or pipes in the past 30 days was higher among urban students (males 13,7%, 95%CI, 10,7–17,3; females 5,6%, 95%CI, 4,0–7,9) than rural students.

Exposure to second-hand smoke was 63,2% (95%CI, 59,4–66,8) in the last seven days. Of those, 64,4% (95%CI, 59,4–69,1) were in urban areas and 58,7% (95%CI, 53,6–63,6) in rural areas. According to the survey results, urban students are more exposed to secondhand smoke. However, there is no difference between urban and rural male high school students exposed to secondhand smoke. Students' exposure to second-hand smoke was 60,8% in the 2013 study, which unfortunately has increased in this

study.

Over 24,8% (95%CI, 20,9–29,2) of all participants had used e-cigarettes in the past 30 days. This study found that male high school students used e-cigarettes more than others. By location, 27,4% (95%CI, 22,5–32,9) of urban students and 16,5% (95%CI, 11,6–22,9) of rural students use e-cigarettes.

Of the students aged 16–17, 34,2% (95%CI, 26,1–3,2) used e-cigarettes in the past 30 days, which is higher than other age groups. The percentage of students who had tried e-cigarettes before the age of 14 was 35,3% (95%CI, 30,0–40,8). Male students (37,8%, 95%CI, 31,6–44,5) were 5,9 percent more likely than female students (31,9%, 95%CI, 29,9–43,7) to have tried e-cigarettes before age 14. Regarding location, 36,5% (95%CI, 26,7–42,3) in urban areas and 29,9% (95%CI, 23,6–37,0) in rural areas had used e-cigarettes before age 14. Regarding gender, male students used e-cigarettes more in both urban and rural areas.

Only 38,2% (95% CI, 31,2–45,7) of students who attempted to purchase cigarettes in the past 30 days were rejected as underage. By age group, male students were more likely to try to buy tobacco while underage (44,9%, 95% CI, 35,6–54,6), which was 18,0% higher than female students.

Conclusions.

1. The percentage of students who tried smoking at the age of 14 or younger is 56,5%, indicating a decrease from the survey results in 2013.
2. 1 in 4 students has used e-cigarettes, and this rate increases as the grade progresses.
3. The number of students exposed to smoking increased by 2,4% compared to the previous survey.
4. Indicators such as tobacco use, exposure, and interest in trying tobacco among students do not decrease significantly, indicating the need to regularly implement information and promotion measures aimed at secondary school students about smoking and its harmful effects.

¹Tuyajargal I., ²Delgermaa D., ²Unursaikhan S.

PHYSICAL INJURY, CYBERBULLYING, AND VIOLENCE AMONG SCHOOLCHILDREN IN MONGOLIA: RESULTS FROM A NATIONAL SURVEY

¹*Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia;*

²*National Center for Public Health, Ministry of Health, Mongolia*

Objective. This study aimed to assess the prevalence and characteristics of injuries, violence, and bullying among secondary school students in Mongolia during the 2022–2023 school year. Specifically, the research focused on identifying the incidence and types of physical injuries, the extent of physical and cyberbullying, and students' exposure to violence from peers and teachers. Another objective was to analyze gender, age, and location (urban vs. rural) differences in the occurrence of these harmful experiences. The study also sought to compare current findings with previous national surveys and relevant international data to evaluate trends and contextualize the situation of Mongolian adolescents.

Methods. This nationwide study was conducted during the 2022–2023 school year. The Research Sampling Team of the NCD Surveillance, Monitoring and Reporting Unit, WHO in Geneva, carried out the initial sampling. The results of this two-stage random sampling process were determined with a 95% probability and a margin of error not exceeding 5%. Prior to the study, parents and guardians of all students in the selected classes were asked to participate voluntarily, and informed consent was obtained through a consent form. For this national-level study in Mongolia, the modules were adjusted to the country context, consisting of 8 modules with a total of 74 questionnaire items.

Results. A total of 3,311 students in grades 8–12 participated in the study across 26 urban and 25 rural public and private secondary schools, with 47,9% male and 52,1% female. The gender distribution among the students participating in the study closely mirrors previous research findings, with 47,5% being male in 2010, 48,3% in 2013, and 47,9% in 2023. Regarding age and grade level, most participants fall within the 13–15 age group, comprising 60,5% of the total, while 8th to 10th graders represent 71,8% of the sample.

In the last year, 39,6% of all students (95%CI 36,4–42,8) sustained injury, with a higher prevalence among male students at 41,7% (95%CI 37,6–45,9). Interestingly, no statistical differences were observed by age group.

The incidence of injury was higher in urban areas (41,3%, 95%CI, 37,1–45,6) compared to rural areas (33,9%, 95%CI, 29,5–38,7), although this difference did not present statistical significance. Approximately 24,9% (95%CI 20,6–29,7) of all students sustained serious injuries such as broken bones, dislocated joints, and broken teeth. Notably, this figure was higher among male students at 31,5% (95%CI, 25,7–38,0).

Irrespective of urban or rural areas, the proportion of male students who sustained an injury in the last year was higher than female students. About 5,4% (95% CI, 3,9–7,4) of students reported being injured due to road traffic, particularly being hit by a vehicle in the last year, marking a decrease from the findings of the 2013 survey.

The percentage of students who were involved in road traffic accident was higher for male in urban and female in rural. This number was higher among 16–17 years female respondents.

Among the students, 23,3% (95%CI, 21,2–25,6) reported being physically attacked by others in the last year, with a higher percentage among male students. No statistically significant differences were observed between urban and rural students.

Involvement of physical fights accounts for 28,3% (95%CI, 26,1–30,6) of all students, with a higher percentage among male students (37,8%, 95%CI, 35,0–40,7) compared to female students (19,2%, 95%CI, 16,8–21,9). This trend decreases as students progress through grades. In terms of location, both urban (37,2%, 95%CI, 33,1–41,5) and rural (38,8%, 95%CI, 34,8–42,8) male students engage in more fights, although no statistically significant difference was observed. In the past month, 26,9% (95%CI, 25,2–28,6) of all students experienced bullying in the school environment, while 17,4% (95%CI, 15,5–19,5) encountered bullying outside of school settings.

The incidence of bullying is similar in both urban and rural areas, with male students aged 13–15 years being more affected. In the last year, 17,9% (95%CI, 16,5–19,3) of all students experienced cyberbullying. Among them, 14,1% (95%CI, 12,3–16,0) were male, while 21,3% (95%CI, 19,2–23,6) were female.

The incidence of cyberbullying is 18,5% (95%CI, 16,7–20,4) in urban areas and 15,6% (95%CI, 13,3–18,3) in rural areas, with female students being more affected irrespective of location.

Regarding the type of cyberbullying, 39,2% (95%CI, 34,4–44,3) of students received obscene pictures or videos, while 5,9% (95%CI, 4,8–7,3) were coerced into engaging in sexually related activities on social media platforms (Figure 10). Over 26,7% (95% CI, 23,5–30,1) of students experienced physical punishment from their teachers in the last year, including actions such as slapping, kicking, or hitting, while 32,9% (95%CI, 29,6–36,4) were subjected to intimidation, embarrassment, verbal insults, name-calling, or scolding. Male students aged 16–17, regardless of their location, were more affected by both forms of mistreatment. Among all 16–17 years old male were more physically attacked than female.

Discussion. In the last year, 39,6% of the students sustained an injury, marking a 3,3% increase compared to the 2013 research findings (36,3%). This indicates that 4 out of 10 students are still getting injured. Compared to international studies, the incidence of accidents among students in our country over the past year is roughly half that of Cook Island and Indonesia.

According to our survey, 23,3% of students engaged in physical fights with others, with a higher percentage among male students (25,3%) than female students.

A study conducted in Indonesia found that 24,6% (95%CI, 22,5–26,8) of students were involved in physical fights in the last year, of which 35,9% (95%CI, 32,9–39,0) were male students. Comparable results were observed in Vanuatu (59,1%), Fiji (46,7%), the Philippines (43,7%), and Niue (48,2%). Compared to regional studies, the percentage of students involved in physical fights once or more in the last year is similar to other countries.

Furthermore, 26,7% (95%CI, 25,2–28,6) of all students experienced violence, which indicated a slight decrease of 1,4% from the 2013 survey. The incidence of cyberbullying is 18,5%, with varying percentages observed in other countries worldwide.

Over 9,3% of students reported being coerced into performing sexual acts. In addition, female students had a high percentage of inappropriate behavior on social media, indicating a concerning issue that requires further attention. The findings reveal that 26,7% of students experienced punishment from their teachers, while 32,9% faced harassment. These statistics underscore the importance of measures to improve the relationship and attitude between teachers and students.

Conclusions:

1. Four out of ten students have been involved in an accident, with male students being more affected. Accidents commonly result in bone fractures and head and neck injuries, primarily due to falls.
2. The incidence of cyberbullying among students was 17,7%, and primarily female students are more affected than male students.
3. Approximately two to three out of ten students experience punishment and pressure from teachers.

¹Tuyajargal I., ²Delgermaa D., ²Nomuuntuul G., ²Unursaikhan S.

**SOFT DRINK AND SUGAR INTAKE AMONG ADOLESCENTS: FINDINGS FROM A
NATIONWIDE STUDY**

¹Mongolian National University of Medical Sciences, Ulaanbaatar, Mongolia;

²National Center for Public Health, Ministry of Health, Mongolia

Objective. This study aimed to assess the consumption patterns of carbonated and sugar-sweetened beverages, alongside fruit and vegetable intake and their association with overweight and obesity among Mongolian secondary school students during the 2022–2023 academic year, in comparison to 2013 data, to inform nutrition-related interventions and policy actions.

Methods. This nationwide study was conducted during the 2022–2023 school year. The Research Sampling Team of the NCD Surveillance, Monitoring and Reporting Unit, WHO in Geneva, carried out the initial sampling. The results of this two-stage random sampling process were determined with a 95% probability and a margin of error not exceeding 5%. Prior to the study, parents and guardians of all students in the selected classes were asked to participate voluntarily, and informed consent was obtained through a consent form. For this national-level study in Mongolia, the modules were adjusted to the country context, consisting of 8 modules with a total of 74 questionnaire items.

Results. A total of 3,311 students in grades 8–12 participated in the study across 26 urban and 25 rural public and private secondary schools, with 47,9% male and 52,1% female. The gender distribution among the students participating in the study closely mirrors previous research findings, with 47,5% being male in 2010, 48,3% in 2013, and 47,9% in 2023. Regarding age and grade level, most participants fall within the 13–15 age group, comprising 60,5% of the total, while 8th to 10th graders represent 71,8% of the sample.

Among all students, 29,1% (95%CI 25,7–32,8) refrained from consuming carbonated soft drinks in the past week, while 87,3% (95%CI 85,1–89,3) had it no more than once a day.

No differences were observed by location or gender for students who drank one or more carbonated soft drinks. However, the proportion of students who consumed carbonated soft drinks three or more times in the past week decreased as students progressed through grades. Furthermore, 31,1% (95%CI 27,9–34,6) of all students did not consume sugar-sweetened drinks in the past week. This result was 11,1 percentage points higher among students in rural areas (39,5%, 95%CI 34,7–44,4) compared to urban areas.

The percentage of female students who consumed sugar-sweetened drinks one or more times in the past week was 2,9% higher than that of male students. As the grades progressed, sugar-sweetened drinks consumption declined among rural students, while no significant decrease was observed among urban students. In addition, there were no significant differences in the consumption of sugar-sweetened drinks three or more times a day based on gender or location.

Conclusions. Nearly one-third of students reported not consuming carbonated drinks in the past week, and over 87% limited intake to once a day or less, which is a positive trend. The gradual decline in sugary drink consumption with increasing grade level may reflect growing health awareness or changing preferences. However, the lack of significant differences by gender or location in frequent consumption suggests a need for universal intervention strategies.

These results underscore the importance of school-based nutrition education, healthy food availability, and policy actions to reduce access to unhealthy foods around schools. Continued monitoring and targeted programs will be key to improving student health outcomes.

МАТЕРИАЛЫ КОНКУРСА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ В РАМКАХ V НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК»

**Тезисы работ, представленных на Конкурс молодых ученых
«Учеными не рождаются, учеными становятся» в рамках
V научно-практической конференции с международным участием «Здоровый ребенок»**

Бегзи А.К-Д.

**ВРОЖДЕННАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ:
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия

Научный руководитель: к.м.н Бабкин А.А.

Актуальность. Врожденные мальформации дыхательных путей представляют серьезную проблему в педиатрии и пульмонологии, так как могут приводить к тяжелым нарушениям дыхания и требуют своевременной диагностики и лечения. Врожденные пороки сердца встречаются у 4 из 10 000 новорожденных. Больные чаще всего дети мужского пола.

Цель: описать клинический случай врожденной мальформации. Изучить клинические проявления, тактику ведения пациентов и эффективность лечения.

Пациенты и методы. Пациент мальчик 8 лет. Со слов мамы, в возрасте 1 месяца ребенок госпитализирован в КДКБ с диагнозом внебольничная двусторонняя пневмония. Находился на стационарном лечении в течение месяца, где проведено обследование, в т. ч КТ ОГК, в результате выставлен диагноз: ВАР легких. Состоит с двух месяцев на Д учете пульмонолога, хирурга. Растет и развивается по возрасту. Ребенок часто болеет (10–12 раз в год.) Перенесенные заболевания: ОРВИ, бронхиты, пневмонии. Проведено КТ ОГК: ВАР кистозно-аденоматозная мальформация легких (по всем легочным полям правого и левого легкого определяются множественные полости от 2 мм до 10 мм. В нижней доле правого легкого в S10 определяется многокамерная воздушная полость неправильной формы 50 × 45 × 43 мм.) Лечение: ингаляция будесонида 0,25 по 250 мкг по 2 раза в день через небулайзер.

Результаты: на фоне терапии и наблюдения тяжелых осложнений не регистрируется. В 80% случаев потребуется хирургическое вмешательство.

Заключение. Ранняя диагностика и индивидуальный подход к лечению врожденных мальформаций дыхательных путей позволяют улучшить прогноз и качество жизни пациентов.

Бубяшова А.Д., Нечаева Л.Е., Кравченко А.П.

**АНАЛИЗ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ
ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ В Г. ЧИТА**

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия

Научные руководители: Шильникова Т.Н., д.м.н., профессор Богомолова И.К.

Детский церебральный паралич (ДЦП) – заболевание, возникающее в результате поражения головного мозга в пре-, интра- и раннем постнатальном периодах, или вследствие аномалии развития, характеризуется нарушениями двигательных и статокинетических функций. ДЦП развивается, по разным данным, в 2–3,6 случаях на 1 000 живых новорожденных и является основной причиной детской неврологической инвалидности в мире. Среди недоношенных детей частота ДЦП составляет 1%. У новорожденных с массой тела менее 1 500 г распространенность ДЦП увеличивается до 5–15%, а при экстремально низкой массе тела – до 25–30%. Для лечения детей с ДЦП проводятся реабилитационные мероприятия – специализированный массаж, лечебная гимнастика, аппаратная кинезиотерапия, санаторно-курортное лечение.

Цель работы: проанализировать проведение специализированных реабилитационных

мероприятий для детей с ДЦП г. Читы.

Материалы и методы. Проанализировано 43 формы №112/у на базе ДПО № 1, № 2 ГУЗ ДКМЦ г. Чита и истории стационарных больных неврологического отделения ГУЗ КДКБ. Выполнено анкетирование родителей с июня по октябрь 2024 г. Анализ полученных данных осуществлен методами описательной статистики с помощью Excel Microsoft 2020.

Результаты исследования. Реабилитационный центр «Феникс» посещало 16 (34%) детей, Инновационную клинику «Академия Здоровья» – 14 (29%) детей, ежегодно проходили реабилитацию в отделении неврологии КДКБ – 3 (6%) детей, не проходили реабилитацию – 2 (4%) детей, посещали несколько организаций одновременно 13 (27%) пациентов.

25% родителей желают больше реабилитационных мероприятий, 16% нуждаются в помощи, 33% высказывают пожелания о более частых консультациях узких специалистов, часть родителей (25%) не осведомлены о форме ДЦП.

Таким образом, специализированные реабилитационные мероприятия 1–2 раза в год проводятся в 96% случаев, из которых 33% – в Фениксе, 29% – Академии Здоровья, 27% – нескольких организациях, 6% детей госпитализируются в отделение неврологии ГУЗ КДКБ г. Чита, в 4% случаев мероприятия не выполняются.

Гостева Е.А.

ОДНОСТОРОННЯЯ ЛАТЕРОТОРАКАЛЬНАЯ ЭКЗАНТЕМА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И ДИНАМИКА ПРИ НАБЛЮДЕНИИ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия

Научный руководитель: к.м.н. Бабкин А.А.

Актуальность: Односторонняя латероторакальная экзантема – редкое заболевание, требующее детального изучения для оптимизации диагностики и лечения. Представленный случай демонстрирует особенности клинической картины и эффективность терапии.

Цель: описать клинический случай односторонней латероторакальной экзантемы, проанализировать динамику симптомов и эффективность назначенного лечения.

Пациенты и методы. Девочка 3 лет 11 месяцев поступила в ГУЗ КДКБ г. Читы с жалобами на одностороннюю сыпь и зуд. Проведены клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма, анализ мочи без патологий, за исключением гипергликемии (6,98 ммоль/л). ПЦР и ИФА на инфекции с положительным IgG к цитомегаловирусу, исключены HSV, токсоплазмоз, лямблиоз, COVID-19. ЭКГ и ЭхоКГ без изменений. Лечение включало гипоаллергенную диету, цетиризин (10 мг/мл 1 раз в сутки) и преднизолон (30 мг/мл 2 раза в сутки внутримышечно).

Результаты: на фоне терапии на 3 день после поступления в стационар отмечено уменьшение сыпи и зуда. У 7 дня значительное угасание элементов сыпи. Через 3 недели сохранились остаточные явления, такие как сухость и покраснение, усиливающиеся после водных процедур.

Заключение. Представленный случай подчеркивает важность комплексного подхода в диагностике и лечении редких дерматологических патологий. Назначенная терапия показала высокую эффективность, что подтверждается динамикой клинических проявлений.

Гольгина Д.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: КОЖНЫЙ МАСТОЦИТОЗ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия

Научный руководитель: к.м.н. Бабкин А.А.

Актуальность. Кожный мастоцитоз – заболевание, характеризующееся избыточным размножением тучных клеток в различных органах и тканях организма. Согласно статистическим

данным, распространенность данного заболевания в России составляет от 0,12 до 1,0 случаев на 100 000 жителей.

Цель работы. Представить клинический случай кожного мастоцитоза у пациента в возрасте 11 мес.

Пациенты и методы исследования. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации.

Результаты. Мальчик от 4 беременности 3 родов на сроке 38 недель путем кесарева сечения. Беременность протекала на фоне гестационного сахарного диабета. Наследственность отягощена: со стороны мамы поллиноз, бронхиальная астма, у средней сестры – кожная аллергия. У ребенка с 2 месяцев регистрируются высыпания на теле, преимущественно в местах естественных складок, на передней и задней поверхности бедра, груди. Сыпь 0,2–0,5 см, возвышающаяся над поверхностью кожи. В возрасте 5 месяцев ребенок консультирован аллергологом. На коже при трении отмечалось покраснение элементов, образование волдыря, что свидетельствовало о положительном симптоме Дарье–Унны. Выставлен диагноз: «Мастоцитоз, кожная форма». Ребенок проходил лечение у аллерголога на протяжении последующих 6 месяцев с выраженным положительным эффектом.

Заключение. В связи с риском трансформации кожного мастоцитоза в системную форму в более старшем возрасте, необходимо повысить уровень осведомленности медицинских специалистов о данной патологии.

Девятова А.В., Иванушкина В.Р.

УРОВЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ДЕТЕЙ СРЕДНЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор Богомолова И.К.

Среди актуальных проблем современного общества большое значение имеет формирование здорового образа жизни подрастающего поколения, решение которой требует заинтересованности многих отраслей науки и общества. Начиная с детского возраста, основная защита от болезней – это профилактика отклонений в здоровье и пропаганда здорового образа жизни. Отношение ребенка к своему здоровью является фундаментом, на котором можно будет выстроить потребность в здоровом образе жизни. Представление о здоровье и здоровом образе жизни (ЗОЖ) полностью базируется на понимании ребенком этих понятий.

Основы здорового образа жизни у детей среднего школьного возраста определяются наличием знаний и представлений об основных элементах здорового образа жизни, включая рациональное питание, соблюдение режима, гигиенических процедур, двигательной активности, и умении реализовывать их в поведении и деятельности доступными для ребенка способами.

Цель работы: оценить уровень осведомленности детей о понятиях «здоровье» и «ЗОЖ», выявить основные трудности восприятия детьми основ здорового образа жизни, проанализировать доступные методы повышения заинтересованности детей в теме здоровья.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 17 детей в возрасте от 11 до 13 лет, среди которых 9 (52,9%) мальчиков и 8 (47%) девочек. Анкета включала 15 вопросов о ведении здорового образа жизни, понятии «ЗОЖ», правильном питании, наличии вредных привычек, режиме дня и питания, а также школьных мероприятиях и других способах получения информации на тему здорового образа жизни. Анкетирование выполнено на базе ГУЗ «Краевая детская клиническая больница» г. Читы. Изучены доступные методы повышения информированности детей о важности соблюдения здорового образа жизни.

Результаты. Большинство детей знают, что включает в себя понятие «Здоровый образ жизни», называя важными компонентами сохранения здоровья занятия спортом и соблюдение правильного питания.

На вопрос «Является ли твой образ жизни здоровым?» 5 (29,4%) респондентов ответили «да»,

10 (58,8%) человек – «частично», 2 (11,7%) ребенка выбрали ответ «не знаю»

Опрос показал, что 11 (64,7%) детей употребляют фаст-фуд не более 1–2 раз в месяц, в 5 (29,4%) случаях фаст-фуд в рационе 2-3 раза в неделю, 1 (5,88%) ребенок не употребляет фаст-фуд.

В анкете также присутствовали вопросы о наличии вредных привычек (курение, в том числе электронных сигарет и распитие алкогольных напитков). На данный вопрос 13 (76,4%) респондентов ответили, что данных вредных привычек у них нет, при этом 4 (23,5%) школьников ответили, что пробовали алкоголь или курение.

В анкете присутствовала таблица для изучения полезных привычек и их наличия в распорядке дня респондентов. Соблюдение 8-часового сна набрало 12 (70%) голосов респондентов, при этом почти 100% опрошенных ответили, что соблюдают трехразовое питание (завтрак, обед и ужин). Утренней зарядки придерживаются лишь 8 (47%) опрошенных. На вопрос о прогулке на свежем воздухе 10 (58,8%) детей выбрали ответ «ежедневно» и 7 (41,1%) человек ответили, что находятся на свежем воздухе несколько раз в неделю.

Спортом ежедневно занимается 1 (5,8%) респондент, 13 (76,4%) – несколько раз в неделю и 3 (17,6%) выбрали вариант «очень редко, никогда».

На вопрос о заинтересованности и необходимости в дальнейшем получении знаний о принципах ЗОЖ 100% респондентов ответили утвердительно. Также в ходе анкетирования выяснено, что 14 (82,3%) опрошенных получают знания о здоровом образе жизни от учителей в школе и родителей, и лишь 3 (17,6%) – от друзей, из книг и телепередач. При уточнении способов пропагандирования ЗОЖ выяснено, что наиболее интересным форматом для получения новых знаний по этой теме для детей являются различные спортивные мероприятия, праздники, вечера, викторины и конкурсы на тему здоровья, за данные варианты отдали свои голоса 15 (88,2%) респондентов.

Вывод. В ходе данного исследования выявлено общее представление об информированности детей в вопросах ЗОЖ, в частности, о важности соблюдения распорядка дня, занятий спортом и соблюдении правильного питания. Результаты анкетирования продемонстрировали, что большинство участников имели достаточно отчетливое представление об основных принципах ЗОЖ. Большинство опрошенных ответили, что в той или иной мере придерживаются данных принципов. Установлена заинтересованность детей в получении знаний на тему здоровья, дети охотно посещают школьные и внешкольные мероприятия, направленные на укрепление их здоровья. Это подчеркивает важность дальнейшего развития заинтересованности детей в поддержании здорового образа жизни и заботе о своем здоровье.

Таким образом, можно сделать вывод, что необходимо увеличить количество мероприятий, проводимых в школах, таких как активные спортивные эстафеты, игры, классные часы с приглашением гостей из разных отраслей (медицинских работников, спортсменов) для поддержания заинтересованности школьников и повышения информативности мероприятий.

Иванова С.С.

НЕ КАЖДАЯ СЫПЬ = АЛЛЕРГИЯ!

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия

Научный руководитель: к.м.н. Бабкин А.А.

Актуальность. Амоксициллин является одним из наиболее часто назначаемых антибиотиков, особенно среди детей и взрослых с инфекциями верхних дыхательных путей и ЛОР-заболеваниями. Одним из частых побочных эффектов амоксициллина является кожная сыпь.

Цель: показать значимость своевременности и дифференциальной диагностики кожных высыпаний у детей различной этиологии.

В детское приемное отделение обратилась мама с ребенком возраста 10 месяцев с жалобами на обильную сыпь на туловище. Ребенок накануне находился на стационарном лечении с 04.12.24 по 09.12.24 в отделении раннего возраста с диагнозом «Острый бронхит». Получал антибактериальную терапию (амоксициллин), ингаляции беродуалом. Со слов мамы, на прием

препаратов появилась рвота, затем жидкий стул, принимали в стационаре сорбенты, пробиотики. 09.12.24 в связи с улучшением состояния мама написала отказ от стационарного лечения, выписаны домой с рекомендациями. 13.12.24 мама отметила появление сыпи на лице, верхних конечностях, верхней половине туловища. Самостоятельно дали ребенку антигистаминные, динамика без улучшения, сыпь стала более выраженной. 14.12.24 вызвали БСМП, поставлен преднизолон внутримышечно, дозировка неизвестна. Со слов мамы сыпь стала бледнее. 15.12.24 сыпь вновь выросла, распространилась по туловищу, обратились к участковому педиатру, были направлены на госпитализацию в ГУЗ КДКБ. Из анамнеза: ребенок на диспансерном учете у узких специалистов не состоит, аллергологический анамнез не отягощен. При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, на коже груди, живота, спине сыпь, угасающая, в виде следовой реакции кожи по типу пигментации на месте высыпаний. На ягодицах, нижних конечностях – ярко-красная, с резкими границами папулезного характера сыпь, обильная, местами сливная, местами выступает над поверхностью кожи, при растягивании немного бледнеет. Оценка состояния слизистых оболочек: без патологических высыпаний. Предварительный диагноз: Многоформная экссудативная эритема. Аллергическая реакция на Амоксициллин?

Результаты исследований. Положительная реакция полимеразной цепной реакции на наличие вирусов Эпштейн–Барр и герпеса 6-го типа.

Заключение. Этот случай напоминает врачам о важности детального сбора анамнеза, внимательной оценки внешних проявлений и дифференцированного подхода к диагностике кожных проявлений, связанных с антибиотикотерапией у детей.

Каргина А.О.

АБСЦЕСС ЛЕГКОГО У РЕБЕНКА С ГАНГЛИОЗИДОЗОМ GM2 (БОЛЕЗНЬ ТЕЯ–САКСА), ТИП 1, ИНФАНТИЛЬНАЯ ФОРМА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия

Научный руководитель: к.м.н. Бабкин А.А.

Болезнь Тея–Сакса — генетическое заболевание, характеризующееся прогрессирующим нарушением неврологических функций в результате накопления ганглиозидов GM2 до токсичных уровней. Девочка, 4 года, поступила в отделение неврологии с жалобами на ежедневные приступы тонико-клонических судорог, невозможность ходить, сидеть, плохую прибавку в весе. С 7 месяцев перестала удерживать голову, отмечается умеренная диффузная мышечная гипотония. В 1 г. 8 мес. – консультация генетика, проведено полное экзомное секвенирование, выявлена мутация в гене HEXA 15 хромосомы. Выставлен диагноз: ганглиозидоз GM2, болезнь Тея–Сакса, инфантильная форма. Вторичная лейкодистрофия. Спастический тетрапарез. Псевдобульбарный синдром. Эпилепсия структурная. Выраженная ЗНПР. БЭН тяжелой степени. Девочка от 2 беременности, 2 родов, протекавших без особенностей. При рождении масса тела – 2 760 г, длина – 50 см, APGAR – 9/10 б. В течение недели состояние средней степени тяжести, стабильное. 24.01 – частый влажный кашель, повышение температуры тела до 37,5 °С, жёсткое дыхание, разнокалиберные влажные хрипы по всем легочным полям, одышка, снижение SpO₂ до 90%. В ОАК нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ. КТ ОГК: абсцесс верхней доли правого лёгкого. Ребенок переведен в ОРИТ. Выполнена санационная бронхоскопия. Состояние тяжелое, обусловлено синдромом дыхательной недостаточности, обменно-трофическими нарушениями, неврологическим статусом, синдромом интоксикации. Проводится ИВЛ, кардио-респираторный мониторинг, терапия: Цефепим + Сульбактам 400 мг 2 р/сут., 10% Декстроза 200 мл, р-р. Кеторолак 3% 0,1 мл в/м, Меглюмина натрия сукцинат 1,5% 100 мл в/в кап, ингаляции: р-р. Будесонид 0,025% – 250 мг 2 р/сут., р-р. Ипратропия бромид + Фенотерол по 8 капель 3 р/сут. Аускультативно дыхание в легких проводится по всем полям, проводные хрипы. SpO₂ – 99%. На вторые сутки нахождения в отделении реанимации ребенок экстубирован. 28.01 ребенок переводится в отделение пульмонологии для дальнейшего лечения и обследования. 06.02 выполнена КТ ОГК: воспалительных изменений не выявлено. 07.02 девочка выписана из

стационара под наблюдение участковой паллиативной службы. Представляя этот случай, мы стремимся улучшить понимание клинической картины болезни Тея–Сакса и представление о возможном развитии сопутствующих тяжелых патологий, требующих мультидисциплинарного подхода в диагностике и лечении.

Кравченко А.П., Бубяшова А.Д., Нечаева Л.Е., Куликова К.А.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия

Научные руководители: Шильникова Т.Н., д.м.н., профессор Богомолова И.К.

Детский церебральный паралич (ДЦП) является одной из ведущих причин развития детской инвалидности, оказывая значительное влияние на физическое развитие. В структуре детской инвалидности в России поражения нервной системы детей составляют 60%, из них ДЦП — 24%. Нарушения роста и массы тела у детей с ДЦП часто связаны с двигательной дисфункцией, нарушением питания и сопутствующими заболеваниями. Недостаточный контроль за антропометрическими показателями может приводить к прогрессированию двигательных нарушений, снижению качества жизни и усилению вторичных осложнений.

Цель исследования: оценить физическое развитие детей дошкольного возраста с ДЦП, прикрепленных к поликлиникам г. Читы, выявить основные антропометрические отклонения, сопутствующие заболевания, перинатальные факторы риска.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных форм № 112 47 детей с ДЦП, состоящих на учете в детских поликлинических подразделениях № 1, 2 и 5 г. Читы. В исследуемую группу вошли 25 (53%) девочек и 22 (47%) мальчика. 32 ребенка (65%) находятся в возрасте 3–7 лет, что соответствует периоду активного физического и когнитивного развития. Оценивались показатели физического развития в динамике, течения беременности и родов, состояние новорожденных по шкале Апгар, наличие сопутствующих заболеваний. Показатели физического развития оценивались с помощью таблиц ВОЗ. Для сравнительного анализа сформирована контрольная группа из 49 здоровых детей дошкольного возраста. Статистическая обработка данных и расчет коэффициента корреляции Пирсона проводились с использованием Microsoft Office Excel 2011. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Дефицит массы тела при рождении выявлен у 21 (45%) детей с ДЦП, к 1 году жизни — у 24 (51%), в дальнейшем сохранялся у 23 (49%). Дефицит роста при рождении отмечен у 16 (35%) детей, к 1 году жизни — у 27 (57%), в дальнейшем сохранялся у 20 (43%). Среди детей с нормальными показателями веса и роста: родившиеся до 37 недель включительно — 4 (24%) ребенка, после 37 недель — 13 (76%) ($p < 0,05$), из них с отягощенным акушерским анамнезом — 10 (59%), без особенностей — 7 (41%) ($p < 0,05$). Среди детей с дефицитом массы тела и роста: родившиеся до 37 недель — 11 (70%), после 37 недель — 5 (30%) ($p < 0,05$). Из них с отягощенным акушерским анамнезом — 15 (94%), без особенностей — 1 (6%) ($p < 0,05$). Среди детей с дефицитом только по росту: 6 (100%) родились после 37 недель ($p < 0,05$), из них с отягощенным акушерским анамнезом — 6 (100%) ($p < 0,05$). Среди детей с дефицитом только по массе тела: родившиеся до 37 недель — 4 (50%), после 37 недель — 4 (50%) ($p < 0,05$). Из них с отягощенным акушерским анамнезом — 7 (92%), без особенностей — 1 (8%) ($p < 0,05$). Фактические показатели в группе детей с ДЦП распределились следующим образом: нормальное ФР — 25 (53%) детей, дефицит массы тела — 21 (45%), избыток массы тела — 1 (2%). В контрольной группе здоровых детей: нормальное физическое развитие — 30 (60,42%) детей, дефицит массы тела — 11 (22,92%), избыток массы тела — 8 (16,67%). Наиболее частыми перинатальными факторами риска у детей с ДЦП отмечены: ЖДА у 16 (34%) матерей, ФПН — у 7 (15%), гипоксия плода, преждевременные роды и внутриутробная гипотрофия — у 4 (9%). Недоношенными родились 9 (19%) детей. По шкале Апгар 46 (98%) детей имели оценку 7–8 баллов. Наиболее частые сопутствующие заболевания: гиперметропия — у 10 (8%), нарушение осанки — у 9 (7%), частичная атрофия зрительных нервов — у 7 (5%), фокальная

эпилепсия у 7 (5%) детей.

Выводы. Дети с ДЦП значительно отстают в физическом развитии из-за низкой массы тела при рождении, недоношенности и перинатальных осложнений. Дефицит массы и роста, обусловленный акушерскими факторами риска, способствует развитию сопутствующих заболеваний, таких как гиперметрия, нарушение осанки, частичная атрофия зрительных нервов, фокальная эпилепсия. У большинства пациентов эти нарушения усугубляются недостаточным питанием и низкой физической активностью. Дети, родившиеся до 37 недель, чаще имеют выраженное отставание в физическом развитии, особенно при осложненном акушерском анамнезе. Статистический анализ подтвердил значимую зависимость между сроком гестации и физическим развитием детей с ДЦП ($p < 0,0001$).

Максарова В.Д.

ВРОЖДЕННАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия
Научный руководитель: к.м.н. Бабкин А.А.

Актуальность. Врожденная мальформация дыхательных путей — редкое заболевание, которое может проявляться кашлем и дыхательной недостаточностью у новорожденных. Важно своевременно диагностировать заболевание для выбора правильной тактики ведения пациента.

Цель: оценить клинические проявления врожденной мальформации дыхательных путей, рассмотреть методы диагностики и дальнейшее ведение пациентов с данным заболеванием.

Пациенты и методы. Девочка, 2 месяца, с жалобами на кашель при плаче. Мать курила во время беременности. Диагноз установлен с помощью КТ ОГК. Использовались клиника, КТ ОГК, ЭхоКТ для уточнения диагноза.

Результаты. У девочки зафиксированы приступы кашля, особенно при плаче, без признаков выраженной дыхательной недостаточности. КТ ОГК выявила кистозно-аденоматозные изменения в легких. Курение матери при беременности могло стать одним из факторов, способствующих развитию заболевания. Лечение на данном этапе не проводилось, поскольку дыхательная недостаточность была выражена слабо. Пациентка направлена в НИИ им. ак. Вельтищева для консультации по дальнейшей тактике ведения и возможности хирургического вмешательства.

Заключение. Врожденная мальформация дыхательных путей требует своевременной диагностики и динамического наблюдения. В связи с отсутствием выраженной дыхательной недостаточности на данный момент пациентке не было проведено лечение, однако дальнейшее наблюдение и консультации в специализированном центре необходимы для корректировки тактики ведения и принятия решения о возможных хирургических вмешательствах в будущем.

Метелева П.С.

СЛУЧАЙ СИРИНГОМИЕЛИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия
Научные руководители: Шильникова Т.Н., к.м.н. Леонтьева Е.В.

Сирингомиелия — хроническое полиэтиологическое заболевание, характеризующееся прогрессирующим развитием в спинном мозге продольных полостей, которые заполнены ликвором или близкой ему по составу жидкостью. Распространенность сирингомиелии в среднем колеблется от 2 до 13 на 100 000 населения, достигая в отдельных регионах показателя 50 и более на 100 000 населения.

Цель работы — представить клинический случай сирингомиелии в детском возрасте.

Материалы и методы. Пациентка А, 4 года 3 месяца, взята на курацию совместно с заведующей отделением неврологии и детской нейрореабилитации Леонтьевой Е.В. Поступила с

жалобами, со слов мамы, на ограничение активных движений – не ходит, без опоры не стоит, появившийся наклон головы в правую сторону в течение 2 лет. Наблюдается с рождения у невролога и педиатра по месту жительства. Сидит с 7 месяцев, начала ползать в 1 год, единичные шаговые движения – с 2 лет. В 2022 получала лечение в отделении неврологии – Энцефалопатия сложного генеза. Синдром двигательных расстройств. Риск формирования ДЦП. БЭН 2 степени. КТ ГМ от 06.06.22: Патологических изменений не выявлено. Через 6 месяцев планово госпитализирована в отделение неврологии, где диагноз был уточнен – ДЦП, спастический тетрапарез с преобладанием нижнего парапареза с выраженными двигательными нарушениями. Уровень GMFCS4. Задержка НПР. Через пару месяцев мама заметила появившийся наклон головы вправо. 08.08.23 обратилась к травматологу, выставлен диагноз – Шейный нейромиеозит. Рентгенография ШОП 03.08.23: Застарелый ротационный подвывих С1. Получила курс лечения. Повторно осмотрена травматологом, рекомендовано КТ ШОП. КТ ШОП от 25.09.23: ВАР: Spina bifida posterior C4, C5, C6. КТ-признаки сирингомиелии. Застарелый ротационный подвывих С1. 28.09.23 осмотрена нейрохирургом, где была рекомендована госпитализация в нейрохирургическое отделение. Мама принимает решение об отказе получения лечения в стационарных условиях. Патологический наклон со временем только прогрессировал. 05.06.24 повторно консультирована нейрохирургом: ВАР позвоночника и спинного мозга. Сирингомиелия? Рекомендована МРТ ШОП. Мама производит КТ ШОП 24.06.24: ВАР: Spina bifida posterior C4, C5, C6, конкресценция остистых отростков справа в сегменте C4-C5. КТ-признаки сирингомиелии. Застарелый ротационный подвывих С1. В дальнейшем за медицинской помощью по данной проблеме не обращалась. В апреле 2025 г. мама принимает решение о необходимости лечения ребенка в отделении неврологии и детской нейрореабилитации с дальнейшим получением инвалидности по диагнозу детский церебральный паралич. Сознание ясное. Череп округлой формы. Зрачки S = D, нистагм нет. Косоглазия нет. Движения глаз в полном объеме. Носогубные складки S = D. Девиация языка отсутствует. Контрактуры голеностопных суставов с двух сторон. Пассивные движения ограничены, сидит в вынужденном положении – ноги согнуты, корпус направлен вперед, голова отклонена вправо и опущена вниз. Ходит с поддержкой за плечевой пояс на широко расставленных ногах, варусная установка стоп. Осанка нарушена: визуально голова отклонена вправо, в шейном отделе позвоночника деформирован. При пальпации паравертебральные мышцы компенсаторно напряжены. Тонус мышц равномерно повышен. Мышечная сила снижена: в руках – 36, в ногах – 36. Сухожильные рефлексы с рук S = D, высокие. Сухожильные рефлексы ног S = D, высокие. В позе Ромберга оценить невозможно. Менингеальные знаки отсутствуют на момент осмотра. Патологические знаки: Бабинского с двух сторон. Проведено обследование: МРТ ШОП 25.03.25: ВАР: Spina bifida posterior C4-C6. Кифосколиоз шейного отдела позвоночника. Антелистез C4. Сирингогидромиелия. Конкресценция Th3-Th4 на уровне исследования. Проконсультирована нейрохирургом, рекомендовано дообследование. КТ ГМ от 28.03.25: Снижение плотности продолговатого мозга на уровне БЗО. Расширение задней мозговой цистерны. МРТ ГОП от 01.04.25: ВАР: атрофия спинного мозга на уровне D1-9. Спинальная арахноидальная киста на уровне D1-D9. Конкресценция тел D3-4. Клиновидная деформация D5. Сколиоз. После проведенного обследования диагноз скорректирован: Сирингомиелия, миелопатия на уровне шейного отдела позвоночника. Спастический тетрапарез с преобладанием нижнего парапареза с выраженными двигательными нарушениями. Уровень GMFCS 4-5. Spina bifida posterior C4-C6. Переведена в отделение нейрохирургии для дальнейшего уточнения диагноза и определения тактики ведения пациента.

Результаты. Данный клинический случай демонстрирует пример развития сирингомиелии у ребенка с ранее диагностированной патологией нервной системы.

Пинюгин С.Э., Хлызов В.Р.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия

Научные руководители: к.м.н., доцент Перегудова В.Н., к.м.н. Бабкин А.А.

Актуальность исследования: фиксация увеличения частоты регистрации заболеваемости среди детей, сохраняющейся тенденцией к стойкому нарушению здоровья с последующей инвалидизацией.

Цель исследования: представить клинико-anamnestическую характеристику ишемического инсульта у детей школьного возраста, ассоциированного с тромбофилией.

Материалы и методы: 6 историй болезни пациентов, из них 2 мальчика, 4 девочки. В среднем возраст пациентов составляет 12 лет. Диапазон возраста пациентов составляет 9–15 лет.

Результаты. Из анамнеза известно, что 83% исследуемых детей были рождены от 3 и последующей беременности. При этом у 67% матерей беременность протекала на фоне гестационной анемии. Также подтвержденная тромбофилия зафиксирована у каждого второго пациента с ОНМК. При исследовании неврологического статуса было установлено следующее: девиация языка, патологические знаки, нистагм, снижение мышечной силы. Координация движений нарушена в 100% случаев.

Выводы. Ишемический инсульт встречается у детей школьного возраста. Наиболее часто пациенты предъявляли жалобы на головную боль и нарушение функций конечностей. Неврологическая симптоматика: патологические знаки, девиация языка, нистагм, снижение мышечной силы, сглаженность носогубного треугольника. Координация движений нарушена в 100% случаев.

Перфильева А.А.

БОЛЕЗНЬ КРОНА

ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия

Научный руководитель: д.м.н., профессор Щербак В.А.

Актуальность. Болезнь Крона (БК) – хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного-тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, воспалением стенки тонкой и/или толстой кишки или всего желудочно-кишечного тракта с развитием местных и системных осложнений.

Цель: описать клинический случай течения ВЗК – Болезни Крона. Проанализировать динамику симптомов и эффективность назначенного лечения.

Пациенты и методы. Девочка Н., 10 лет, поступила в отделение гастроэнтерологии в феврале 2025 года в ГУЗ КДКБ с жалобами на боли в животе, жидкий стул, повышение температуры до фебрильных цифр, вялость, снижение аппетита, похудела на 3 кг за последний месяц. Из анамнеза известно: в декабре 2024 перенесла ОРВИ с абдоминальным синдромом, с января появились выраженные боли в животе, повышение температуры до фебрильных цифр, жидкий стул. При осмотре девочка пониженного питания, кожные покровы бледные. С персоналом отделения и лечащим врачом агрессивна. Безэмоциональна. Монотонный крик. На вопросы не отвечает, плачет. С родителями агрессивна. В отделении проведено обследование: ФГДС: Тест на *H. Pylori* +++, Слизистая пёстрая, с округлыми очагами гиперемии ярко-красного цвета, мелкоточечные очаги подслизистых кровоизлияний, умеренно отёчная. Видеоколоноскопия: слизистая толстого кишечника на осмотренных участках отёчная, определяется множество мелких эрозий (язв?) с наложением белесоватого фибрина, определяются участки гиперплазии слизистой с наложением фибрина. Подслизистый сосудистый рисунок четко не просматривается. Проведена биопсия слизистой, при взятии фрагментов слизистой отмечается умеренная кровоточивость, при

инструментальной пальпации слизистая эластичная. Аноректальный сфинктер не изменён. Заключение: Язвенный колит? Болезнь Крона толстого кишечника? Уточнение диагноза по результатам гистологического исследования. Биопсия в работе. В ОАК: ускорение СОЭ – 54,0 мм/ч, эозинофилия – 7%. В БХ крови: снижение креатинина – 52 мкмоль/л, железа – 4,6 мкмоль/л, повышение общего белка – 86,8 г/л, СРБ – 88,75 мг/л, антистрептолизина-О – 1330,20 МЕ/мл. Фекальный кальпротектин – 1735,4 (норма < 80 мкг/гр). АТ к деамид. пептидам глиадина IgG – 12,98 ед/мл (норма – <10). Перипортальный фиброз? Сенсибилизация к глиадину. В марте 2025 года поступила на госпитализацию в РДКБ г. Москва. Диагноз основной: Болезнь Крона тонкой и толстой кишки, воспалительная форма, гормонорезистентность, высокой степени активности (PCDAI 40 баллов), манифестация. Осложнение: Латентный дефицит железа. Сопутствующее заболевание: Транзиторные тики (невротической природы, вследствие реакции на тяжелый стресс). Язвенная болезнь желудка. Н.р. – негативная, впервые выявленная, фаза обострения. Эрозивно-геморрагический гастрит в стадии обострения. Дуоденит. Бульбит. После выписки жалобы сохраняются, учитывая тяжесть состояния пациента, неэффективность предшествующей противовоспалительной терапии месалазином, гормональной терапии преднизолоном, ребенку по жизненным показаниям с целью индукции ремиссии основного заболевания показана инициация антицитокиновой терапии – Адалimumаб по схеме 80-40-40 мг, далее 40 мг каждые 2 недели, подкожно. На фоне антицитокиновой терапии состояние ребенка улучшается.

Заключение. Представленный клинический случай подчеркивает важность ранней диагностики ВЗК, демонстрирует разные подходы к лечению и их исходы, иллюстрирует эффективность генно-инженерной терапии.

Шелестун Д.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МУКОВИСЦИДОЗА
ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения РФ, Чита, Россия
 Научный руководитель: к.м.н. Бабкин А.А.

Актуальность. Муковисцидоз – распространенное генетическое заболевание, которое характеризуется прогрессирующим, инвалидизирующим течением. Болезнь требует ранней диагностики, постоянного лечения и активного диспансерного наблюдения.

Цель: на примере клинического случая убедиться в необходимости неонатальной диагностики, постоянного лечения и наблюдения больных с муковисцидозом.

Пациент и методы. Пациент И., 7 лет. Ребенок от 2 беременности, 2 родов. Роды на 38 неделе гестации, путем кесарева сечения. Масса тела при рождении – 970 г, длина тела – 42 см. Неонатальный скрининг не проводился. Наследственность не отягощена. Анамнез заболевания: С рождения плохо прибавлял в весе. С 9 месяцев жизни 3 раза перенес пневмонию. В 1 год жизни госпитализирован с диагнозом: Заподозрен муковисцидоз, проведена потовая проба – результат положительный. В течении 7 месяцев находился на стационарном лечении, из них 1 месяц в реанимации, на ИВЛ 2 недели. В возрасте 1 год 7 мес. выставлен диагноз: Муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение. Физикальный осмотр: Состояние средней степени тяжести за счет основного заболевания. Кожные покровы бледные, чистые. Венозный рисунок на передней брюшной стенке. Грудная клетка цилиндрической формы. Утолщение дистальных фаланг пальцев по типу «барабанных палочек», изменение формы ногтей по типу «часовых стекол». Мышечный тонус удовлетворительный. Носовое дыхание свободное. Кашель редкий, влажный. Одышки в покое нет. Перкуторно коробочный звук. Аускультативно в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД – 23 дв/мин. SpO₂ – 98%. Область сердца не изменена. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. АД – 107/59 мм рт. ст. ЧСС – 98 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги +5 см, край гладкий, эластичный. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневно, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Физическое развитие: рост – 114 SD (-2; -1), вес – 16 SD (-3; -2). ИМТ – 12,31 (-3; -2). Заключение: физическое развитие ниже среднего. Белково-энергетическая недостаточность 2

ст. Диагноз основной: Муковисцидоз: генотип F508del/CFTRdele2,3(21kb), легочно-кишечная форма, средне-тяжелое течение. Хронический бронхит, обострение по смешанному типу. Двусторонние цилиндрические бронхоэктазы. Мукостаз. Дыхательная недостаточность 1 степени. Хронический полипозный риносинусит. Хроническая панкреатическая недостаточность тяжелой степени. Сопутствующий диагноз: Белково-энергетическая недостаточность 2 степени. Анемия легкой степени.

Результат. На фоне получения таргетной терапии у пациента улучшилось самочувствие, аппетит, настроение, стал охотнее идти на контакт.

Заключение. Успех лечения данного заболевания напрямую зависит от ранней диагностики и своевременно начатого лечения. Своевременная диагностика и лечение улучшает качество жизни пациентов и её продолжительность.

ЮБИЛЕИ**К ЮБИЛЕЮ ЗАВЕДУЮЩЕГО КАФЕДРОЙ
ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И
УРОЛОГИИ ЧГМА****СЕРГЕЯ ЛЕОНИДОВИЧА
ЛОБАНОВА**

2 мая 2025 г. отмечает юбилей известный хирург, заведующий кафедрой факультетской хирургии и урологии Читинской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ, хирург высшей категории, почетный гражданин г. Читы Сергей Леонидович Лобанов.

Сергей Леонидович Лобанов родился 2 мая 1950 г. в п. Карымское Читинской области (в настоящее время Забайкальский край). Родители: отец Леонид Поликарпович был советским партийным работником, мама Валентина Павловна закончила медицинское училище в г. Кинешме Ивановской области и по распределению приехала в Забайкалье, где и осталась, проработав многие годы по специальности. Сергей закончил среднюю школу № 43 в г. Борзя. Учился хорошо, любил географию, историю, много читал, активно занимался спортом. В 1967 г. поступил в Читинский медицинский институт. Вспоминает: «Выбор профессии дело серьезное, но это понимаешь по прошествии многих лет. Моя мама, фельдшер, иногда брала меня на дежурства, т. к. отец по работе часто уезжал в командировки. Помню, с каким интересом и трепетом я, школьник младших классов,

рассматривал разные медицинские приборы, а врачи, которые произносили непонятные слова, казались мне небожителями. Дополнением ко всему этому были книги и фильмы о врачах. Поэтому к окончанию школы сомнений не было. Студенчество же укрепляет твой выбор, ты оказываешься среди единомышленников». В 1973 г. окончил Читинский медицинский институт, после окончания интернатуры проработал два года в Улетовской районной больнице в качестве районного хирурга. Сергей Леонидович вспоминает: «Работа в районе явилась для меня отличной школой, до сих пор помню своих первых пациентов, первые самостоятельные операции, профессиональное возмужание. Прекрасное, доброжелательное отношение к себе персонала больницы и местных жителей. Радость успехов и горечь неудач. Многое пришлось постигать самостоятельно, больше года был единственным хирургом в районе, приходилось осваивать и смежные профессии, акушерство и гинекологию, ЛОР, терапию, даже педиатрию. В таких условиях довольно быстро вырабатывается клиническое мышление и понимание, как много всего за пределами твоей основной специальности».

В апреле 1977 г. Сергей Леонидович по семейным обстоятельствам переехал в Читу. Сергей Леонидович продолжил рассказ: «В облздраве, так раньше называлось министерство здравоохранения области, встретился с руководителем Олегом Николаевичем Троицким. Олег Николаевич выслушал меня и заключил: «Берем тебя в город». Я переспросил – куда именно? – «Как куда? В онкодиспансер! Перспективы там...» Олег Николаевич развел руки в стороны, показав какие там перспективы... Так я стал врачом-хирургом Читинского областного онкодиспансера. Еще в институте я мечтал о том, что именно на мой жизненный отрезок выпадет быть свидетелем триумфа человечества над этим недугом, и я постараюсь тоже сделать что-то.» Именно в этот период возникает научный интерес к механизмам метастазирования и биологическим особенностям конкретных опухолей человека. Длительный период времени посвящён изучению данных проблем. Важнейшим событием было знакомство с работами Андрея Георгиевича Маленкова, профессора-биолога из Москвы (сына Г.М. Маленкова из окружения

И.В. Сталина). Личное знакомство с ним и его сотрудниками перешло в многолетнее сотрудничество. В лаборатории канцерогенных веществ Всесоюзного онкологического центра Академии медицинских наук (ныне ВОНЦ им. Н.Н. Блохина), на Каширке, группа под руководством Андрея Георгиевича изучала изменение адгезивных свойств гепатоцитов у крыс в процессе канцерогенеза. Сергей Леонидович вспоминает: «Я приехал к ним уже со своими наработками и предложил применить методы адгезиометрии для изучения аналогичных связей в человеческих опухолях. Все это было воспринято очень положительно. Клиническую часть работы выполнял в отделении абдоминальной онкологии ВОНЦ в сотрудничестве с профессорами Анатолием Анатольевичем Клименковым и Юрием Ивановичем Патютко. В результате этой работы был установлен факт – чрезвычайной гетерогенности первичной опухоли желудка и значительное повышение гомогенности в метастазах по степени межклеточного сцепления. Данный факт имеет значение при определении лечебной тактики, что было признано в последующем». В эти же годы им были освоены сложные и обширные по объему операции. Очень полезным было сотрудничество с ассистентом кафедры физиологии ЧГМИ Н.Н. Цыбиковым, ныне известным ученым, профессором.

В октябре 1981 г. С.Л. Лобанов избран по конкурсу ассистентом кафедры факультетской хирургии Читинского медицинского института, с 1988 г. – доцент, а с 1990 г. – заведующий данной кафедрой. В 1985 г. защитил кандидатскую диссертацию в МНИОИ им. Герцена (Москва), тема – «Диспергируемость опухолевой ткани и факторы прогноза при раке желудка и молочной железы», а в 1992 г. – докторскую в ВОНЦ АМН (Москва) «Имплантационное метастазирование при раке желудка». На основании проведенных исследований сделан важный вывод о механизмах селекции высокометастатических опухолевых клеток при раке желудка. В 1993 г. присвоено ученое звание профессора.

С начала 90-х годов с появлением новых технологий в хирургии (эндовидеохирургия) возникает интерес к данному направлению. В 1995 г. Сергей Леонидович является одним из инициаторов создания центра эндоскопической хирургии. За прошедшие годы была проделана

большая работа по созданию целой школы забайкальских эндохирургов. Под руководством профессора С.Л. Лобанова, методы эндоскопической хирургии внедрены в практику многих лечебных учреждений города Читы и Забайкальского края. Сергей Леонидович вспоминает: "Конец восьмидесятых, начало девяностых. Пустые полки в магазинах. В больницах нет элементарных расходников, лекарств. Время надежд, разочарований. Зарплаты нет. Инфляция жуткая. Кто помнит, тому не нужно рассказывать. Но, наверное, в силу молодости оптимизм не покидал нас. Именно в это тяжелое время в больнице появился первый лапароскоп. Я только что стал заведующим кафедрой, вместе с Александрой Васильевной Вихляевой, заведующей хирургическим отделением, кстати замечательным хирургом, рано ушедшей из жизни, смотрим в эту блестящую трубочку и думаем, кому поручить освоение диагностической лапароскопии. Выбор пал на молодых ребят Олега Терехова и Леонида Карпущина. Не ошиблись. Через три года мы плавно перешли от диагностики к оперативной лапароскопии. Потом пошло-поехало. Многому пришлось учиться. Москва, Казань, Санкт-Петербург. Сейчас, как и везде, это рутинные операции. В 1-й городской Читы свыше 90% холецистэктомий выполняется лапароскопически. Более того, мы скромно гордимся тем, что помогли внедрить методику в разных больницах города Читы и края».

Тридцать пять лет Сергей Леонидович возглавляет кафедру факультетской хирургии ЧГМИ/ЧГМА, в состав которой вошел в последние годы курс урологии. Как педагог, С.Л. Лобанов отличается широкой эрудицией, творческим подходом к учебному и воспитательному процессу. На протяжении всей преподавательской деятельности он уделяет большое внимание постоянному совершенствованию учебного процесса на кафедре. На кафедре организованы циклы последипломного обучения врачей по неотложной и эндоскопической хирургии. Подготовлены десятки врачей-хирургов.

За годы работы в городской клинической больнице № 1 Сергеем Леонидовичем выполнены тысячи операций. Под руководством Лобанова С.Л. выполнены диссертационные исследования (2 докторских и 6 кандидатских). Сергей Леонидович – участник

различных Всесоюзных, Всероссийских, республиканских, международных и региональных конференций, на которых он многократно выступал с результатами своих исследований. Является членом диссертационного совета по хирургии при ДВГМУ (Хабаровск), членом аттестационной комиссии по хирургии при ИГМУ (Иркутск), член редколлегии «Забайкальского медицинского вестника» и «Забайкальского медицинского журнала», действительный член Российского общества хирургов, а также Российских обществ эндоскопических хирургов и хирургов-гастроэнтерологов.

Дважды избирался депутатом Читинской городской Думы – третьего (2001–2004 гг.) и четвёртого созывов (2005–2009 гг.). Работал в Думе без отрыва от основной работы в больнице и на кафедре. Член комиссии по социальным вопросам и развитию местного самоуправления гордумы. Принятие городской Думой целевой программы по развитию эндохирургии г. Читы – целиком и полностью заслуга депутата Лобанова. В 2009 г. избран председателем Забайкальского краевого общества хирургов. Является автором свыше 400 публикаций, 12 изобретений, 6 монографий. Награжден медалью за заслуги перед городом Чита, В 2002 г. присвоено звание «Заслуженный врач Российской Федерации», в 2019 г. – звание «Почетный гражданин Читы».

От всей души желаем юбиляру крепкого здоровья, творческих успехов и профессионального долголетия.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Смекалов В.П. Лобанов Сергей Леонидович / В.П. Смекалов // Малая энциклопедия Забайкалья. Здравоохранение и медицина / главный редактор Р.Ф. Гениатулин. – Новосибирск : Наука, 2011. – С. 272–273.
2. Лобановы // Саклаков А.В. Хирургические династии Забайкалья / А.В. Саклаков, А.Е. Пажитнов. – Чита : Экспресс-издательство, 2014. – С. 180–187.
3. Жизнь, отданная медицине // Азия-экспресс. – URL: https://azia-press.ru/articles/dela_i_ludi/zizn_otdannaa_medicine.html.

Сотрудники кафедры факультетской хирургии и урологии ЧГМА

К ЮБИЛЕЮ ДОЦЕНТА КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ ЛЕЧЕБНОГО И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ ЧГМА, КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК



**ГАЛИНЫ НИКОЛАЕВНЫ
НОВОПАШИНОЙ**

Моя работа – это не профессия:

Моя работа – это образ жизни,

Моя работа – это что-то вроде миссии,

Служения и людям, и Отчизне!

Галина Николаевна Новопашина родилась 5 апреля 1950 года в посёлке Букача Читинской области. Отец, – Николай Михайлович, был военнослужащим, участником ВОВ, мама, – Вера Иосифовна, работала телефонисткой и была ветераном ВОВ. После окончания средней школы в г. Балее поступила в Читинский государственный медицинский институт, который успешно окончила в 1973 году. Во время обучения в институте активно участвовала в работе научного студенческого общества на кафедрах биологии, акушерства и гинекологии. После успешного окончания ЧГМИ и интернатуры работала врачом акушером-гинекологом в железнодорожных больницах п. Карымское и г. Чита. В 1977–1979 гг. прошла клиническую ординатуру по акушерству и гинекологии в ЧГМИ. В 1982 году закончила аспирантуру в Томском государственном медицинском институте. Руководителем научной работы и наставником по жизни была профессор, член-

корреспондент РАН А.А. Радионченко. После успешной защиты кандидатской диссертации по теме «Комплексная профилактика послеродового эндометрита» с 1982 года начала свою работу на кафедре акушерства и гинекологии ЧГМИ в должности ассистента. В 1989 году Галине Николаевне было присвоено учёное звание доцента ВАК.

Все годы работы в вузе, наряду с педагогической и научно-исследовательской деятельностью, Галина Николаевна занимается учебно-методической работой, является завучем и ответственной за методическую работу на кафедре. Совместно с сотрудниками кафедры разрабатывает учебные пособия и материалы для студентов и преподавателей. Организовала работу в Центре практических навыков для студентов, отдаёт много времени повышению оптимизации учебного процесса на кафедре. Является членом Цикловой методической комиссии хирургического профиля. Ежегодно руководит научно-исследовательскими работами студентов из молодёжного научного общества, участвует в научно-практических конференциях. В течение многих лет активно руководила научным студенческим кружком на кафедре акушерства и гинекологии. Является участником Всероссийских и региональных конференций, членом Забайкальского общества акушеров-гинекологов. С 2018 года выполняет работу завуча кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов академии.

Галина Николаевна постоянно совершенствует свой профессиональный уровень, с 1991 года имеет высшую квалификацию врача акушера-гинеколога. В течение многих лет была ответственной на клинической базе Городского родильного дома № 2, где выполняла лечебную и консультативную работу. Неоднократно исполняла обязанности заместителя главного врача по лечебной работе Городского родильного дома № 2. Владеет техникой сложных акушерских и гинекологических операций. В течение многих лет была ответственным дежурантом по акушерству и гинекологии в городских лечебных учреждениях и оказывала помощь в районах Забайкальского края с вылетами санавиации. В настоящее время работает на клинической базе кафедры в ГУЗ «Городской родильный дом»

г. Чита, где ежедневно оказывает консультативную помощь беременным и родильницам. В работе ответственна, активна и безотказна. Всегда помогает молодым ассистентам в учебно-методической, лечебной и научной работе. Оказывает помощь в лечебной работе молодым врачам и клиническим ординаторам. В диагностической поликлинике ЧГМА многие годы ведёт специализированный прием по вопросам бесплодия и гинекологической эндокринологии. Галина Николаевна длительное время являлась куратором по родовспоможению в Хилокском районе. Неоднократно выезжала в районы Забайкальского края, где оказывала консультативную и лечебную помощь. В течение многих лет успешно проводит работу по экспертизе качества медицинской помощи по специальности «Акушерство и гинекология».

Галина Николаевна имеет более 150 печатных работ. За время плодотворной работы на кафедре акушерства и гинекологии была заслуженно удостоена «Почетной грамоты» министра здравоохранения МЗ РФ (2003 г.), награждена почётными знаками: «Ветеран труда» и «Отличник здравоохранения РФ» (2008 г.), Благодарственным письмом Губернатора Забайкальского края (2023 г.).

Галина Николаевна всегда вдохновляет сотрудников кафедры и врачей практического здравоохранения своим примером активного профессионального долголетия, являясь эталоном настоящего врача, педагога, учёного и прекрасного наставника!

*Мочалова М.Н., зав.кафедрой акушерства
и гинекологии лечебного и стоматологического
факультетов ЧГМА*

**К ЮБИЛЕЮ ПРОФЕССОРА,
ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
ЗАВЕДУЮЩЕЙ КАФЕДРОЙ
ОФТАЛЬМОЛОГИИ, ОТЛИЧНИКА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЗАСЛУЖЕННОГО
ВРАЧА ЗАБАЙКАЛЬСКОГО КРАЯ, ЧЛЕНА
ПРАВЛЕНИЯ ОБЩЕСТВА
ОФТАЛЬМОЛОГОВ РОССИИ**



**СВЕТЛАНЫ ВЛАДИМИРОВНЫ
ХАРИНЦЕВОЙ**

*Идеальный врач – это человек,
обладающий глубинным знанием жизни
и человеческой души, который
интуитивно распознает любое страдание
и боль любого рода и восстанавливает
мир одним своим присутствием.
Анри-Фредерик Амьель*

Светлана Владимировна родилась 28 марта 1965 г. в г. Чите в семье врачей, что предопределило её дальнейшую судьбу. Отец, Владимир Александрович Сизоненко – хирург-травматолог, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Российской Федерации, почетный гражданин г. Читы. Мама, Алла Федоровна – врач-инфекционист высшей квалификационной категории, ассистент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии. В 1982 г., следуя примеру родителей, поступила на лечебный факультет Читинского медицинского института. На втором курсе она окончательно определилась с будущей специальностью, выбрав офтальмологию. В 1984 г. совместно с

сотрудниками кафедры офтальмологии А.И. Днепровской, Э.С. Койдан, А.Ш. Гармаевой начала работу по исследованию пептидных биорегуляторов в офтальмологии. Ими было изучено экспериментальное действие ретиналамина и кортексина. Результаты исследования были представлены в Фармкомитет Российской Федерации и включены в инструкцию по применению препарата в клинических испытаниях при глазных заболеваниях. На третьем курсе Светлана Владимировна начала заниматься практической деятельностью в сотрудничестве с преподавателями института. С 1985 г. она регулярно выезжала на профессиональные осмотры сотрудников горно-обогатительных комбинатов Забайкалья, что позволило ей не только углубить свои знания, но и увидеть в действии теоретические аспекты, изучаемые на лекциях. Эти выезды стали важным этапом в её образовательном процессе, открыв новые горизонты и возможности для профессионального роста. С 1988 г. по 1992 г. обучалась в клинической ординатуре по специальности «Офтальмология» в ЧГМИ. После завершения ординатуры в 1992 г. начала трудовую деятельность в должности врача-окулиста глазного отделения Читинской областной клинической больницы № 1. Параллельно с работой Светлана Владимировна занималась научной деятельностью. С 1992 г. по 1996 г. обучалась в заочной аспирантуре ЧГМА по специальности «Патологическая физиология». Под научным руководством профессора Б.И. Кузника и доцента А.И. Днепровской на заседании специализированного Совета Читинского медицинского института в 1996 г. успешно защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Влияние ретилина на иммунитет, гемостаз и неспецифическую резистентность при заболеваниях глаз в эксперименте и клинике».

В 1998 г. начала свою преподавательскую деятельность в Читинской государственной медицинской академии, где на протяжении первых трех лет занимала должность доцента курса глазных болезней, а в 2001 г. была назначена заведующей кафедрой офтальмологии. Благодаря усилиям Светланы Владимировны в учебный процесс были внедрены инновационные методы

преподавания. Активная научная работа и тесное взаимодействие с практическим здравоохранением способствовали укреплению позиций кафедры как ведущего центра подготовки высококвалифицированных врачей-офтальмологов.

В 2012 г. на заседании диссертационного совета ЧГМА успешно защитила диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: «Патогенетические закономерности развития экссудативно-геморрагических поражений сетчатой оболочки глаза». Эта работа стала значительным вкладом в изучение заболеваний глаз и получила высокую оценку научного сообщества. В 2013 году ей было присвоено ученое звание профессора, что подтвердило ее выдающиеся достижения в офтальмологии и укрепило ее авторитет как ведущего специалиста в данной области.

Светлана Владимировна является председателем Общества офтальмологов Забайкальского края, членом правления общества офтальмологов России. Под ее руководством реализуются новые инициативы, направленные на улучшение качества медицинских услуг и доступности специализированной помощи. Она активно поддерживает молодых исследователей, создавая благоприятную атмосферу для научного поиска и внедрения передовых идей в практику. Под ее руководством успешно защищены 4 кандидатские диссертации, в числе которых научные работы А.Ш. Гармаевой, Л.А. Голуб, М.Г. Зиминой, Е.С. Таскиной.

Светлана Владимировна является инициатором проведения научных конференций, создавая пространство для диалога между ведущими специалистами отрасли. В результате её усилий такие мероприятия становятся важными площадками для обсуждения современных тенденций и внедрения новейших технологий в диагностику и лечение глазных заболеваний.

Среди сотен благодарных пациентов, которым Светлана Владимировна помогла вернуть здоровье глаз, некоторые находят способ выразить свою признательность через творчество, посвящая ей трогательные стихи, полные теплых слов и благодарности, делятся своими историями выздоровления в газетных публикациях. Эти искренние строки – лучшее подтверждение её мастерства и доброты.

Каждый такой отзыв становится свидетельством той огромной роли, которую она сыграла в жизни людей, вернув им радость видеть мир во всех его красках.

Светлана Владимировна – выдающийся специалист в области офтальмологии, чьи основные направления работы охватывают патологии сетчатки и зрительного нерва, эндокринную офтальмопатию, а также воспалительные и пролиферативные заболевания орбиты. За годы своей деятельности она осуществила значительные исследования в области коротких пептидных биорегуляторов, что привело к созданию инструкции по применению ретиналамина для терапии заболеваний сетчатки. Результаты её работы успешно внедрены в практику стационаров Забайкалья, повышая качество медицинского обслуживания пациентов с офтальмологическими заболеваниями. Она автор более 200 научных работ, одной монографии и четырех патентов на изобретения.

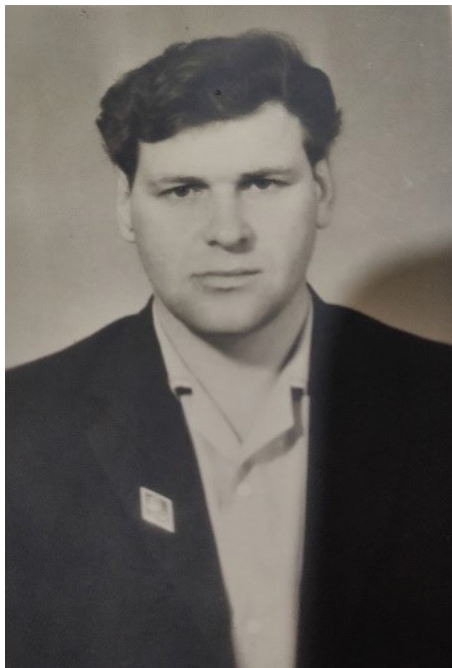
За многолетний добросовестный труд удостоена множества наград и благодарственных писем. В 2019 г. её достижения были отмечены знаком «Отличник Здравоохранения Российской Федерации», в 2023 г. ей было присвоено звание «Заслуженный врач Забайкальского края», что стало заслуженным признанием её профессионализма и преданности медицине.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кафедра офтальмологии // Читинская государственная медицинская академия. 70 лет. – Чита, 2023. – С. 167–169.
2. Кафедра офтальмологии // Читинская государственная медицинская академия. 55 лет / главный редактор А.В. Говорин. – Чита, 2008. – С. 171–173.
3. Кафедра офтальмологии. 50 лет / Читинская государственная медицинская академия. – Чита, 2007. – 25 с.

*Н.В. Капустина, заведующая
информационно-библиографическим отделом
научной библиотеки ЧГМА.*

К 85-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВРАЧА СТОМКЛИНИКИ ЧГМИ



**АНАТОЛИЯ ПЕТРОВИЧА БУЛГАРОВА
(1940–2008)**

*В воспоминаньях ищу я вдохновенья,
Одною памятью живу я наизусть;
И радости мои не чужды сожаленья,
И мне отрадою моя бывает грусть.*

П.А. Вяземский

Стоматологическая клиника Читинского государственного медицинского института открылась в 1963 году и всегда представляла собой учреждение, в стенах которого работал коллектив талантливых, уважаемых людей, прекрасных специалистов. Это и сотрудники кафедр во главе с заведующими, большой штат врачей, медицинские сестры и обслуживающий персонал.

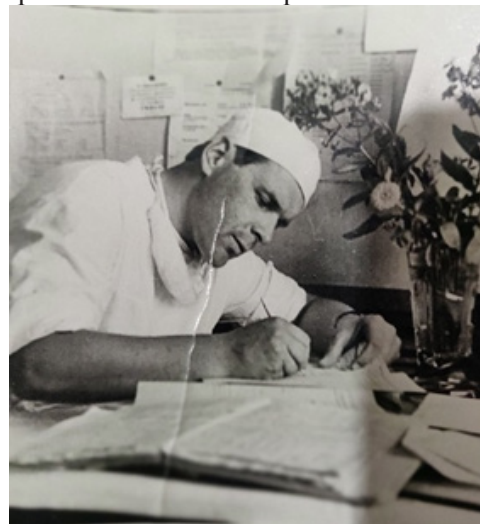
Много лет врачом клиники работал Анатолий Петрович Булгаров, человек многогранно образованный, с обширным багажом знаний по многим разделам медицины, который постоянно стремился осваивать и внедрять современные методы лечения. Помимо этого, на протяжении всех лет своей жизни у него были увлечения и помимо медицины, в которых он достигал больших успехов.

Родители его были выходцами из Украины. Отец, Петр Федорович, как военнослужащий, еще в довоенное время был направлен для

прохождения службы в танковую часть, что дислоцировалась в Песчанке. Мама Анатолия Петровича, Наталья Евдокимовна, вскоре после приезда 20 мая 1940 года родила мальчика, которого называли Толей. Отец с началом войны был направлен на фронт. В конце войны Наталья Евдокимовна получила извещение, что ее муж погиб на территории Венгрии. Она осталась молодой вдовой и всю жизнь посвятила воспитанию сына. Работала в госпитале поселка Песчанка санитаркой, потом поваром и заведующей производством в столовой воинской части.

Анатолий Петрович учился в средней школе № 10. Будучи школьником, увлекался радиотехникой, вместе с друзьями сконструировали портативный действующий радиоприемник. Награжден Почетной грамотой Читинского обкома ВЛКСМ за занятое первое место в соревновании среди барабанщиков на втором областном слете юных пионеров. В 17-летнем возрасте окончил трехмесячные курсы по аккордеону в Читинском областном Доме народного творчества.

В 1958 году, окончив школу, подал документы на лечебный факультет ЧГМИ, но не прошел по конкурсу. Устроился работать на 88-й завод в пос. Песчанка. Через некоторое время ему пришло приглашение из медицинского института стать студентом вновь открывшегося стоматологического факультета, куда он и был зачислен. Во время учебы в институте занимался в научно-студенческом кружке на кафедрах патологической анатомии и патологической физиологии. Вместе с первым заведующим кафедрой патологической анатомии Сосуновым А.В. работал над усовершенствованием микроскопа.



После окончания стоматологического факультета ЧГМИ Булгаров А.П. получил направление на работу в Алек-Заводскую больницу № 2. На протяжении 3-х лет работы в районной больнице Алек-Завода, где не хватало врачебных кадров, оборудования, медицинского инвентаря, не было транспорта, молодым докторам Пажитнову А.Е. и Булгарову А.П. приходилось выполнять различные врачебные функции: быть хирургом, терапевтом, стоматологом, гинекологом, инфекционистом, анестезиологом, обслуживать экстренные вызовы на дом.

Воспоминания А.Е. Пажитнова

С Анатолием Петровичем Булгаровым я «шапочно» был знаком еще по институту. Некоторой неожиданностью была встреча с ним в конце июля 1963 года на территории Борзинской ЦРБ, куда я зашел для оформления документов об устройстве на работу в Алек-Заводскую больницу № 2, куда был распределен после окончания медицинского института. Оказалось, что он тоже направлен на работу в ту же больницу. После оформления всех документов мы стали ожидать машину до пункта назначения. Через некоторое время за нами пришла машина УАЗ-450, и мы отправились в неизвестность, т. к. ни я, ни он об Алек-Заводе не знали ничего. С нами был необходимый минимум личных вещей, у Петровича кроме этого был магнитофон, аккордеон, кларнет. Через 2 часа поездки мы прибыли в село, в котором совместно с Анатолием Петровичем пришлось жить и работать 3 года.

Здравоохранение района было представлено районной больницей № 2, тремя участковыми больницами и десятком фельдшерских пунктов; аптека, санэпидстанция. Органы управления: сельсовет, отделение милиции, различные общественные организации, средняя школа, детсад, краеведческий музей, лесхоз, ДРСУ. Лечебно-профилактические учреждения села представлены больницей на 60 коек и поликлиникой. Больница – одноэтажное здание постройки 1933 года, на территории больницы располагались: гараж, складские помещения, кухня, морг. В больнице работали три врача и санитарный фельдшер. Больничный комплекс располагался у слияния речушек Талман и Кудикан и стоял вне населенного пункта. Вне

больничной ограды находились жилые строения, в которых проживали медицинские работники. В одном из домов поселили и нас, в соседях с нами жила санитарочка Надя Лопаткина, ставшая нашей «палочкой-выручалочкой» в бытовых вопросах. Жилье было не аварийным, но близко к этому. Две комнаты, огромная печь, светло и уютно, – нас это вполне устраивало.

Ознакомившись с коллективом и осмотрев рабочие места, на следующий день приступили к работе. Анатолий Петрович привел в порядок стоматологический кабинет, наметил, что нужно приобрести и приступил к работе. Недостатка в пациентах у него не было, сказывалось отсутствие стоматолога некоторое время. В составленный им план работы входили профосмотры (в первую очередь в детских учреждениях, на предприятиях), прием в поликлинике. Анатолий Петрович всегда горел желанием заниматься другими специальностями, поэтому он с удовольствием взялся за ведение терапевтических больных в стационаре и обслуживание вызовов по скорой помощи, брал дежурства в стационаре. Это не значит, что он забросил стоматологию, ею он занимался с неменьшим удовольствием. Сначала нагрузка на приеме была чрезмерной, но через некоторое время все вошло в обычное русло. В лечении больных терапевтического профиля помогали мы – врачи других специальностей. Облегчение в работе наступило, когда в больницу приехал акушер-гинеколог, а затем и терапевт. В стационаре работали опытные медсестры, которые всегда с большим тактом подсказывали: «А вот ваш предшественник поступал в подобном случае так-то...». Учитывая наш небогатый опыт, довольно часто собирались вместе и обсуждали больных. На первых порах часто консультировали больных с врачами областного центра, наиболее тяжелых и неясных в диагностическом и лечебном плане направляли в областные учреждения, а Анатолий Петрович – в стоматологическую клинику. Все мы, и Анатолий Петрович тоже, любили выезжать для осмотров в села, где на приеме было всегда не менее 50–60 больных различного профиля...

У нас сложились хорошие отношения с местным руководством, руководством рудника Акатуй. С ними довольно часто проходили

деловые и неформальные взаимоотношения. Эти знакомства и контакты мы использовали в целях материальной помощи при ремонте и оснащении больницы, приобретении оборудования и материалов. Куда уж без этого у нас в России!



В нашем родном мединституте нас воспитывали как врачей-общественников. Анатолий Петрович с его музыкальными способностями принимал участие в работе художественной самодеятельности, профессионально играл на кларнете и аккордеоне. Организовал вокально-инструментальный ансамбль, привлек и меня в качестве солиста. С этой группой мы нередко выезжали в села района: Акатуй, Приаргунск, Кличку, Бырку, Борзю. В этих неформальных поездках среди людей различных по характеру проявлялись интеллигентность, благорасположение, сочувственное отношение к товарищам по увлечению искусством. Анатолий Петрович очень быстро вошел в коллектив, всегда уважительно, без чванства и заносчивости относился к людям. Я никогда не слышал от него бранных слов. В быту он был как избалованный ребенок, много курил, в ряде бытовых вопросов был беспомощен, но не стеснялся обращаться за помощью.

Перебирая ящики с медицинским оборудованием, я обнаружил несколько ящиков нераспечатанными. При вскрытии оказалось, что это наркозный аппарат «Красногвардеец» с полным набором масок, эндотрахеальных трубок, запасом натронной извести для поглотителя. Выбрав свободную минутку, мы с Анатолием Петровичем собрали и опробовали

оборудование. После этого мы подумали о возможности использования его в практике. Приглашенный специалист из «Медтехники» признал аппарат годным для эксплуатации, после чего мы с Петровичем стали проводить оперативные вмешательства под управляемым наркозом. Все объемные продолжительные операции проводились с помощью современной (по тем временам) анестезии, успешно применялся эфирно-закисный наркоз, несколько раз проводился эндотрахеальный наркоз. С этого момента начался стаж Анатолия Петровича как нештатного анестезиолога.

Будучи незаурядным врачом-стоматологом, кроме занятий музыкой, он увлекался мотоспортом. Вскоре после устройства на работу и обустройства жилья, ему привезли мотоцикл «Ковровец». При его крупном телосложении сочетание с этим миниатюрным мотоциклом выглядело довольно нелепо. Лишь позднее, подключив свои связи, мне удалось приобрести для Анатолия Петровича мотоцикл ИЖ «Юпитер» с люлькой. На этой машине он отводил душу, ездил во все времена года, даже зимой в лютые морозы. Правда, экипировался он довольно своеобразно, но очень практично: одевал тулуп, поверх его брезентовую плащ-накидку. Управлял мотоциклом он грамотно, всегда соблюдал правила дорожного движения. В 1966 году Анатолий Петрович уволился с должности и переехал в Читу, был принят на работу в стоматологическую клинику ЧГМИ. Дружеские отношения наших семейств продолжают и донныне.

Отработав положенные три года по распределению, Булгаров вернулся в Читу и обратился для трудоустройства в стоматологическую клинику ЧГМИ. Штатного анестезиолога в клинике не было, по совместительству эти функции выполнял главный врач Попов Юрий Васильевич. Анатолия Петровича приняли на должность врача-анестезиолога. По договоренности Владимира Александровича Любарского, заведующего кафедрой хирургической стоматологии, с начальником 321-го военного госпиталя Булгаров А.П. был направлен туда на специализацию на рабочем месте. Спустя год, в 1967 году, Анатолий Петрович в Московском медицинском стоматологическом институте прошел специализацию по общим вопросам

анестезиологии в стоматологии. В 1969 году он в течение 5 месяцев обучался на цикле по детской анестезиологии в Центральном институте усовершенствования врачей.

Операции в стоматологической клинике проводились под инфильтрационной, проводниковой и стволовой анестезией раствором новокаина 0,25–2,0% с премедикацией наркотическими анальгетиками. Применялся хлороформный наркоз с эфиром маской Эсмарха. Затем стали использовать аппаратный эфирно-кислородный наркоз. Работая анестезиологом, Булгаров А.П. впервые в области применил носо- и ротоглоточный способ подачи газонаркотической смеси при оперативных вмешательствах по поводу расщелины губы и неба, а также у больных с тяжелыми травмами, воспалительными, онкологическими и другими заболеваниями. Он внедрил фторотановый наркоз в поликлинике, где организовал кабинет амбулаторного наркоза. На эту тему совместно с сотрудниками кафедры хирургической стоматологии создал короткометражный фильм. В 1971 году на межобластной научно-практической конференции в городе Иркутске выступил с докладом «Опыт применения фторотанового наркоза в поликлинике».

Анатолий Петрович постепенно завоевал авторитет грамотного эрудированного врача, он в совершенстве овладел методами анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. К нему зачастую обращались за консультациями врачи и сотрудники кафедры хирургической стоматологии. Если во время удаления или лечения зубов ухудшалось состояние пациента в поликлиническом отделении, то призывали на помощь Анатолия Петровича. Он был человеком, который являл собой «широкую спину», за которой врачебный персонал чувствовал себя защищенным в случае необходимости оказания экстренной помощи.

В стационаре клиники зачастую проводились сложные и обширные операции по поводу онкологических заболеваний головы и шеи, огнестрельных ранений, гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, Анатолий Петрович после проведенной операции не отходил от больного до полной стабилизации его состояния. Поскольку в хирургическом отделении никогда не было отделения и даже палаты реанимации и

интенсивной терапии, он мог не только в течение дня, но даже ночью навестить больного, оценить состояние и оказать необходимую помощь. А жил он в Песчанке, благо у него был мотоцикл, на котором он и добирался до стоматологической клиники.

Булгаров А.П., проработав много лет врачом-анестезиологом, помог молодому врачу Ананских Ю.Н. освоить основы анестезиологии, а сам в 1982 году перешел на должность врача-рентгенолога.

Будучи человеком, интересующимся многими лечебными методиками, в 1982 году Булгаров прошел специализацию по иглорефлексотерапии, успешно применял этот метод лечения при многих стоматологических заболеваниях, связанных с нарушением иннервации челюстно-лицевой области: невритах, невралгии тройничного нерва, болезни Шегрена и др.

Медицинская наука не стоит на месте, появляются новые методы лечения и оборудование. В 1992 году Анатолий Петрович проходит обучение в Москве по лазеротерапии, и в стоматологической клинике с приобретением аппаратуры лазер стал широко использоваться при лечении многих заболеваний, в том числе при заболеваниях слизистой оболочки полости рта.

Пришло время внедрять компьютеризацию в медицинской среде и в образовании. Будучи всесторонней творческой личностью, он хорошо разбирался в новой технологической и медицинской аппаратуре. Совместно с сотрудниками стоматологического факультета принял участие в организации межкафедрального компьютерного класса, в создании банка тестовых заданий и программ для контроля знаний студентов на зачетах и экзаменах, при проведении сертификации и аттестации врачей-стоматологов, государственной аттестации выпускников стоматологического факультета.

Анатолий Петрович награжден медалью «Ветеран труда», врач высшей категории.

О других способностях и увлечениях

А.П. Булгарова

Помимо работы, Анатолий Петрович в какой-то период времени «загорелся» приобретением дачного участка. На нем он по собственному проекту построил домик, поставил теплицы и, как настоящий дачник,

занился выращиванием овощей. Творчески подходил к выбору семян, выращиванию рассады, перенимал опыт ухода за растениями у соседей по даче, исключал возможность заноса инфекции, поэтому посторонние люди и даже члены семьи в теплицу не допускались. Урожаи тепличных овощей были отменными, что являлось гордостью Анатолия Петровича. В дачных кооперативах с давних пор всегда орудовали любители легкой наживы (собрать созревший урожай, унести из домиков все более-менее ценное: одежду, продукты, посуду, инвентарь и т. п.), поэтому Анатолий Петрович по очереди с другими мужчинами дежурили по ночам в кооперативе. По окончании дачного сезона он спасал дачное имущество методом заваривания металлических емкостей, куда оно и помещалось.

Наряду с работой в клинике Булгаров А.П. занимался спортом: сдал нормы ГТО и был награжден серебряным значком Всесоюзного физкультурного комитета. Любимым видом спорта являлась стрельба из лука, участвовал много раз в соревнованиях, которые проходили во многих городах Советского Союза. Занимал призовые места, имел множество Почетных грамот и Дипломов, завоевал звание мастера спорта по стрельбе из лука. Его фотография висела на доске Почета во Дворце спорта.

В стоматологической клинике на протяжении многих лет существовал обычай проводить Новогодние праздники для детей. Дети и внуки сотрудников с радостью ждали этого дня. В то время не было возможности наслаждаться мультфильмами по телевизору, а Анатолий Петрович по договоренности с кинопрокатом организовывал просмотр их в лекционном зале стоматологической клиники. Чаще всего демонстрировались серии мультфильма «Ну, погоди!». Ребятя, сидя на креслах, а при их нехватке – на полу, с восторгом, визгом и хохотом воспринимали все происходящее на экране. Затем дети представляли свои творческие способности: читали стихи, пели. Музыкальное сопровождение осуществлял Анатолий Петрович игрой на аккордеоне.

Некоторое время Булгаров возглавлял профсоюзное бюро стоматологической клиники. По характеру уравновешенный, добрый, справедливый, он всегда находил рациональные пути решения создавшихся проблем и, по возможности, помогал людям

В 1976 году Булгаров А.П. был назначен заместителем главного врача, по совместительству оставаясь анестезиологом хирургического отделения. Человек другой формации, эту административную должность Анатолий Петрович смог выдержать всего несколько месяцев и попросил главного врача освободить его.

Анатолий Петрович всегда был любящим и внимательным сыном. После получения их семьей квартиры в городе мама Наталья Евдокимовна некоторое время продолжала жить в родном неблагоустроенном доме в Песчанке. Несмотря на загруженность на работе и в семье, Анатолий Петрович каждый день навещал маму, обеспечивал водой и дровами, помогал справляться с бытовыми проблемами.

Жена Анатолия Петровича – Светлана Станиславовна Купша – врач-стоматолог, после окончания клинической ординатуры на кафедре хирургической стоматологии с 1968 года работала в хирургическом кабинете стоматологической клиники. Затем в 1987 году была назначена заведующей стационарным отделением, в этой должности она работала до 2004 года. Светлана Станиславовна с большой ответственностью относилась к своим обязанностям, умело и тактично руководила персоналом.

В семье Булгаровых подрастали дети, они часто бывали на работе родителей в стоматологической клинике. После окончания школы сын поступил на лечебный факультет ЧГМИ, на 2-ом курсе его забрали в армию. Отслужив, он продолжил учебу в институте и после окончания выбрал профессию военного врача. В настоящее время возглавляет военно-врачебную комиссию.

В конце девяностых годов Анатолий Петрович тяжело заболел и 22 ноября 1999 года вынужден был оставить работу. Но дома до конца жизни не расставался с компьютером. Умер он 26 апреля 2008 года.

Шаповалова Н.М., Пажитнов А.Е.

**105 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ
ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА, АССИСТЕНТА
КАФЕДРЫ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЧГМИ**



**ВАЙСЕР ЭСТЕР ИОСИФОВНЫ
(1920-2013)**

*«Самое главное богатство,
самый большой капитал
любого общества –
инициатива человека и
его трудоспособность»
Святослав Фёдоров*

Эстер Иосифовна родилась 6 мая 1920 г. в городе Хмельнике Винницкой области, в семье служащего. В 1939 г. она закончила среднюю школу и поступила в Сталинский медицинский институт (ныне Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького). В октябре 1941 г. город Сталино (ныне Донецк) был полностью оккупирован итальянскими и немецкими войсками. Во время захвата территории Сталинский медицинский институт не был эвакуирован, однако обучение студентов не проводилось. Многие сотрудники и учащиеся вуза покинули город, в их числе оказалась и Вайсер Э.И. После освобождения города полностью разрушенными оказались многие здания института, но с сентября 1943 г. занятия для студентов возобновились. Эстер Иосифовна после двухгодичного перерыва вновь приступила к обучению и в 1946 г. с отличием окончила Сталинский медицинский институт.

С 1946–1949 гг. Вайсер Эстер Иосифовна

работала ординатором в клинике глазных болезней Сталинского медицинского института, параллельно проводя занятия студентам в качестве ассистента. За время работы в клинике она проявила себя как инициативный, рассудительный, незаурядный специалист. Превосходно овладела всеми современными методами диагностики и терапии глазных болезней того времени, а также техникой всех основных глазных операций. Помимо этого, у Эстер Иосифовны прослеживалась склонность к научной деятельности, ее интересовали вопросы ранней диагностики глаукомы, она вела глаукоматозный диспансерный прием в клинике и подготовила ряд докладов для научного общества и кафедры глазных болезней.

В декабре 1949 г., в связи с переездом мужа, Вайсер Э.И. была вынуждена оставить работу в клинике. В период с 1952–1956 гг. Эстер Иосифовна работала врачом-окулистом в районном больнично-поликлиническом объединении города Славута, одновременно преподавала курс глазных болезней студентам медицинского училища. В 1956–1957 гг. – офтальмолог Городской объединенной больницы города Коростень. В этот период Вайсер Э.И. проявила себя как высококвалифицированный специалист, имеющий отличную теоретическую подготовку и богатый практический опыт, она заслуженно пользовалась неоспоримым авторитетом у пациентов и коллег по работе.

В 1958 г. Вайсер Эстер Иосифовна вместе с мужем и дочерью приезжают в Читю. Здесь она устроилась окулистом в Читинскую поликлинику центрального района, где продолжала успешно заниматься не только обширной лечебно-профилактической, но и научно-исследовательской работой. Эстер Иосифовна активно участвовала в деятельности Читинского научного общества офтальмологов, а также возглавляла кабинет по диспансеризации больных глаукомой города и области. На опытного, квалифицированного офтальмолога Вайсер Э.И. обратил внимание к.м.н., доцент, заведующий курсом глазных болезней Читинского государственного медицинского института Смеловский Алексей Сергеевич. Он предложил Эстер Иосифовне проводить практические занятия со студентами по курсу офтальмологии, а затем рекомендовал ее на должность ассистента кафедры.

В 1960 г. Вайсер Э.И. была избрана по конкурсу ассистентом кафедры глазных болезней ЧГМИ и активно включилась в образовательный процесс. За время работы на кафедре Эстер Иосифовна проявила себя как грамотный педагог, охотно передающий все свои знания и опыт молодому поколению. Из воспоминаний ученицы Вайсер Эстер Иосифовны, врача-офтальмолога, ассистента кафедры глазных болезней ЧГМИ (1969–1986) Койдан Эльвиры Сергеевны: *«С Эстер Иосифовной я познакомилась ещё студенткой, занимаясь в кружке по офтальмологии. В 1961 г. я закончила институт и начала работать окулистом в поликлинике Чита-1. В 1963 г. мне позвонила Вайсер Э.И. и предложила обучение в ординатуре на кафедре глазных болезней ЧГМИ. Я оказалась единственным ординатором. Начались занятия: теоретические, практические, работа с больными, операции. Эстер Иосифовна была профессионалом в офтальмологии, умела сложные моменты этой науки преподнести доступно и понятно. Её лекции были великолепны, мы слушали их с огромным интересом. На зачетах Вайсер Э.И. задавала оригинальные вопросы, нужно было думать, что и как ответить. Если ответ был неточным, она поправляла, разъясняла, приводя примеры из своей практики, благодаря этому информация легко запоминалась. А как это помогло мне уже в своей работе...»*

Эстер Иосифовна была очень красивая, обаятельная, интеллигентная женщина. Мы все восхищались ее изысканным вкусом, она всегда была элегантно одета и нам давала советы, а мы старались ей подражать. Мы ходили к ней домой, учились печь торты, готовить разные блюда. С годами я стала ещё больше это ценить. Мне запомнился вот такой интересный случай. У Вайсер Э.И. была узкая нога, она с трудом подбирала себе удобную обувь. И вдруг в магазин поступили туфли с узким носком, Эстер Иосифовна так обрадовалась, что купила себе сразу три пары и была очень довольна покупкой.

Вайсер Эстер Иосифовна остается для меня добрым, заботливым, справедливым, хорошим другом. Она умела прощать мои ошибки и тактично наставляла на правильный путь. Её любили врачи, медицинские сёстры, пациенты. Эстер Иосифовна могла говорить с абсолютно любым человеком, была

эрудирована, много читала. Я до сих пор помню её голос...».

Помимо успешной трудовой деятельности, Вайсер Э.И. была прекрасной хозяйкой, любящей женой, заботливой матерью. Со слов Койдан Эльвиры Сергеевны, у Эстер Иосифовны сохранялись теплые и трогательные отношения с мужем – Коганом Соломоном Менделевичем, офицером Советской армии, врачом-хирургом, участником Великой Отечественной войны, ассистентом кафедры госпитальной хирургии ЧГМИ (1961). Дочь – Коган Элла Соломоновна также стала врачом.

В 1965 г. семья Коган-Вайсер переехала в г. Белгород. Койдан Эльвира Сергеевна не теряла связь со своей наставницей, они регулярно созванивались, делились новостями, вспоминали радостные моменты. В дальнейшем в жизни Эстер Иосифовны произошло трагическое событие – после продолжительной болезни ушла из жизни ее единственная дочь Элла. Вайсер Э.И. взяла на себя воспитание внука. Из воспоминаний Э.С. Койдан: *«Она отдала мальчику всю свою доброту, любовь и заботу. И он вырос достойным человеком.»*

Приблизительно в 2010-х годах Эстер Иосифовна заболела. Её ученица Эльвира Сергеевна вспоминает: *«Звонила я еще несколько раз, голос её был слабый... Прошло некоторое время, и на мои звонки уже никто не отвечал... На этом прекратилась связь с дорогим для меня человеком. Я благодарю Бога за то, что в моей жизни был такой Человек!».* Предположительно Вайсер Эстер Иосифовна скончалась 25.06.2013 г.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бессмертный полк Читинской государственной медицинской академии : сборник биографической информации / ред. Д.Н. Зайцев. – Новосибирск : ООО "Деал", 2023. – С. 53.
2. Карташев И.В. Медицинские образовательные учреждения в условиях немецко-фашистской оккупации территории СССР / И.В. Карташев. – DOI: 10.37493/2409-1030.2022.1.4 // Гуманитарные и юридические исследования. – 2022. – Т. 9 (1). – С. 42–43.
3. Кафедре офтальмологии 50 лет / Читинская государственная медицинская

академия. – Чита, 2007. – 25 с.

4. Кривицкая Р. Он вселяет веру в выздоровление // Медик Забайкалья. – 1962. – 5 дек. (№ 37). – С. 1.

*В.Х. Гурулева.
сотрудник научной библиотеки ЧГМА.*

***Выражаю огромную благодарность за
помощь и предоставленные материалы
врачу-офтальмологу, ассистенту кафедры
глазных болезней ЧГМИ (1969–1986) Койдан
Эльвире Сергеевне.***

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 адрес: 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.