

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ
СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

X Апрельские чтения
памяти профессора М.В.Пиккель

материалы межрегиональной научно-практической конференции

6 апреля 2024 г.

Под редакцией проф. В.И.Макаровой

АРХАНГЕЛЬСК
2024

УДК 616-053.2

ББК 57.3

А - 77

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

доктор медицинских наук, профессор МАКАРОВА Валерия Ивановна

кандидат медицинских наук, доцент ПЛАКСИН Владимир Александрович

кандидат медицинских наук, асс. ШУМОВ Антон Викторович

**Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета**

А - 77 Апрельские чтения: материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной памяти проф. Пиккель М.В. 6 апреля 2024, Архангельск – 38 с.

В сборнике научных трудов конференции, посвященной памяти профессора Марии Владимировны Пиккель, традиционно представлены материалы научных исследований в области организации здравоохранения, педиатрии, инициативы в области здравоохранения Российских ученых-педиатров. Материалы конференции предназначены для практикующих врачей, организаторов здравоохранения, научных работников, молодых ученых и студентов.

УДК 616-053.2

ББК 57.3

**© Северный государственный
медицинский университет, 2024**

СОДЕРЖАНИЕ

Стр

ВКЛАД КАЗАНСКИХ УЧЕНЫХ В РАЗВИТИЕ СЕВЕРНОЙ НАУЧНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ Андреева А.В., Самбуров Г.О., Сурова А. О.	5
ДЕТСТВО В ЦИФРОВОЙ ЭПОХЕ. КАК СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ? Горелик Е. А., Малявская С.И.	8
ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Г. КЕМЕРОВО МАКРО – И МИКРОЭЛЕМЕНТАМИ Дракина С.А., Перевощикова Н.К.	9
ОБУЧЕНИЕ ПРОФЕССИИ - ЧЕРЕЗ МАКСИМАЛЬНОЕ ПОГРУЖЕНИЕ В ПРАКТИКУ (из истории работы студенческих медицинских отрядов в Ненецком автономном округе) Зубов Л.А.	11
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ Лисица И.А., Фокин А.А., Панкратова П.А., Лисовский О.В., Макарова Т.Ю.	12
ОЦЕНКА УРОВНЯ АГРЕССИИ, ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ В МЕГАПОЛИСЕ Лисовский О.В.	14
ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ВЫПУСКНИКОВ ШКОЛЫ Лисовский О.В.	16
ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА В РАЗВИТИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ Отто Н.Ю., Джумагазиев А.А., Безрукова Д.А., Сосиновская Е.В., Филипчук А.В., Парамонова К.В.	19
ОСОБЕННОСТИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ Панкратова П.А.	20
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ Панкратова П.А., Лисица И.А., Макарова Т.Ю., Лисовский О.В., Фокин А.А.	21
СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ Сосиновская Е. В., Джумагазиев А. А.	23
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БЛД-АССОЦИИРОВАННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Трапезникова А.Ю., Иванов Д.О.	24
ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ Тюнис М.А., Никитин С.С.	27
СИНДРОМ ДИ ДЖОРДЖИ (клинический случай) Ундозерова А.С.	31
КАТАМНЕЗ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ РАЗВИТИЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТ МАТЕРЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ Филипчук А.В., Джумагазиев А.А., Отто Н.Ю., Безрукова Д.А., Сосиновская Е.В.	33
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ Шниткова Е.В.	35

Год 2024-й оказался в некоторой степени юбилейным. 15 лет назад мы учредили научно-практическую конференцию «Апрельские чтения памяти профессора Марии Владимировны Пиккель». Она оказалась знаковой не только для педиатров Архангельской области, но и для врачей других регионов России. Педиатры могли поделиться своим клиническим опытом, обсудить проблемы, очно пообщаться, завести полезные профессиональные контакты.

10 лет назад из этой большой конференции выделился формат студенческого форума под названием «Малые Апрельские чтения», где уже молодые ученые могли представлять свои научные исследования. Мы помогли молодежи создать и оформить их первый самостоятельный сборник «Проба пера», где студенты, клинические ординаторы, аспиранты и практикующие молодые врачи смогли представить свои первые публикации. Пусть они не совсем гладкие, не глобальные, но самостоятельные. И это еще один вариант учебы, учебы представления научных результатов.

Мы благодарны всем, кто поддерживал нас эти 15 лет. И надеемся, что конференция будет жить и дальше.

*«Бывает в жизни: люди промелькнут,
Как в круговерти – можно ль их понять?
И только мысль: пусть верный путь найдут,
Но каждого с собой не сможешь взять...»*

(М.В.Пиккель, 1982)

*От редколлегии -
Валерия Ивановна Макарова,
доктор медицинских наук, профессор,
зав.кафедрой пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии СГМУ*

ВКЛАД КАЗАНСКИХ УЧЕНЫХ В РАЗВИТИЕ СЕВЕРНОЙ НАУЧНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ

Андреева А.В., Самбуров Г.О., Сурова А. О.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск

После организации в 1932 г. Архангельского государственного медицинского института (АГМИ) в столицу Северного края были направлены представители разных российских научных школ для создания новых кафедр. Среди них были казанские ученые, в т.ч. известные педиатры, внесшие значимый вклад в становление и развитие Северной педиатрической научной школы, в т.ч. основатель кафедры детских болезней АГМИ Ю.В. Макаров и его супруга – педиатр Г.А. Хайн-Макарова, являющиеся первыми учителями М.В. Пиккель, которой посвящены Апрельские чтения в Северном государственном медицинском университете (СГМУ).

Основатель кафедры детских болезней АГМИ Юрий Васильевич Макаров (1894 г.р.) был выпускником медицинского факультета Казанского университета, известного во всем мире как отделение медицинских наук Императорского Казанского университета с 1814 г. Этот факультет более ста лет был центром подготовки высококвалифицированных врачей. Его лучшие традиции продолжились в Казанском медицинском институте, созданном в 1930 г. на основе медицинского факультета. Казанская медицинская школа, сформировавшаяся в XIX – начале XX в., представляет собой особый научно-исторический интерес, т.к. многие казанские ученые становились основателями новых факультетов, кафедр, институтов и университетов в России и Советском Союзе. Также они были учителями и наставниками, коллегами и соратниками для Ю.В. Макарова, что в очередной раз подтверждает их вклад в развитие архангельской педиатрии.

Юрию Васильевичу довелось работать в детской клинике, построенной в Казани по павильонной системе К.А. Раухфуса, где в начале XX века работал профессор П.М. Аргутинский, воспитавший большое количество учеников, трое из которых (В.К. Меньшиков, Е.М. Лепский и А.Ф. Агафонов) в дальнейшем представляли педиатрическую науку в Казани, и с ними тесно сотрудничал наш герой. Особенно, его содружество сложилось с В.К. Меньшиковым, после которого в 1946 г. Юрий Васильевич возглавил кафедру в Казани и руководил ей до 1968 г. В дальнейшем кафедрой пропедевтики детских болезней в Казанском медицинском институте руководили выдающиеся профессора Е.В. Белогорская и А.Г. Шамова, которые продолжали сотрудничество с архангельскими педиатрами.

До Архангельска Юрий Васильевич работал в Казанском медицинском институте при 3 ректорах: С.М. Курбангалеев, А.А. Диковицкий, И.С. Алуф, получив большой общественный и научный опыт, который активно внедрял в АГМИ, приступив к работе в качестве заведующего кафедрой детских болезней. При участии казанских коллег Ю.В. Макарову удалось в кратчайший срок развить кафедру детских болезней в АГМИ.

Помимо научной и медицинской деятельности, профессор Макаров участвовал в общественной работе в университете, городе и области. Там же работала его жена Герма Адольфовна Хайн-Макарова (1899 г.р.), выпускница и сотрудница медицинского факультета Казанского университета. Обладая обширными знаниями в клинической области и научной сфере, она играла значительную роль в формировании профессионализма студентов и молодых специалистов как в Казани, так и в Архангельске. Герма Адольфовна всегда служила примером гуманного отношения к матерям и детям.

В годы Великой Отечественной войны семья Макаровых неоднократно делала добрые дела, передавая свои продовольственные карточки детям своих коллег, включая Пиккель-Ивановых. Этот факт сострадания описан в книгах, посвященных деятельности профессоров М.В. Пиккель и Т.Н. Ивановой. Это было особенно важно, учитывая, что Архангельск, следующий после блокадного Ленинграда по числу голодных жертв среди мирного населения, стал местом массового голода, в первую очередь затронувшего детей и пожилых людей.

В военные и послевоенные годы развитие кафедры детских заболеваний в регионе тесно связано с именем Марии Владимировны Пиккель. Еще студенткой она начала свою карьеру в детской клинике профессора Макарова, проявив большой интерес и талант в научно-исследовательской деятельности. После успешного окончания медицинского института с отличием в 1942 г. по приглашению Юрия Васильевича Макарова, была направлена на работу врачом-ординатором детского отделения 1-й Архангельской клинической больницы. Под его руководством она за относительно короткий срок провела ряд исследований по лечению практически смертельного заболевания номы у детей, результаты которых были представлены на научных сессиях АГМИ в годы войны. Во время обучения в Казанском медицинском институте под руководством Ю.В. Макарова, Мария Владимировна защитила кандидатскую диссертацию на тему «Рахит у детей-дистрофиков».

После окончания с отличием АГМИ в 1942 г. по предложению профессора Ю.В. Макарова она была направлена на работу врачом-ординатором детского отделения 1-й Архангельской клинической больницы. Мария Владимировна в короткий срок выполнила несколько работ на основе собственного опыта лечения номы, которая была признана в педиатрии практически смертельным заболеванием.

Мария Владимировна вместе с коллегами под руководством Ю.В. Макарова и его супруги делали все возможное для спасения истощённых больных детей, среди которых было много блокадников - дистрофиков. Лечение рахита, номы и других заболеваний у дистрофиков в клинике детских болезней АГМИ М.В. Пиккель регулярно готовила научные публикации и доклады для конференций.

В 1946 г. Макаровы вернулись в Казань, где многие годы работали в Казанском медицинском институте. За 11 лет, проведенных на Архангельской земле, Макаровы внесли значимый вклад в развитие педиатрической научной школы на Европейском Севере. Их практическая работа была тесно связана с научной деятельностью, а их достижения нашли отражение в журнальных публикациях, сборниках, отдельных изданий, собранные материалы были использованы в диссертационные исследования. В условиях высокой сложности на кафедре детских болезней проводилось активное изучение методов профилактики нарушений питания в условиях недостатка продовольствия, а также лечения тяжелых форм дистрофии и рахита у детей, эвакуированных из блокадного Ленинграда в Архангельскую область.

После отъезда профессора Макаровых из Архангельска, новым заведующим кафедрой педиатрии АГМИ стал опытный педиатр, представитель Казанской научной медицинской школы Андрей Григорьевич Суворов, который был рекомендован Юрием Васильевичем и другими педиатрами из Казани.

После войны Мария Владимировна продолжила сотрудничество с профессором Ю.В. Макаровым и успешно защитила кандидатскую диссертацию в Казанском медицинском институте под его руководством. Тема её диссертации была посвящена проблеме «Рахит у детей-дистрофиков» и основывалась на собственных исследованиях. Её научный интерес оставался сосредоточенным на вопросах дистрофий у детей, профилактике и лечении детских

инфекций, которые продолжали оставаться серьезной проблемой детской патологии и главной причиной детской смертности в первые годы после войны. Ассистент Пиккель организовала курс детских инфекций на базе инфекционной больницы.

В 1950-е гг. М.В. Пиккель занялась исследованием туберкулезного менингита, тяжелейшим смертельным заболеванием. Огромная заслуга кафедры педиатрии АГМИ и лично доктора М.В. Пиккель признана в победе над этой болезнью.

На кафедре детских болезней АГМИ Мария Владимировна стала правой рукой нового заведующего А.Г.Суворова, который был всесторонне задействован в решении проблем детской заболеваемости на Севере, так как борьба с детскими инфекциями стала его основной деятельностью в Архангельской области и Ненецком национальном округе. Андрей Григорьевич успешно внедрил опыт борьбы с эпидемиями, полученный в годы работы ординатором детской клиники Казанского университета и в других местах, где он был по направлению Татнаркомздрава. Несмотря на слабое здоровье, А.Г. Суворов много времени отдавал работе на кафедре, принимал активное участие в общественной жизни института, очень заботливо относился к постановке лечебного дела в клинике, много помогал в работе органам здравоохранения, охотно оказывал помощь детским учреждениям города. Андрей Григорьевич подготовил докторскую диссертацию в области изучения развития детского организма в Ненецком Национальном округе, но не успел защитить. Он помог защититься и другим педиатрам, в т.ч. В.Н. Королёвой, Т.П. Левитиной, работавшим на благо здоровья маленьких северян.

В 1965 г. доцент А.Г. Суворов передал М.В. Пиккель руководство кафедрой детских болезней, которая стала расширяться как многопрофильное подразделение в тесном контакте с другими кафедрами. Началась подготовка к открытию педиатрического факультета, который стал третьим по счету в АГМИ после лечебного и стоматологического. В 1977 г. состоялось открытие педиатрического отделения, а в 1979 г. – педиатрического факультета АМГИ, ставшего кузницей кадров для сети детских лечебно-профилактических учреждений. В этот период М.В. Пиккель продолжала сотрудничество с казанскими учеными.

С именем М.В. Пиккель связаны важнейшие события в истории архангельской педиатрии – открытие многопрофильной Архангельской областной детской клинической больницы (АОДКБ) в 1972 г. Больница и педиатрический факультет стали функционировать как единый клиничко-научно-педагогический комплекс, осуществляющий совместную деятельность по подготовке педиатров, изучению современных форм краевой детской патологии, их проявление, течение и лечение. Под руководством профессора М.В. Пиккель на кафедре детских болезней преподавались все основные разделы педиатрии: пропедевтическая, факультетская и госпитальная педиатрия. Кроме того, была организована субординатура по педиатрии в АГМИ.

Деятельность М.В. Пиккель по охране здоровья детей продолжили ее ученики, врачи и ученые, включая периоды после их реорганизации. Не только педиатры, но и другие выпускники АГМИ успешно применяли знания, полученные от представителей научной школы Пиккель, внедряя их в лечебно-профилактический и организационный процесс в Архангельской области и за ее пределами.

В память о М.В. Пиккель, ее учителях и учениках в СГМУ создана мемориальная именная аудитория, проводятся чтения, изданы книги о ней, создан фонд ее предметов. Среди книг, полученных в музей СГМУ из семьи М.В. Пиккель есть старое издание великого русского педиатра А.А. Киселя, который в 1926 г. писал: «В своих лекциях постоянно напо-

минаю о многих замечательных работах русских педиатров, которые совершенно незаслуженно забыты. Отсутствие традиций и преемственности вредит делу. Как остро чувствуется необходимость в составлении истории русской педиатрии».

Судьбы врачей и ученых, являющихся гордостью Северной (архангельской) научной медицинской школы, в том числе педиатрической, заслуживают постоянного освещения, исследования продолжаются. Наблюдается рост интереса к истории науки и медицины Архангельской области. Благодаря сохранившимся архивам АГМИ, сегодня для исследователей доступно изучение биографий профессорско-преподавательского состава, внесших значимый вклад в науку и в развитие Северной научной педиатрической школы.

Литература

1. Андреева А.В., Чирцова М.Г. Имена казанских ученых в истории медицины Архангельской области // Казанский медицинский журнал. – 2015. – № 2. – С. 264–267.
2. Глянцев С.П., Андреева А.В., Самбуров Г.О. Северная научная медицинская школа: страницы истории (к 85-летию АМИ-АГМИ-АГМА-СГМУ) // Opera medica historica. Труды по истории медицины : альманах РО-ИМ. – М., 2017.-- С. 352-365.
3. Макарова В.И., Андреева А.В., Макаров А.И., Самбуров Г.О. Юбилей самого северного медицинского вуза // Children's medicine of the North- West. 2023. Т. 11. № 2. С. 5–14.
4. Мое святое ремесло (к 100-летию со дня рождения Марии Владимировны Пиккель) / авт. сост. Л.А. Зубов, А.В. Андреева. – Архангельск, 2011. – 154 с.
5. Чецкая Г.Б. Архангельский период в жизни казанских врачей Макаровых (1935-1946 годы) // Великая Отечественная война в жизни советского и российского народа : материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Казань, 2011. – С. 214-218.

ДЕТСТВО В ЦИФРОВОЙ ЭПОХЕ. КАК СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ?

Горелик Е. А., Малявская С.И.

Ненецкая окружная больница им. Р. И. Батмановой, Ненецкий АО, Нарьян-Мар, Россия

Актуальность. В условиях быстро развивающегося технологического прогресса, цифровизации и использования электронных экранных устройств – гаджетов, возрастают риски негативного воздействия на многие сферы растущего и созревающего детского организма, поскольку современное поколение детей начинает пользоваться гаджетами с раннего возраста. В обществе активно дискутируется вопрос о влиянии гаджетов на здоровье детей, однако сегодня уже проведено много зарубежных и российских научных исследований, в которых показана прямая взаимосвязь количества проведенного времени перед экраном в раннем возрасте и различными отрицательными последствиями на физическое и психическое здоровье. Например, доказано ухудшение познавательного развития у ребенка [1], снижение когнитивных функций [2], общения и речевого развития [3, 4], снижение количества и качества сна [5], психологического благополучия (6) и другие. Тенденция к формированию вредной привычки, переходящей в цифровую зависимость приобретает серьезный характер, однако теме уделяется недостаточно внимания.

Цель исследования: установить, с какого возраста и сколько по времени дети в Арктическом регионе проводят время за гаджетами, оценить уровень вовлеченности детей в цифровую среду; особенности в исследуемых группах; привлечь внимание к проблеме педиатров, педагогов, родителей.

Материалы и методы. В 2019 году методом анонимного анкетирования проведен опрос родителей, чьи дети посещали детские дошкольные учреждения г. Архангельска и г. Нарьян-

Мара. Возраст детей – 2-3г и 6-7 лет. Дети были разделены на группы: группа здоровых детей и с патологией нервной системы – группы компенсирующего направления (с задержкой психического и речевого развития, тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР), аутизмом, ДЦП).

Результаты и обсуждение. Выявлено, что ежедневно пребывают за гаджетами более 71.8% здоровых детей и более 72.4% детей с заболеваниями нервной системы. Просмотр электронных устройств начинается с грудного возраста в группах здоровых детей до 1 года – 17.1%, с 1-3 лет - 58.9%, старше 3 лет - 22.4%; в группах компенсирующего вида до 1 г - 14.5%, с 1-3 лет - 47.7%, старше 3 лет - 37.8%. Время у экрана составляет от 30 до 60 минут в день (от 24.3% до 51.7%) и целого дня без значимой разницы в показателях между группами. Дети из компенсирующих групп играют в компьютерные игры больше (86.4%), чем группы здоровых детей (44,2%). Более 64,2% родителей согласны, что проблема избыточного пребывания детей за гаджетами есть, из них 81% отметили, что некоторые меры профилактики принимают, однако высокие показатели в исследовании говорят, что эти меры неэффективны.

Заключение. Цифровые экранные гаджеты, предназначенные, прежде всего для взрослых, заняли прочное место среди детей с самого раннего возраста, что отражается на здоровье юного поколения. Необходимо проводить профилактические мероприятия по предупреждению гаджетзависимости, такие как просветительские лекции, размещение плакатов и социальных видеороликов, направленных на осознанное отношение родителей и детей к гаджетам и пропаганду живого общения в семье, здорового образа жизни. Необходимо всестороннее взаимодействие медицинских работников, педагогов и родителей, которое поможет вырастить здоровое поколение детей.

Литература

1. Anderson DR, Subrahmanyam K. Digital Screen Media and Cognitive Development. *Pediatrics*. 2017;140(Suppl 2):S57–S61. doi: 10.1542/peds.2016-1758C
2. Tamana SK, Ezeugwu V, Chikuma J, et al. Screen-time is associated with inattention problems in preschoolers: Results from the CHILd birth cohort study. *PLoS One*. 2019;14(4):e0213995. doi: 10.1371/journal.pone.0213995
3. Безруких М. М., Логинова Е. С., Теребова Н. Н., Усцова А. Г., Макарова Л. В. Речевое развитие подростков 10-12 лет и использование электронных устройств. Институт возрастной физиологии, Русская академия образования, Москва. Чуждоезиково обучение. Volume 49, Number 1, 2022. <https://doi.org/10.53656/for22.11rech>
4. Zimmerman FJ, Christakis DA, Meltzoff AN. Associations between media viewing and language development in children under age 2 years. *J Pediatr*. 2007;151(4):364–368. doi: 10.1016/j.jpeds.2007.04.071
5. Cespedes EM, Gillman MW, Kleinman K, et al. Television viewing, bedroom television, and sleep duration from infancy to midchildhood. *Pediatrics*. 2014;133(5):e1163–e1171. doi: 10.1542/peds.2013-3998
6. Jean M. Twenge ^a, W. Keith Campbell ^b Associations between screen time and lower psychological well-being among children and adolescents: Evidence from a population-based study. *Preventive Medicine Reports*, Volume 12, December 2018, Pages 271-283

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Г. КЕМЕРОВО МАКРО – И МИКРОЭЛЕМЕНТАМИ

Дракина С.А., Перевощикова Н.К.

Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

Актуальность. Большое значение недостаточность макро- и микроэлементов имеет для растущего организма, так как процессы роста, клеточной дифференцировки, формирования центральной нервной системы, развитие познавательных функций, половое созревание, устой-

чивость к инфекциям и возможность адаптации к неблагоприятным факторам внешней среды непосредственно связаны с микронутриентами.

Цель: оценить обеспеченность детей раннего возраста макро- и микроэлементами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 100 детей раннего возраста, посещающих дошкольное образовательное учреждение (ДОУ). Из элементов мы исследовали содержание в моче йода, селена, кальция, магния, фосфора, фтора.

Результаты и их обсуждение. Средний уровень йодурии у детей фиксировался на уровне 75,5 мкг/л [34-112], что обусловлено нарушением режима дня и питания в периоде адаптации к ДОУ. Среди детей с медианой йодурии 100 мкг/л и более достоверно чаще острые респираторные инфекции регистрировались не более 3 раз в год ($p=0,001$). У детей с дефицитом йода легкой степени в 51,7% случаев наблюдался сниженный индекс резистентности ($p=0,001$), у детей со средним дефицитом йода значимо чаще встречался низкий ($p=0,034$) и очень низкий индекс резистентности ($p=0,029$). У подавляющего большинства детей с легким и у всех детей со средним дефицитом йода регистрировались запоры и "овечий" стул ($p=0,001$, $p=0,001$). Задержка активной речи регистрировалась у детей с легким и средним дефицитом йода ($p=0,002$, $p=0,003$). Атопический дерматит был у 62,5% детей со средним йододефицитом и 32,1% с легким ($p=0,021$, $p=0,004$). Выявлена высокая обратная корреляционная зависимость уровня йодурии у детей от курения матери ($r=-0,71$, $p=0,001$) и семьи в целом ($r=-0,88$, $p=0,002$), что обусловлено конкурентоспособным эффектом захвата йода тиационатом табачного дыма.

У подавляющего большинства детей от 1 года до 3 лет регистрировался низкий уровень селена. Высокая прямая сопряженность регистрировалась между уровнем селенурии и йодурии ($p=0,0001$), уровнем гемоглобина у детей ($p=0,0027$), тогда как отрицательная корреляционная зависимость селенурии наблюдалась с приемом газированных напитков ($p=0,0427$). Достоверно чаще среди детей с низким уровнем селена наблюдалась плаксивость ($p=0,0427$).

У 79% детей выявлен дефицит кальция ($Me=1,54$ ммоль/сут [0,12-5,74]). Несмотря на то, что средние значения экскреции магния и фосфора находились в пределах референсных значений ($Me=2,75$ ммоль/сут [0,01-8,43], $Me=22,9$ ммоль/сут [2,06-35,66], соответственно), каждый второй ребенок раннего возраста испытывал дефицит магния, каждый четвертый – фосфора. Высокую положительную сопряженную связь уровень магния в моче имел с уровнем кальция, обратная связь, как и в случае с селенурией, отмечалась с употреблением газированных напитков. Достоверно чаще среди детей раннего возраста с низким уровнем магния регистрировалось долгое засыпание ($p=0,0275$) и беспокойный сон ($p=0,0192$). При изучении уровня секреции фтора у всех детей раннего возраста регистрировался нормальный уровень фторурии. Медиана фторурии соответствовала 1 мг/л [0,64-1,25]. Обратило внимание несоответствие нормального уровня фторурии и большого числа раннего детского кариеса, что мы объяснили низким уровнем гигиены полости рта у детей. Таким образом, для профилактики раннего детского кариеса у наших детей важна не столько фтор профилактика, сколько гигиенический уход за полостью рта, повышение санитарной грамотности родителей.

Заключение. Таким образом, в целях укрепления здоровья детей необходимо проведение мероприятий, направленных на коррекцию дефицита макро- и микроэлементов.

ОБУЧЕНИЕ ПРОФЕССИИ - ЧЕРЕЗ МАКСИМАЛЬНОЕ ПОГРУЖЕНИЕ В ПРАКТИКУ (из истории работы студенческих медицинских отрядов в Ненецком автономном округе)

Зубов Л.А.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Актуальность. Помощь в решении проблем здравоохранения в Ненецком автономном округе (НАО) как региона Арктической зоны РФ всегда была и является приоритетной для нашего северного медицинского вуза. Так, кафедра организации здравоохранения проводила социально-гигиенические обследования коренного населения НАО, кафедра микробиологии изучала особенности иммунологического статуса у ненцев, кафедра стоматологии детского возраста изучила состояние зубов и пародонта у детей разных этнических групп в отдаленных поселках округа, экспедиционным обслуживанием больных психическими заболеваниями занималась кафедра психиатрии. Интересный опыт был накоплен гельминтологическими отрядами АГМИ, которые работали в сельских населенных пунктах НАО в 1961-1990 гг. Эти отряды формировались из студентов, которые вместе с сотрудниками кафедры биологии выезжали для проведения диагностических и лечебно-профилактических мероприятий в села округа.

Цель исследования: проанализировать опыт работы выездных студенческих медицинских отрядов в НАО.

Результаты и обсуждение. В конце 1980-х - начале 1990-х гг. в нашем вузе были организованы студенческие педиатрические медицинские отряды, выезжавшие в НАО. Студенты, окончившие 4 курс, во время производственной практики направлялись в медицинские пункты удаленных поселений округа. Студенты-медики работали в удаленных и труднодоступных населенных пунктах НАО, расположенных вдоль реки Печора и в поселках на побережьях Баренцева и Карского морей (Великовисочное, Лабожское, Хонгурей, Оксино, Коткино, Тельвиска, Индига, Каратайка, Усть-Кара, Красное, Нельмин Нос, Андег, Куя). Там под руководством сотрудников кафедры педиатрии АГМИ они выполняли функции штатных средних медицинских работников, которые уходили в свои трудовые отпуска. Это была настоящая, «боевая» практика, поскольку врач-руководитель находился в одном из медпунктов на расстоянии зачастую более 100-300 км от других студенческих баз. Связь постоянно осуществлялась по радию, телефону или при плановом объезде руководителем отдаленных медпунктов. В ряде экстренных случаев приходилось вызывать рейсы санитарной авиации – их было осуществлено 8. Студенты вели профилактическую работу, приемы больных, оказывали неотложную помощь. Приходилось даже принимать роды. Программа комплексного обследования детей включала анкетирование родителей, оценку физического и психомоторного развития, выявление функциональных отклонений и хронической патологии. Разработаны индивидуальные планы оздоровления детей. Одновременно студенты выполнили на «отлично» все разделы своей учебной производственной практики. Результаты работы студенты оформили в виде своих первых публикаций в сборниках научных работ АГМИ.

Студенты, прошедшие через это испытание, приобрели колоссальный практический опыт. Но самое главное - в будущих докторов воспитывалось чувство ответственности, из них выросли достойные врачи. Среди бывших участников выездных медицинских отрядов в НАО – нынешние доценты СГМУ В.А. Плаксин и Н.Ю.Плаклина, главный внештатный дет-

ский невролог Минздрава Архангельской области Г.В.Трескина (Туманова), врачи Коми республики Кармановы Андрей и Людмила, педиатры Архангельских больниц Н.В.Оздерханова (Мазанова), Д.Б.Заварина и Е.Мельничук (Давыдова), а в НАО продолжает работать С.Э.Чупрова.

Заключение. В настоящее время законодательно нельзя отпускать студентов-медиков в «самостоятельное плавание», но под руководством преподавателей клинических кафедр такую возможность можно рассматривать. Необходимо прорабатывать варианты возрождения подобной практики в качестве одного из перспективных направлений арктической медицины.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ СТАРШИХ ШКОЛЬНИКОВ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Лисица И.А., Фокин А.А., Панкратова П.А., Лисовский О.В., Макарова Т.Ю.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Качественное и сбалансированное питание детей и подростков оказывает существенное влияние на рост, развитие и устойчивость организма к воздействию неблагоприятных факторов внешней среды [6]. Исследования последних лет свидетельствуют о высокой распространенности отклонений в физическом развитии детей разного возраста [1,2]. Рациональное питание школьников, обеспечивающее энергетическую составляющую их образовательного процесса, должно быть предметом особого внимания [3–5].

Цель исследования: оценить фактическое питание учащихся старших классов общеобразовательной школы в мегаполисе.

Материалы и методы. В исследовании на основе принципа добровольности приняли участие ученики ГБОУ СОШ № 197 Центрального района Санкт-Петербурга. Выборочную совокупность составили 103 учащихся старших классов (35 юношей и 68 девушек в возрасте 15–17 лет). С помощью анкетно-опросного метода на основе интернет-платформы «Google Формы» были получены данные о фактическом питании учащихся в школе и в домашних условиях, режиме питания, частоте потребления отдельных групп продуктов. Первичные данные были систематизированы в сводные таблицы по каждому показателю. Статистическая обработка данных проводилась методами описательной статистики с участием программы IBM SPSS statistic версия 26.

Результаты и обсуждение. Нами были выделены несколько групп продуктов; частоту употребления поделили на категории: ежедневно, несколько раз в неделю, несколько раз в месяц, не едят вообще.

Хлеб и хлебобулочные изделия в большинстве случаев составляют значительную часть питания школьников. Ежедневно включают в свой рацион белый хлеб 29,1% респондентов; черный хлеб – 27,9%; выпечку (баранки, бублики, сушки, сухари, вафли, пряники) – 7,5% школьников. Исключили из своего питания белый хлеб 28,0%; черный хлеб – 26,7%; кондитерские изделия – 52,6%. Часто школьники используют хлеб как основу для бутербродов. Каждый день делают бутерброды 38,7% учащихся. При приготовлении бутербродов используют сыр 38,7% подростков; колбасные изделия – 21,5%; остальные респонденты чаще используют сливочное масло, рыбу, мясо, овощи. Никогда не едят бутерброды 19,3% учащихся.

Блюда из зерновых культур (макаронные изделия и каши) школьники употребляют достаточно часто. Ежедневно макароны получают 10,7% школьников; еще 38,7% едят их несколько раз в неделю. Лишь 14,0% учащихся не употребляли блюда, содержащие макаронные изделия. В меню подростков несколько раз в неделю присутствуют каши гречневая (62,4%); овсяная (51,6%); рисовая (48,4%) и манная (47,3%). Также половина (50,5%) школьников часто едят мюсли.

Овощи присутствуют ежедневно в рационе у многих школьников каждый день в различном виде (свежем, отварном, тушеном); лишь 2% учащихся не едят овощи. Капусту (брюссельскую, пекинскую, белокочанную, цветную, квашеную, брокколи) едят 64,5% респондентов; свеклу – 48,4%; морковь – 65,6%; кабачки – 43,0%; тыкву – 31,2%; помидоры – 81,7%; огурцы – 90,3%; сладкий перец – 58,1%; зелень – 52,7% школьников. Картофель присутствует в меню ежедневно у 16,1% респондентов; не едят картофель вообще 12,9% подростков.

Фрукты едят ежедневно 35,5% школьников; не получают совсем 2 респондента. Чаще подростки употребляли яблоки (74,2%), бананы (45,3%), цитрусовые (47,3%), груши (26,9%), виноград (25,8%). Фруктовые соки ежедневно употребляют ежедневно 10,7%; не пьют – 26,9% учащихся. Преимущественно школьники употребляли яблочный сок.

Мясо в рационе отсутствует у 25,8% респондентов; ежедневно едят мясные блюда 11,8% учащихся. Ежедневно мясо кусочком (отбивная, гуляш и др.) 15,6% школьников; блюда из рубленого мяса (котлеты, фрикадельки и др.) – 5,7%; пельмени – 3,2% респондентов.

Рыбу и морепродукты не употребляют вообще 25,8% подростков; едят ежедневно 3,2% школьников. Больше учащиеся любят жареную (50,5%) и соленую рыбу (31,2%). Молочные продукты не употребляют совсем 15,1% респондентов. Ежедневно молоко и/или молочнокислые напитки получали 34,3% школьников; сыр – 38,7%; творог – 4,3%. В чистом виде творог едят 60,2% учащихся; блюда из творога (сырники, запеканки, вареники) любят 39,8%; а 38,7% подростков – творожные сырки. Сметану не употребляют вообще 22,6% школьников, а 14,2% едят ежедневно. Куриные яйца не употребляют совсем 14,7% подростков, а 15,5% едят ежедневно.

Значительная часть опрошенных школьников употребляли часто сахар в чистом виде и/или подслащенные блюда. В нашем исследовании в ежедневном рационе учащихся присутствовали сахар (37,6%); пирожное, торты, мороженое (9,7%); конфеты, шоколад, халва (32,6%); сладкие газированные напитки (38,7%). Пункты быстрого питания посещают ежедневно 20,5%. В качестве перекуса сухарики, чипсы, картофель-фри несколько раз в неделю употребляют еще 10,7% школьников.

Завтракают перед занятиями в школе только 66,7% респондентов. Завтрак включает горячее блюдо (каша, яичница, омлет и др.) у 38,7% школьников; чай с бутербродом или выпечкой, мюсли, йогурт – у 12,9%; фрукты – у 3,2% учащихся. В школьной столовой обедают 43,7% респондентов. Домашний обед у 38,7% школьников состоит из супа и напитка; у 22,6% – из супа, второго блюда и напитка; у 8,6% – из чая с бутербродом; у остальных из случайного набора продуктов. Ужин у 63,4% школьников включает мясное блюдо, у 54,8% овощи. Крупяные блюда в качестве едят 44,1% учащихся, макаронные изделия как самостоятельное блюдо – 34,4%; картофель как самостоятельное блюдо – 29,1%; творог, молоко и кисломолочные напитки – 24,7%; рыбное блюдо – 19,3%; чай с бутербродом, выпечкой – 17,2%; куриные яйца – 15,1%.

Заключение. Привычный рацион питания старших школьников не является сбалансированным; отмечается частое пренебрежение завтраками, неправильное питание между основными приемами пищи, избыток сладостей и недостаточное употребление мяса, рыбы, фруктов и овощей. Организация питания подростков требует от родителей определенных знаний и умений, серьезного, продуманного подхода. Однако и сами школьники должны принимать активное участие в приготовлении несложных блюд.

Литература

1. Грицинская В.Л., Губернаторова Т.Ю., Пермякова Е.С., Хавкин А.И. Скрининговая оценка нутритивного статуса школьников, проживающих в различных регионах Российской Федерации // Вопросы практической педиатрии. 2020. Т. 15. № 1. С. 30-34. DOI: 10.20953/1817-7646-2020-1-30-34
2. Грицинская В.Л., Салчак Н.Ю., Корниенко Т.В. Региональные и этнические особенности питания и их влияние на физическое развитие дошкольников // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2012. Т. 91. № 6. С. 108-110.
3. Лисовский О.В., Завьялова А.Н., Лисица И.А., Струков Е.Л., Фокин А.А. Анализ пищевого поведения и физической активности первокурсников медицинского университета // Children's Medicine of the North-West. 2023. Т. 11. № 4. С. 72-77.
4. Новикова И.И., Козырева Ф.У., Бокарева Н.А., Шевкун И.Г. Организация питания школьников как актуальная гигиеническая проблема современности // Вопросы детской диетологии. 2022. № 20(5). С. 27–35. DOI: 10.20953/1727-5784-2022-5-27-35
5. Панкратова П.А., Лисица И.А., Близнякова Д.С., Лисовский О.В. Ведущие проявления и значимость метода оценки пищевого поведения подростков // В книге: Современные подходы к продвижению принципов здорового образа жизни. Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых. Ростов-на-Дону, 2023. С. 61-62.
6. Поливанова Т.В., Манчук В.Т., Грицинская В.Л., Кадричева С.Г. Роль социально-экономического статуса семьи в формировании физического здоровья школьников // Здравоохранение Российской Федерации. 2010. № 3. С. 51-53.

ОЦЕНКА УРОВНЯ АГРЕССИИ, ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ В МЕГАПОЛИСЕ

Лисовский О.В.

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия**

Актуальность. Сложности социальной адаптации подростков является одной из актуальных на сегодняшний день проблем. В современных условиях на фоне возрастающих требований общества к уровню образования, компетентности молодежи часто выявляются неблагоприятные психо-эмоциональные состояния у подростков, заканчивающих школьное обучение [2]. Среди факторов, оказывающих влияние на формирование и сохранение здоровья детей и подростков, ведущую роль играют адекватная двигательная активность, социальный и психологический комфорт, полноценное и рациональное питание, отсутствие вредных привычек [3, 5]. Своевременный анализ психических особенностей личности позволяет не только выявить группы риска среди подростков, но и нивелировать факторы социальной адаптации и негативные последствия для здоровья [1, 4, 6].

Цель исследования: выявить тревожно-депрессивные и агрессивные компоненты психики подростков, обучающихся в старших классах общеобразовательной школы.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 152 обучающихся 10–11-х классов (99 девушек и 53 юноши) общеобразовательной школы Санкт-Петербурга. В работе

с подростками соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации. Все школьники и их законные представители дали свое письменное согласие на участие в исследовании.

Мы провели интервьюирование с помощью специально разработанной анкеты на основе интернет-платформы «Google Формы». Для оценки аффективной сферы школьников нами были выбраны показатели тревожности, депрессии и агрессии. Под тревожностью понимали «переживание эмоционального дискомфорта, предчувствие грозящей опасности, которая является выражением неудовлетворения значимых потребностей человека» [1, 6]; под депрессией – «состояние уныния, подавленности и угнетенности» [2]. Для оценки уровня тревоги и депрессии у школьников была использована госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Шкала составлена из 14 утверждений, каждый из которых имел 4 варианта ответа с балльной оценкой (от 0 до 3). При сумме баллов от 0 до 7 регистрировали отсутствие симптомов тревоги/депрессии; при сумме 8–10 баллов – субклинически выраженную тревогу/депрессию; при результате ≥ 11 баллов – клинически выраженную тревогу/депрессию.

Мы также использовали анкету «Выявление агрессивности у подростка», состоящую из 18 утверждений, с которыми респонденту предлагалось согласиться (1 балл) или отвергнуть (0 баллов). При сумме баллов от 1 до 6 регистрировали низкую степень агрессивности; 7–14 баллов – средний, а при сумме ≥ 15 баллов – высокий уровень агрессивности.

По результатам интервьюирования была создана электронная база данных с соблюдением анонимности первичных анкетных сведений. Статистическая обработка данных проводилась методами описательной статистики с участием программы IBM SPSS statistic версия 26.

Результаты и обсуждение. Развитие эмоциональных и поведенческих проблем у подростков может начинаться с единичных реакций и со временем перейти в формирование стойкого патологического процесса. Доказана взаимосвязь поведенческих и эмоциональных проблем. В подростковом возрасте эмоциональные проблемы проявляются в форме реакций агрессии, тревоги, страха, депрессии.

При тестировании по госпитальной шкале HADS нами выявлено, что симптомы тревожности отсутствовали у 55,3% обследованных школьников. Субклинически выраженная тревога отмечена у 17,8%, а клинически выраженная тревога – у 26,9% учащихся. Симптомы депрессии не проявляли 80,9% респондентов. Субклинически выраженная депрессия выявлена у 13,8% школьников; а у 5,3% учащихся – клинически выраженная депрессия. Возникновение тревожности и депрессивного состояния у подростков имели многофакторные причины и встречаются в различных сочетаниях. Отсутствие тревожности и депрессии нами отмечено у 51,3% школьников. Изолированная клинически выраженная тревога без депрессии была у 24,3% учащихся; а изолированная субклинически выраженная тревога – у 11,2% респондентов. Клинически выраженная тревога в сочетании с клинически выраженной депрессией отмечена у 5,3% школьников; а субклинически выраженная тревога в сочетании с клинически выраженной депрессией – у 2,6% респондентов. Клинически выраженная тревожность в сочетании субклинически выраженной депрессией выявлена у 4,6%; субклинически выраженная тревога в сочетании с субклинически выраженной депрессией – у 2,6% респондентов. Изолированная клинически и субклинически выраженная депрессия были представлены одним участнику исследования.

Агрессия – это реакция на внешние или внутренние стимулы, которая проявляется у человека в форме деструктивного поведения. Агрессивное поведение может быть направлено как на других людей, так и на самого себя. У подростков агрессия является одной из ос-

новых проблем поведения, которую необходимо своевременно скорректировать для более устойчивого эмоционального фона. У большинства школьников (66,8%), принявших участие в нашем исследовании, была низкая степень агрессии. Еще у 33,2% учащихся степень агрессии была средней. Высокая степень агрессии нами не выявлена.

Заключение. К основным проблемам подростков сегодня в большей степени относятся беспокойство, нервозность, страхи и тревоги, связанные с потребностью в признании и одобрении со стороны значимых взрослых, в среде сверстников, а также учебной деятельностью. Нами выявлено, что у значительной части обследованных школьников имеются определенные психологические проблемы, которые требуют дополнительного изучения и коррекции. Нами были сформированы рекомендации по снижению уровня тревожности и депрессии у школьников с клинически выраженными проявлениями.

Литература

1. Агаркова М.С. Факторы подростковой тревожности // Международный научный студенческий журнал. 2021. №13. С. 99–103.
2. Бабиянц К.А., Шульжицкая М.А. Особенности проявления депрессивных состояний в подростковом возрасте // Северо-Кавказский психологический вестник. 2017. №15/2. С. 29–38.
3. Грицинская В.Л., Галактионова М.Ю. Индивидуально-типологические закономерности роста и развития детей. Красноярск. 2005. 100с.
4. Лисовский О.В., Лисица И.А., Панкратова П.А., Красноруцкая Д.А. и др. Особенности психического здоровья подростков в студенческой среде // В сборнике: Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи. Сборник трудов VI научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2022. С. 379-381.
5. Прахин Е.И., Грицинская В.Л. Информационно-сравнительная характеристика индивидуально-типологических оценок роста и развития детей // В сборнике: Актуальные вопросы биомедицинской и клинической антропологии. Редакторы: Н.А. Корнетов, В.Г. Николаев. 1997. С.74–77.
6. Репкина Т.В., Тимченко Н.С., Кочетова Ю.Ю., Старчикова М.В. Тревожность как фактор нарушения психосоматического здоровья школьников // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2021. № 2 (192). С. 421–427.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ВЫПУСКНИКОВ ШКОЛЫ

Лисовский О.В.

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия**

Актуальность. В настоящее время сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения является актуальной задачей государственной политики в Российской Федерации. Здоровье детской популяции формируется под влиянием сложного комплекса различных (экологических, медико-биологических, социальных и других) факторов, выявление и управление которыми является актуальной задачей на современном этапе [1]. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о значительном распространении отклонений в росте и развитии детей и подростков [2, 6]. Из общего числа факторов, оказывающих негативное влияние на здоровье, приоритетным остается нерациональное питание [3]. Питание современных детей формируется из двух составляющих – домашнего и питания в условиях образовательного учреждения. Учитывая, что в школе дети и подростки проводят большую часть времени, тип питания в образовательном учреждении может стать интегральным риском, так как именно здесь учащиеся приобретают свои предпочтения в еде [4, 5].

Цель исследования: оценить состояние здоровья и факторы, влияющие на его сохранение у обучающихся в выпускных классах общеобразовательной школы.

Материалы и методы. Нами проведено исследование, в котором на основе принципа добровольности приняли участие 96 учеников (31 юноша и 65 девушек) выпускного класса общеобразовательных школ Санкт-Петербурга. Средний возраст учащихся составил $17,5 \pm 0,6$ лет. Обследование включало соматометрию (измерение роста стоя и массы тела), интервьюирование с помощью специально разработанной анкеты на основе интернет-платформы «Google Формы». В анкету были включены вопросы об особенностях питания, проведении досуга и отклонениях состояния здоровья. Исходя из показателей роста и массы тела, для каждого подростка рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) по следующей формуле: вес в килограммах, разделенный на квадрат роста в метрах. Значения ИМТ оценивали с использованием калькулятора ВОЗ («AnthroPlus», <http://www.who.int/growthref/tools/en>). Была создана электронная база данных с соблюдением анонимности первичных анкетных сведений. Статистическая обработка данных проводилась методами описательной статистики с участием программы IBM SPSS statistic версия 26.

Результаты и обсуждение. В зависимости от уровня ИМТ участники исследования нами были поделены на группы: обычный пищевой статус (ИМТ от 15-го до 85-го перцентиля возрастно-половой шкалы) – 71,9%; недостаточный пищевой статус (ИМТ ниже 15-го перцентиля) – 17,7%; избыточный пищевой статус (ИМТ выше 85-го перцентиля) – 10,4%.

Дома, перед походом в школу, завтракают только 64,6% школьников; в группе учащихся с избыточным пищевым статусом (ИПС) таких подростков меньше – 60,0%. Завтрак школьников чаще состоит из каши, мюсли, блюд из куриных яиц, бутербродов, булочек, йогурта и чая; предпочтений в выборе блюд в зависимости от пищевого статуса не выявлено.

Обедают в школьной столовой 55,2% респондентов; в группе ИПС – 50,0%. Полноценный домашний обед (суп, второе блюдо и напиток) имеется у 21,9% школьников, в группе ИПС у 30,0%. Обед из супа и напитка состоит у 37,5% школьников; из чая с бутербродами – у 8,3%; из фаст-фуда – у каждого третьего учащегося, не пользующего школьной столовой.

Во время ужина школьники употребляют мясное блюдо (61,4%), овощи (53,1%), крупяные каши (42,7%), макаронные изделия (33,3%), картофель (28,1%), молочные продукты (23,9%), бутерброды и выпечку (16,7%). В группе школьников с ИПС больше подростков чаще ужинающих мясным блюдом (80,0%) и овощами (60,0%); других предпочтений у этих участников исследования не выявлено.

Накануне учебного года 33,3% школьников провели летние каникулы за городом на даче; 22,9% учащихся выезжали на курорт; 14,6% – отдыхали в оздоровительном детском лагере; остальные провели лето в городе.

Самочувствие как удовлетворительное охарактеризовали 42,7% школьников; как хорошее – 28,1%; как очень хорошее – 20,8%; у остальных (8,4%) самочувствие было плохим. Однако большинство участников исследования отмечали симптомы, свидетельствующие о перенапряжении организма: повышенная утомляемость (39,7%), раздражительность (47,9%), быстрая утомляемость (61,8%), головные боли (43,8%), сниженное настроение (37,9%), ухудшение внимания и памяти (19,6%). Значительная часть подростков отмечали проблемы со сном: сонливость днем (61,4%), плохой ночной сон (32,8%), затруднения при засыпании (23,5%). Симптомы вегетативной дисфункции также отметили ряд школьников: головокружение (32,5%), сердцебиения (13,9%), боли в области сердца (6,3%), покалывание в руках и

ногах, онемение пальцев (11,4%). У каждого третьего школьника (33,8%) отмечалась аллергия на бытовую пыль, цветение растений и различные продукты питания.

Часто школьники указывали признаки полигиповитаминозов и дефицита микроэлементов: сухость кожи (24,9%), ломкость и слоистость ногтей (14,6%), кровоточивость десен (9,2%), трещины в углах рта (10,3%), ломкость волос (17,3%). Однако только 22,9% учащихся принимают поливитамины, еще 10,4% употребляют препараты, содержащие либо витамин D, либо аскорбиновую кислоту. Обогащенные микроорганизмами и микроэлементами продукты питания (йогурты, био йогурты) получают 73,9% респондентов.

Понятие о здоровом образе жизни (ЖОЗ) имеют 92,7% школьников; остальные затруднились назвать основные принципы долголетия. Утреннюю физзарядку регулярно делают 28,1% школьников; еще 9,4% учащихся выполняют упражнения изредка. Из школьников с ИПС делают физзарядку 20,0% и то изредка. Ежедневные прогулки на улице совершают 67,7% подростков; не более 3-х раз в неделю – 12,5% респондентов; остальные гуляют на свежем воздухе лишь в выходные дни. В спортивных секциях занимаются 38,5% учащихся. За просмотром телевизора, игрой за компьютером проводят более 4-х часов день 16,7% школьников; 3–4 часа – 29,2%; остальные учащиеся проводят просмотром телепередач и игрой в гаджетах менее 2-х часов ежедневно. На уроках физкультуры выполнение упражнений дается легко 67,8% школьникам; незначительные затруднения при физической нагрузке испытывают 23,9%; для остальных учащихся нагрузка на уроке является высокой.

Заключение. Результаты нашего исследования свидетельствуют, что большинство выпускников общеобразовательных школ в мегаполисе недостаточно придерживаются принципов здорового образа жизни. Имеются значительные нарушения в организации питания школьников, снижение уровня физической нагрузки. У большинства учащихся отмечаются признаки дефицита витаминов и микроэлементов, что может быть следствием нарушений в питании школьников.

Литература

1. Грицинская В.Л., Галактионова М.Ю. Современные тенденции роста, развития и здоровья школьников. Красноярск. 2008. 100с.
2. Грицинская В.Л. Оценка физического развития мальчиков школьного возраста г. Санкт-Петербурга с использованием антропометрического калькулятора ВОЗ // Здоровье населения и среда обитания – ЗНиСО. 2018. № 2 (299). С. 16–19.
3. Данковцев О.А. Социальные практики питания старшекласников // Общество: социология, психология, педагогика. 2023. № 12. С. 38–43. DOI: 10.24158/spp.2023.12.4.
4. Лисовский О.В., Панкратова П.А., Лисица И.А. и др. Выявление стереотипов реагирования подростков с использованием шкалы оценки пищевого поведения // В сборнике: Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи. Сборник трудов VI научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2022. С. 236-238.
5. Панкратова П.А., Лисовский О.В., Лисица И.А., Близнякова Д.С. Особенности нарушений пищевого поведения у обучающихся в динамике // University Therapeutic Journal. 2023. Т. 5. № 5. С. 135.
6. Gritsinskaya V.L., Novikova V.P., Gurova M.M. Prevalence of obesity among schoolchildren in St. Petersburg // Archives of Disease in Childhood. 2019. Т. 104. № S3. С. A366.

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА В РАЗВИТИИ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО-ЭКЗОГЕННОГО ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Отто Н.Ю.¹, Джумагазиев А.А.¹, Безрукова Д.А.¹, Сосиновская Е.В.², Филипчук А.В.¹, Парамонова К.В.²

¹*Астраханский государственный медицинский университет,*

²*Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой, Астрахань, Россия*

Актуальность. Изучение социально-биологических факторов риска формирования конституционально-экзогенного ожирения (КЭО) послужит основой для разработки комплекса управляемых профилактических и диагностических мер для максимально достижимого снижения массы тела, позволяющего избежать развития тяжелых инвалидизирующих форм осложнений, начиная с детского возраста.

Цель исследования: установить роль ряда факторов перинатального периода (возраст матерей на момент рождения детей, которые в последующем страдали от ожирения, патологию беременности, и родов, порядковый номер родов, антропометрический статус) и их влияние на формирование ожирения у детей.

Материал и методы: проведен осмотр 186 детей с КЭО и 186 детей группы контроля методом случайной выборки, находившихся на обследовании в Областной детской клинической больнице г. Астрахани в период с 1994 по настоящее время. Медиана возраста детей с КЭО соответствует 13 [min 3,9; max 17,0] лет, без ожирения - 14 [1,5; 17,0] лет. Медиана SDS индекса массы тела (SDS ИМТ) всех детей с КЭО составила +2,6 [min +1,1; max +4,0], контроль - -0,5 [min -3,0; max +1,0]. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ Statistica 10. Достоверными считали различия при $p < 0.05$.

Результаты и обсуждение. Анализ возрастной структуры матерей показал, что существенных возрастных различий на момент рождения детей в сравниваемых группах не выявлено: медиана возраста матерей детей с КЭО составила 25 лет, матерей детей без ожирения - 26 лет. Средний возраст матерей на момент рождения детей из группы КЭО составил $25,92 \pm 5,5$ лет, в группе контроля - $26,50 \pm 0,00$. Аналогичная ситуация при сравнении возраста отцов: медиана возраста отцов на момент рождения детей в обеих группах составила 28 лет, средний возраст отцов детей из группы КЭО - $28,98 \pm 5,8$, в группе контроля - $28,20 \pm 4,9$ лет ($p > 0.05$).

Матери из группы детей с КЭО имели отягощенную беременность в 9,6% случаев. Это беременность, которая протекала на фоне хронического пиелонефрита, уреоплазмоза, гипоксия плода, анемии, НЦД по гипертоническому типу, внутриутробной инфекции, гестоза второй половины беременности. В этой же группе у 7,2% матерей отмечались преждевременные или затяжные роды, тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода, ягодичное предлежание и низкие баллы по шкале Апгар. Но, тем не менее, отягощенный гинекологический и акушерский анамнез матерей из основной группы регистрируется достоверно реже, чем у матерей детей из группы контроля, где патология во время беременности достигает 29,8%, во время родов - 22,4% ($\chi^2 = 13.53$, $p = 0.000235$; $\chi^2 = 8.90$, $p = 0.0029$). Преждевременные роды достоверно реже выявляется в группе матерей детей с КЭО ($\chi^2 = 6.76$; $p = 0.0094$).

В группе КЭО, не выявлены дети, рожденные от 5-9 беременности ($\chi^2 = 6.04$; $p = 0.014$) и дети от 4-х и последующих родов, в отличие от контрольной группы, где доля таких детей составила 6,4% ($\chi^2 = 5.97$; $p = 0.015$).

Дети, которые в последующем страдали от ожирения, как правило, при рождении имели нормальную массу тела. Медиана массы тела детей из группы КЭО при рождении составила 3500,0 [min 2000,0; max 4900,0] г., среднее значение 3398,5±460,8 г. Медиана массы детей в контрольной группе - 3300,0 [min 970,0; max 5000,0] г., среднее – 3279,3±624,9 г.

Заключение. Наше исследование показало, что достоверных различий в возрасте родителей на момент рождения обследуемых детей и в массе тела детей при рождении в сравниваемых группах не выявлено ($p>0.05$). В основной группе материнский отягощенный гинекологический (9,6%) и акушерский (7,2%) анамнезы регистрируются достоверно реже, чем у матерей детей из группы контроля (соответственно - 29,8% и 22,4%; $p=0.000235$; $p=0.0029$). В группе детей с КЭО преждевременные роды у матерей встречаются достоверно реже по сравнению с контрольной группой ($p=0.0094$) и не выявлены дети, рожденные от 5-9 беременности ($p=0.014$) и дети от 4-х и последующих родов, в отличие от контрольной группы, где доля таких детей составила 6,4% ($p=0.015$).

ОСОБЕННОСТИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Панкратова П.А.

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия**

Актуальность. Среди различных видов сосудистых патологий портальная гипертензия имеет особое значение. У большинства пациентов она имеет внепеченочный вариант и бессимптомное течение. Однако при сочетании с другими заболеваниями повышается риск более тяжелого течения основного заболевания. [1; 2].

Цель исследования: на основании анализа течения заболевания выявить этиологическую структуру у пациентов с портальной гипертензией за 2021-2023гг.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 94 детей с портальной гипертензией за 2021-2023гг. Изучены данные анамнеза заболевания и жизни. Для обработки данных использовались программа Microsoft Excel 2010

Результаты и обсуждение. Под наблюдением находились 30 юношей и 23 девушки. Возраст пациентов - 12,28±4,38 года. Внепеченочная форма портальной гипертензии установлена у 80 (85%) человек, смешанная – у 5 (5%) и внутрипеченочная – у 9 (10%). Осложнения отмечались у 54 пациентов (57%), из них спленомегалия - у 22 (40%) пациентов. Сочетание нескольких осложнений имели 19 человек (35%).

Среди заболеваний наиболее распространенными нозологическими формами являются: поликистозная болезнь почек с аутосомно-рецессивным типом наследования с поликистозом и фиброзом печени - 7 случаев, различные врожденные пороки сердца - 6 пациентов, у 5 пациентов аутоиммунные заболевания (аутоиммунный гепатит и первичный склерозирующий холангит), вирусные гепатиты у 3 и 1 случай диффузной В-клеточной лимфомой. Из факторов риска следует указать на различные заболевания периода новорожденности у 27 (28%) пациентов, из них у 15(55%) пациентов - проведенная катетеризация пупочной вены.

Заключение. У большинства портальная гипертензия имеет внепеченочную форму. Из наследственных заболеваний одним из самых распространенных является поликистозная болезнь почек с аутосомно-рецессивным типом наследования с поликистозом и фиброзом печени и врожденные пороки сердца.

Литература

1. Клиника, диагностика и лечение портальной гипертензии у детей / Б. Л. Севрюгов, И. В. Дюг, Д. Д. Купатадзе, Набоков В.В, Иванов А.П.// Педиатр. 2017. Т. 8, № S1. С. 172.
2. Дюг И.В., Комиссаров М.И., Алешин И.Ю. Результаты эмболизации селезенки у детей с портальной гипертензией и гемолитической анемией// Forcipe, 2022. -Т. 5, № S2.- С. 190-191.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ШКОЛЬНИКОВ

Панкратова П.А., Лисица И.А., Макарова Т.Ю., Лисовский О.В., Фокин А.А.

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия**

Актуальность. Подростковый возраст является одним из сложных жизненных периодов, который характеризуется нестабильным представлением о собственной внешности. Неадекватное отношение подростков к изменениям своего тела и/или критике со стороны других людей относительно его внешнего вида может быть причиной ненормального употребления пищи и развития расстройства пищевого поведения (РПП) [3, 4]. Опубликованные результаты проведенных исследований по изучению физического развития детского населения показали, что у современных подростков высокий уровень как избыточной массы тела, так и дефицита веса [1, 2, 6]. Значительный вклад в распространенность отклонений в физическом развитии вносят расстройства пищевого поведения [5].

Цель исследования: определить частоту расстройств пищевого поведения у учащихся выпускных классов общеобразовательных школ мегаполиса.

Материалы и методы. В исследовании на основании добровольности приняли участие 152 школьника (99 девушек и 53 юноши) в возрасте от 15-ти до 17-ти лет. Мы провели анкетирование с помощью валидизированного опросника «Eating Attitudes Test» (EAT-26) в адаптации О.А. Ильчик, С.В. Сивуха, О.А. Скугаревского «Шкала оценки пищевого поведения» (ШОПП). Школьникам предлагалось в течение 10–15 минут ответить на 51 утверждение, которые группировались в семь субшкал: стремление к худобе, булимия, неудовлетворенность телом, неэффективность, перфекционизм, недоверие в межличностных отношениях, интерцептивная некомпетентность.

Каждый вопрос оценивался по 6-балльной шкале и отражал определенные действия, мысли или чувства. При подсчете суммарного показателя за ответы «часто», «обычно» и «всегда» начислялись баллы 1, 2 и 3 соответственно. За ответы «иногда», «редко» и «никогда» баллы не начисляются, ответу присваивалось значение «0». Ряд утверждений имели обратное направление оценки. Суммы баллов переводились в «стенайны» – стандартные оценки, которые характеризовали степень выраженности каждой из субшкал. По результатам анкетирования была создана анонимизированная электронная база данных. Статистическая обработка данных проводилась методами описательной статистики с участием программы IBM SPSS statistic версия 26.

Результаты и обсуждение. Стремление к худобе представляет собой чрезмерное беспокойство о массе тела и регулярные попытки похудеть. При оценке ШОПП выявлено, что средний балл по этой субшкале составил 2,95 (min–0; max–15), что соответствует 5-му стенайну и выявлен у (13%) школьников.

Булимия – побуждение к наличию эпизодов переедания и последующего очищения. По 2-й субшкале, отражающей проявления булимии, средний балл был 1,89 (min–0; max–15), что соответствует 6-му стенайну и отмечен у (13%) респондентов. Неудовлетворенность те-

лом – восприятие избыточно толстыми отдельных частей тела (бедра, ягодицы, грудь). Средний балл по этой субшкале составил 4,67 (min=0; max=23), что соответствует 5-му стенойну и зарегистрирован у 61% учащихся.

Неэффективность проявляется в неспособности контролировать собственную жизнь, а также в ощущении общей неадекватности (то есть отсутствие ощущения безопасности, чувство одиночества). Неэффективность оценивается по 4-й субшкале; средний балл был 2,54 (min=0; max=17), что соответствует 5-му стенойну и выявлен у 25% подростков.

Перфекционизм – излишне завышенные ожидания в отношении высоких достижений, неспособность прощать себе недостатки, чувство отстраненности от окружающих. Средний балл по этой субшкале составил 6,78 (min=0; max=18), что соответствует 6-му стенойну; выявлен у 31% школьников.

По 6-й субшкале, оценивающей недоверие в межличностных отношениях, средний балл составил 4,53 (min=0; max=18), что соответствует 6-му стенойну; выявлен у 35% респондентов.

Интероцептивная некомпетентность – дефицит уверенности в отношении распознавания чувства голода и насыщения. По этой 7-й субшкале средний балл составил 3,34 (min=0; max=22), что соответствует 6-му стенойну и выявлен у 24% учащихся.

Заключение. Таким образом, нами выявлено, что максимальные проявления нарушений пищевого поведения у обследованных учащихся выражались в неудовлетворенности собственным телом с максимальной степенью выраженности признака в данной категории. Следует отметить, что максимальные проявления у учащихся также отмечены по таким признакам, как недоверие в межличностных отношениях и перфекционизм. Особенности пищевого поведения свидетельствуют о стремлении, чувствах и возможностях коммуникации в коллективе одноклассников и друзей вне школы.

Литература

1. Грицинская В.Л., Губернаторова Т.Ю., Пермякова Е.С., Хавкин А.И. Скрининговая оценка нутритивного статуса школьников, проживающих в различных регионах Российской Федерации // Вопросы практической педиатрии. 2020. Т. 15. № 1. С. 30-34. DOI: 10.20953/1817-7646-2020-1-30-34
2. Грицинская В.Л., Никитина И.Л. Современные аспекты оценки уровня физического развития школьников мегаполиса // Медицинский совет. 2017. №19. С. 40–43.
3. Лисовский О.В., Завьялова А.Н., Лисица И.А., Струков Е.Л., Фокин А.А. Анализ пищевого поведения и физической активности первокурсников медицинского университета // Children's Medicine of the North-West. 2023. Т. 11. № 4. С. 72-77.
4. Лисовский О.В., Панкратова П.А., Лисица И.А. и др. Выявление стереотипов реагирования подростков с использованием шкалы оценки пищевого поведения // В сборнике: Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи. Сборник трудов VI научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2022. С. 236-238.
5. Панкратова П.А., Лисица И.А., Близнякова Д.С., Лисовский О.В. Ведущие проявления и значимость метода оценки пищевого поведения подростков // В книге: Современные подходы к продвижению принципов здорового образа жизни. Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых. Ростов-на-Дону, 2023. С. 61-62.
6. Gritsinskaya V.L., Novikova V.P., Gurova M.M. Prevalence of obesity among schoolchildren in St. Petersburg // Archives of Disease in Childhood. 2019. Т. 104. № S3. С. A366.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Сосиновская Е. В., Джумагазиев А. А.

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия

Актуальность. Высокие показатели заболеваемости ожирением у взрослых по всему миру отражают неблагоприятную ситуацию среди детского населения. Нередко, особенно в раннем возрасте, избыточная масса тела и воспринимается как признак благополучия, не несущая вреда здоровью и самостоятельно проходящая с возрастом.

Цель: выявить сопутствующие заболевания и отдаленный прогноз выздоровления детей с конституционально-экзогенным ожирением (КЭО) у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в течение 8 лет (2016-2023гг.) находились 60 детей с КЭО. Медиана возраста детей на старте составила 13 [min 6,3; max 17,11] лет, а степень ожирения распределились следующим образом: КЭО I степени (Ож1) - 10 (16,7%), II степени Ож2 – 24 (40,0%), III степени Ож3 - 20 (33,3%), IV степени Ож4 – 6 детей (10,0%). В период наблюдения дети неоднократно получали лечение в эндокринологическом отделении Областной детской клинической больницы г. Астрахани. Все дети состоят на диспансерном учете по месту жительства.

Результаты и обсуждение. Установлено, что у каждого третьего ребенка имеет место наследственная отягощенность по ожирению (31%) и начало заболевания в первые 3 года жизни (30%). Почти половина детей с ожирением (47%) находятся на диспансерном наблюдении с сопутствующими заболеваниями. Каждый четвертый ребенок с ожирением имеет эндокринную патологию (25%) - гипоталамический синдром (дисфункция гипоталамуса неклассифицированная в других рубриках) и заболевания щитовидной железы, каждый десятый (10,3%) – заболевания желудочно-кишечного тракта - хронический гастродуоденит, заболевания билиарной системы, неалкогольную жировую болезнь печени. Далее следуют болезни сердца и кровеносных сосудов (8,3%) – артериальная гипертензия, нарушение ритма. Единичными случаями представлены заболевания почек, легких, глаз, ЦНС.

Через 8 лет наблюдения из 60 детей с ожирением только три подростка (5,0%) были сняты с диспансерного учета в связи с выздоровлением и это дети с Ож1. Три ребенка из группы Ож2 перешли в группу Ож1. 10 пациентов (16,7%) переданы во взрослую поликлинику, это дети с Ож2-4. На настоящий момент в группе Ож1 остаются 10 пациентов (16,7%); Ож2-3 - 32 пациента (53,4%); Ож4 - 5 человек (8,3%).

Заключение. Таким образом, представленное наблюдение демонстрирует низкий процент выздоровления детей школьного возраста с КЭО несмотря на диспансерное обследование и лечение в условиях специализированного стационара. Через 8 лет наблюдения в группе ожирения остается 95,0% пациентов, причем дети, которые были сняты с учета по КЭО, имели легкую (Ож1) степень.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БЛД-АССОЦИИРОВАННОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Трапезникова А.Ю., Иванов Д.О.

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
Санкт-Петербург, Россия**

Актуальность проблемы обусловлена распространенностью бронхолегочной дисплазии (БЛД) среди детей, родившихся недоношенными, которая вносит существенный вклад в течение неонатального периода. Примерно у 25% детей с диагностированной среднетяжелой или тяжелой степенью БЛД развивается легочная гипертензия [6]. Наличие легочной гипертензии заметно влияет на клинические исходы. По данным литературы заболеваемость и летальность детей в возрасте до 12 месяцев, страдающих БЛД-ассоциированной легочной гипертензией, составляет 23–40%.

Цель исследования: определить особенности течения неонатального периода у недоношенных детей, страдающих БЛД-ассоциированной легочной гипертензией.

Материалы и методы. В исследование включено 62 недоношенных ребенка, родившихся в 23 1/7 - 32 6/7 недель гестации с массой тела менее 1600 граммов. Диагноз бронхолегочная дисплазия установлен у 46 детей, нуждающихся в дополнительном кислороде для поддержания адекватной оксигенации ($SpO_2 > 92\%$) в течение 28 дней и более и имеющих рентгенологические признаки БЛД, в соответствии с определениями А. Jobe и Е. Bancalari и клинических рекомендаций «Ведение детей с бронхолегочной дисплазией» (редакции 2016 года) [1]. У шестнадцати обследованных детей БЛД не диагностирована. У семнадцати детей с тяжелой степенью и одного ребенка со средней степенью тяжести БЛД диагностирована легочная гипертензия (ЛГ) на основании данных эхокардиографии (ЭхоКГ) и клинической картины заболевания.

Исследовательской группой определены критерии невключения и включения в данное исследование. Критериями невключения являлись наличие у детей врожденных пороков развития верхних и нижних дыхательных путей, гемодинамически значимых врожденных пороков сердца (исключение составили дети, в анамнезе которых были данные об открытом артериальном протоке (ОАП), но на момент мониторинга диагноз ОАП был снят), врожденной диафрагмальной грыжи, фенотипических признаков хромосомных аномалий, врожденной эндокринной патологии (врожденный гипотиреоз), наличие трахеостомы, судорог, подтвержденных на электроэнцефалографии, при отказе законных представителей ребенка от участия в исследовании.

Обследованные дети разделены на три группы: группа 1 - дети, у которых бронхолегочная дисплазия не была диагностирована (группа без БЛД), группа 2 - дети, страдающие БЛД, не осложненной легочной гипертензией (группа БЛД), группа 3 - дети, страдающие БЛД, осложненной легочной гипертензией (группа БЛД+ЛГ).

При статистической обработке данных рассчитаны доверительные интервалы (ДИ), оценки всех показателей представлены в виде трех чисел: точечная оценка и значения границ 95%-ных ДИ в виде подстрочников. Для сравнения пары средних значений использовался стандартизированный размер эффекта по Коуэну (*SES*). Эффекты со значением $SES \geq 1$ рассматривались как клинически важные.

Результаты и обсуждение. Первичные реанимационные мероприятия в родильном зале включали санацию верхних дыхательных путей, проведение раздувающего вдоха, использование аппаратов искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и введение препаратов сурфактанта традиционным инвазивным (с использованием интубационной трубки) или малоинвазивными (LISA, INSURE) методами в зависимости от состояния пациента. Пяти детям, не страдавшим БЛД, в родильном зале не проводилось введение сурфактанта. Синдром дыхательных расстройств (СДР) диагностирован у всех обследованных детей за исключением одного пациента без анамнеза БЛД. Врожденная пневмония диагностирована у 15 (53,6%) пациентов, страдавших БЛД, и 14 (77,8%) пациентов с БЛД-ассоциированной ЛГ ($p=10^{-5}$, *Cramer's V* = 0,40 0,59 0,73).

По данным литературы для детей с БЛД и БЛД-ассоциированной легочной гипертензией характерны более длительные зависимость от кислорода и продолжительность ИВЛ [2,5]. Также отмечается более длительная зависимость от кислорода у детей с БЛД-ассоциированной ЛГ и детей с БЛД, не осложненной ЛГ, по сравнению с детьми без БЛД. В проведенном исследовании группы детей статистически значимо отличались друг от друга по количеству суток зависимости от кислорода, которое резко возрастало в следующем порядке: дети без БЛД (6 9 17) < дети, страдающие БЛД (39 46 53) < дети с БЛД-ассоциированной ЛГ (74 88 103). Эффект клинически важный, о чем свидетельствуют высокие значения стандартизированного размера эффекта (*SES*): -2,2 для группы детей без БЛД, -3,4 для группы детей с БЛД-ЛГ, -1,7 для группы детей БЛД+ЛГ.

Сравниваемые группы статистически значимо отличались по продолжительности ИВЛ у детей, которая резко возрастала в следующем порядке: дети без БЛД (2,0 4,0 7,0) < дети, страдающие БЛД (14 17 22) < дети с БЛД-ассоциированной ЛГ (29 39 59). Дети, страдающие БЛД, имели более длительные периоды ИВЛ в связи с нарастанием дыхательной недостаточности, чем дети без БЛД и БЛД, не осложненной ЛГ. Только четверо из обследуемых детей не находились на искусственной вентиляции легких в раннем неонатальном периоде. Дети, страдающие БЛД, имели более длительные периоды ИВЛ в связи с нарастанием дыхательной недостаточности, чем дети без БЛД и БЛД, не осложненной ЛГ.

В раннем послеродовом периоде эпизоды интермиттирующей гипоксемии способствуют прогрессированию ретинопатии недоношенных, задержке роста, нарушению развития нервной системы и, как исход, повышению показателей смертности [3]. Анализ сопутствующей патологии позволил выявить у десяти детей, страдающих БЛД-ассоциированной ЛГ (56%), одного (3,5%) ребенка, страдающего БЛД, не осложненной ЛГ, и у двух (12,5%) детей без БЛД в анамнезе судороги, зарегистрированные на электроэнцефалограмме ($p=0,00008$, *Cramer's V* = 0,35 0,55 0,70).

У 97% обследуемых детей развилась ретинопатия недоношенных. Проведение операции лазерной коагуляции сетчатки глаза было зарегистрировано у 4 (14%) детей, страдающих БЛД, и 9 (50%) детей с БЛД-ассоциированной ЛГ, ни одному ребенку без БЛД не потребовалось проведение данной операции ($p=0,0008$, *Cramer's V* = 0,26 0,48 0,65).

Анемия недоношенных развилась у всех детей с БЛД, осложненной ЛГ, у 25 (89%) детей, страдающих БЛД, и 10 (62,5%) детей без анамнеза БЛД ($p>0,05$). Проведение гемотрансфузии потребовалось 17 (94%) пациентам с БЛД-ассоциированной ЛГ, 21 (75%) детям, страдающим БЛД, и 5 (31%) пациентам без БЛД ($p>0,05$).

Не получено статистически значимо различия между исследуемыми группами детей по встречаемости внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК) и перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) ($p>0,05$). Ни один ребенок не имел ВЖК 3 степени. У одного (3,5%) ребенка с БЛД и 2 (11%) детей с БЛД-ассоциированной ЛГ диагностировано внутрижелудочковое кровоизлияние 2 степени. ВЖК 1 степени выявлено у 7 (25%) детей, страдающих БЛД, 7 (39%) детей с БЛД, осложненной ЛГ, и 4 (25%) детей без БЛД. Один (3,5%) ребенок с диагнозом БЛД и один (6%) ребенок без БЛД страдали ПВЛ кистозной формы. У четверых (25%) детей без БЛД, 14 (50%) детей, страдающих БЛД, и 10 (55,5%) детей, страдающих БЛД-ассоциированной ЛГ, диагностирована бескистозная форма ПВЛ. Для недоношенных детей с задержкой внутриутробного развития характерен низкий исходный уровень сатурации кислорода, что проявляется в более высокой смертности и увеличении частоты событий интермиттирующей гипоксемии [4]. В настоящий момент до конца не ясен механизм предрасположенности данной группы пациентов к этим эпизодам. В то же время наличие легочной гипертензии и легочной вазоконстрикции, вызываемой гипоксией, вносит свой вклад в формирование эпизодов интермиттирующей гипоксемии. В проведенном исследовании статистически значимых отличий между детьми с диагностированной БЛД-ассоциированной ЛГ и детьми с БЛД, не осложненной ЛГ, по встречаемости гипопластического варианта ЗВУР не получено ($p>0,05$). Гипотрофический вариант ЗВУР диагностирован у 1 (5,5%) ребенка с БЛД-ассоциированной легочной гипертензией, у одного (6%) ребенка без БЛД и у троих (11%) детей с БЛД ($p>0,05$).

Шесть (33%) детей с БЛД-ассоциированной ЛГ страдали задержкой внутриутробного развития гипопластической формы. У четырех (14%) детей с БЛД и 4 (25%) детей без БЛД также диагностирован данный вариант ЗВУР. Статистически значимых отличий между сравниваемыми группами детей не получено ($p>0,05$). Гипотрофический вариант ЗВУР диагностирован у 1 (5,5%) ребенка с БЛД-ассоциированной легочной гипертензией, у одного (6%) ребенка без БЛД и у троих (11%) детей, страдающих БЛД ($p>0,05$).

Неонатальная желтуха, связанная с преждевременным родоразрешением, диагностирована у 10 (62,5%) пациентов без БЛД, 12 (43%) детей, страдающих БЛД, и у 4 (22%) детей с БЛД-ассоциированной ЛГ ($p>0,05$). Девять (56%) детей без БЛД, 12 (43%) детей с БЛД и 11 (61%) детей с БЛД-ассоциированной ЛГ перенесли некротизирующий энтероколит (НЭК) ($p>0,05$).

Трое (11%) детей с БЛД и 6 (33%) детей с БЛД-ассоциированной ЛГ страдали остеопенией недоношенных и получали этиотропную терапию. На момент выписки из стационара показатели уровней сывороточного общего кальция, фосфора и витамина D были в пределах возрастных норм.

Семь детей (44%) без БЛД и 25 детей, страдающих БЛД (89%), находились на грудном вскармливании. Только трое детей (17%) с БЛД-ассоциированной легочной гипертензией получали грудное молоко. Это связано с тяжестью состояния матерей и младенцев и сопутствующей патологией у детей, требующей питания адаптированными смесями.

Заключение. Бронхолегочная дисплазия, осложненная легочной гипертензией, вносит существенный вклад в формирование сопутствующей патологии, что требует дополнительных терапевтических и диагностических мероприятий с целью своевременной коррекции данного состояния.

Литература

1. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Володин Н.Н. Ведение детей с бронхолегочной дисплазией. Клинические рекомендации//Педиатрическая фармакология. 2016. Том 13. № 4. С. 319-333.
- 2.Новикова В.П., Бойцова Е.В., Нестеренко З.В. и др. *Избранные вопросы детской пульмонологии*//Учебно-методическое пособие для студентов 4 курса лечебного факультета, специальности «лечебное дело» и «медико-профилактическое дело» / Сер. Библиотека педиатрического университета. Санкт-Петербург, 2022.
- 3.Соломаха А.Ю., Петрова Н.А., Иванов Д.О. и др. Особенности апноэ у детей первого года жизни, родившихся недоношенными и страдающих бронхолегочной дисплазией и легочной гипертензией//*Педиатр*. 2018. Т. 9. № 3. С. 16-23.
- 4.Трапезникова А.Ю., Петрова Н.А., Образцова Г.И. и др. Эпизоды апноэ и периодического дыхания у недоношенных детей с БЛД-ассоциированной легочной гипертензией//*Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2022. Т. 67. № 2. С. 94-99.
- 5.Трапезникова А.Ю., Петрова Н.А., Образцова Г.И. и др. Нарушения дыхания во сне и БЛД-ассоциированная легочная гипертензия у недоношенных детей//*Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2021. Т. 20. № 6. С. 135-142.
- 6.Weismann C.G., Asnes J.D., Bazy-Asaad A. et al. Pulmonary hypertension in preterm infants: results of a prospective screening program//*Journal of Perinatology*. 2017. №37. P. 572–577.

ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ДЕТЕЙ

Тюнис М.А.¹, Никитин С.С.¹⁻²

¹*Детская Республиканская больница им.И.Н.Григовича, Петрозаводск*

²*Петрозаводский государственный университет, Медицинский институт им. профессора А.П.Зильбера, Петрозаводск, Республика Карелия, Россия*

Актуальность. Дренировать брюшную полость или нет после операции – такой вопрос задают многие хирурги по завершению оперативного вмешательства [1,6]. Несмотря на наличие множества исследований по этому вопросу, единого мнения до настоящего времени нет. Одни авторы убеждены в необходимости дренирования брюшной полости и активно используют данную методику в своей практике [2 -5]. Другие авторы против использования дренажей, основываясь на дисфункции дренажа в 1-е сутки послеоперационного периода на почве обтурации густым отделяемым, органами брюшной полости (кишечник, сальник), возможным развитием послеоперационных осложнений (перфорация полого органа, кровотечение на почве пролежня, эвентрации из зоны дренирования, развития непроходимости и др.) и даже при разлитом перитоните не используют постановку дренажей [1, 6]. Так же не решен вопрос о виде используемых дренажей: плоский или трубчатый, с активной аспирацией или без нее. Спорным остается вопрос количества устанавливаемых дренажей – один или более. Также не определены и критерии удаления дренажа из брюшной полости.

Цель исследования: сформулировать показания для дренирования брюшной полости у детей при лапароскопических вмешательствах с конкретизацией вида, количества дренажей и срока извлечения дренажа из брюшной полости.

Материалы и методы. Проведен анализ операций, выполненных в ГБУЗ «ДРБ им.И.Н.Григовича» с 2019 по 2023 год по поводу острого аппендицита. Пролечено 782 пациента, 141 (18%) операций выполнено при помощи лапаротомии по Волковичу-Дьяконову, 641 (82%) - лапароскопическим доступом. Дренирование брюшной полости после лапароскопических аппендэктомий проведено у 63 пациентов. Неосложненные формы аппендицита составили 688 наблюдений (88%), осложненные – 94 (12%).

При дренировании брюшной полости использованы дренаж Редона с системой аспирации отрицательным давлением (система «гармошка») и «сигарные» дренажи (из свернутого в трубочку перчаточного латекса). Количество дренажей у одного пациента – от одного до трех. Срок дренирования – от суток до 9 дней.

Результаты и обсуждение. Сведения по количеству пациентов, прооперированных «открытым» и лапароскопическим доступом представлены в таблицах 1-2. Четко прослеживается динамика перехода от лапаротомного доступа к лапароскопическому в течение представленных пяти лет. В 2023 году уже полностью удалось отказаться от проведения лапаротомий при всех вариантах аппендицита (табл.1-2).

Таблица 1

Количество операций, выполненных «открытым» и лапароскопическим доступом при аппендицитах

Диагноз:	2019		2020		2021		2022		2023	
	Откр	Л/с	Откр	Л/с	Откр	Л/с	Откр	Л/с	Откр	Л/с
Острый аппендицит, неосложненный	45	94 (0)	39	84 (6)	20	111 (2)	15	122 (10)	0	161 (0)
Острый аппендицит, осложненный	7	8(3)	3	11 (5)	7	16(11)	5	19(14)	0	15 (12)
Общее количество пациентов:	52 (34%)	102 (66%)	42 (31%)	95 (69%)	27 (18%)	127 (82%)	20 (13%)	141 (87%)	0 (0%)	176 (100%)

Таблица 2

Осложненные формы аппендицита

Нозология	2019		2020		2021		2022		2023	
	Откр	Л/с	Откр	Л/с	Откр	Л/с	Откр	Л/с	Откр	Л/с
Периаппендик. абсцесс	8	2 (2)	3	4(4)	7	5 (5)	5	8(8)	0	3 (3)
Аппендикул. инфильтрат	0	1 (0)	0	0	0	0	0	0	0	4 (2)
Перитонит 1 ст	0	5	0	6 (0)	0	10 (5)	0	6 (2)	0	4 (3)
Перитонит 2 ст.	1	1 (1)	0	1(1)	0	1 (1)	1	3 (3)	0	3 (3)
Перитонит 3 ст.	0	0	0	0	0	0	0	1 (1)	0	1 (1)
Итог:	9 (50%)	9 (50%)	3 (22%)	11 (78%)	7 (31%)	16 (69%)	6 (25%)	18 (75%)	0	15 (100%)

За 5 лет выявлено 14 послеоперационных осложнения (табл. 3). Наиболее часто приходилось сталкиваться с инфекцией в области послеоперационной раны: два нагноения раны после удаления дренажа, одно – в зоне установки троакара и еще одно – с эвентрацией в рану пряди большого сальника, что потребовало ушивания раны. Наиболее серьезное осложнение (абсцесс брюшной полости) формировался только в случаях, когда дренирование во время операции не проводилось.

Таблица 3

Послеоперационные осложнения (в скобках указано количество осложнений у пациентов, которым проводилось дренирование брюшной полости во время операции)

П/операционные осложнения	2019г	2020г	2021г	2022г	2023г
Абсцесс брюшной полости	3 (0)	0	1 (0)	1 (0)	1 (0)
Спаечная непроходимость	0	0	1	1	0
Кровотечение	0	1	0	0	0
Инфильтрат брюшной полости	0	1 (0)	0	0	0
Инфекция области опер.раны	0	1 (1)	0	1 (1)	2 (2)
Итог:	3	3	2	3	3

Дренаж Редона наиболее часто использован при перитонитах, «сигарный» дренаж – при абсцессах брюшной полости (табл. 4). Дренаж Редона использован в тех ситуациях, когда секретлируемая жидкость являлась серозной или геморрагической, при этом отсутствовало значительное количество фибрина или при наличии незначительного количества гноя в брюшной полости. «Сигарный» дренаж использован при наличии значительного количества гноя, фибрина в животе.

Таблица 4

Виды дренажей при различных вариантах аппендицита

Вид дренажа/ Диагноз	Неосложнен- ный аппенди- цит	О. аппендицит + перитонит	Периаппенди- кулярный абс- цесс	Аппендикуляр- ный инфильт- рат	П/о абсцесс брюшной по- лости
Дренаж Редона	8	12	7	1	0
«Сигарный» дренаж	10	5	9	1	1
Дренаж Редона + «Сигарный» дренаж	0	3	5	0	1
Итого:	18	20	21	2	2

В таблице 5 представлены сведения по количеству установленных дренажей в брюшную полость во время операций.

Таблица 5

Количество установленных в брюшную полость дренажей

Количество дренажей / Вид дренажа	Один дре- наж	Два дрена- жа	Более двух дрена- жей
Дренаж Редона	13	15	0
«Сигарный» дренаж	18	7	1
Дренаж Редона + «Сигарный» дренаж	0	5	4
Итого:	31	27	5

Наиболее часто приходится устанавливать один или два дренажа в брюшную полость. Два дренажа – в подавляющем большинстве случаев – это трубчатые силиконовые дренажи с аспирацией в «гармошку» - дренажи Редона. Они устанавливаются в полость малого таза и, обычно, в ложе удаленного отростка. Когда сформирован абсцесс, то его полость дренировали «сигарным» дренажом с пассивным оттоком гноя, что представлялось более эффективным.

Таблица 6

Сроки дренирования брюшной полости

Срок удаления дренажа / Вид дренажа	1-2 сутки	3-4 сутки	5-6 суток	7 и более суток
Дренаж Редона	10	15	3	0
«Сигарный» дренаж	1	6	9	10
Дренаж Редона + «Сигарный» дренаж	0	1	5	3
Всего	11	22	17	13

Таблица 7

Причины выполнения конверсии

Причина конверсии	2019	2020	2021	2022	2023
Периаппендикулярный абсцесс	5	1	5	0	0
Аппендикулярный ин- фильтрат	1	0	2	0	0

Перитонит	2	0	0	0	0
Технические трудности при выделении отростка	2	0	3	0	0
Итого:	10	1	10	0	0

Дренирование брюшной полости при перитоните обычно продолжалось 3-4 суток. При абсцессах брюшной полости – около недели. Сроки дренирования представлены в таблице 6. Прекращение выделения экссудата по дренажу служило показанием к его удалению. Далее представлены сведения о конверсиях за последние 5 лет (таблица 7). Причинами конверсий являлись отсутствие возможности адекватной санации очага и риск формирования послеоперационного осложнения.

Заключение. С момента становления детской хирургии в Республике Карелия интраоперационно детские хирурги использовали дренирование брюшной полости при оперативных вмешательствах «открытым» доступом. В основном использовали «сигарные» дренажи. В лапароскопической хирургии мы прошли путь от полного отказа от дренирования брюшной полости до активного их использования в настоящий момент. В «бездренажный период» мы были ограничены в выполнении наиболее сложных вмешательств – при перитонитах 2-3 стадии, сочетании перитонита с периаппендикулярным абсцессом. Тогда из-за риска послеоперационных осложнений часто принималось решение о конверсии на лапаротомию. При этом сталкивались с такими послеоперационными осложнениями, как формирование инфильтрата, абсцесса брюшной полости, кишечной непроходимостью. Внедрение в практику дренирования брюшной полости по завершению лапароскопического вмешательства позволило практически без ограничений выполнять сложные аппендэктомии при всех осложненных формах аппендицита и значительно снизить количество послеоперационных осложнений.

На основании представленных данных, показания к дренированию брюшной полости мы сформулировали следующим образом.

1. Не полностью санированный воспалительный процесс в брюшной полости (инфильтрат, абсцесс, перитонит)
2. Обширная зона диссекции тканей на фоне воспалительного процесса в брюшной полости
3. Риск возникновения кровотечения в послеоперационном периоде

Критериями выбора вида дренажа являются: дренаж Редона: экссудат - серозный или геморрагический, отсутствует значительное количество фибрина, экссудат гнойный в небольшом количестве (прогнозируемое время дренирования до 2-4 суток); «сигарный» дренаж: густой гной, фибрин в брюшной полости, после санации сохраняется налет фибрина в очаге, выраженная инфильтрация тканей (прогнозируемое время дренирования не менее 5-7 суток).

Критериями выбора количества дренажей является распространенность воспалительного процесса в брюшной полости и\или наличие двух и более зон с большим скоплением воспалительного выпота. Критерием для удаления дренажа из брюшной полости является отсутствие или минимальное (менее 10-15 мл/сут) отделяемого по трубчатому дренажу; сформированный канал в мягких тканях в зоне дренирования «сигарным» дренажом.

Литература

1. Земляной В.П., Сигуа Б.В., Филенко Б.П., Глушков Н.И., Курков А.А., Игнатенко В.А. Еще раз к вопросу о дренировании брюшной полости // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2018;177(4):86-88.
2. Карасева О.В., Уткина Ксения Евгеньевна, Горелик А.Л., Тимофеева А.В., Голиков Д.Е., Иванова Т.Ф., Рошаль Л.М. Аппендикулярный перитонит у детей: эффективная хирургическая тактика и интенсивная терапия // Детская хирургия. - 2020. - Т. 24, N. 2. - С. 62-70.
3. Коровин С.А., Дзядчик А.В., Дворовенко Е.В., Соколов Ю.Ю. Лапароскопические вмешательства у детей с осложненным аппендицитом.// Медицинский совет. 2018. №17

4. Румянцева Г.Н., Горшков А.Ю., Марченко А.А., Карташев В.Н., Портенко Ю.Г., Михайлова С.И., Кузнецов В.Н., Петруничев В.В. Дренирование брюшной полости у детей с аппендикулярным перитонитом // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2021. - Т. 11, № 5. - С. 115.
5. Слепцов А.А., Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н., Петухов Э.И., Зуев А.Л., Эрдынеев Т.Э. К лечению аппендикулярного перитонита у детей // Детская хирургия. 2017 21(6): 316-320
6. Сопуев А.А., Калжикеев А.А., Мырзакалыков К.И., Туташев А.С., Кудаяров Э.Э. Современные взгляды на дренирование брюшной полости после аппендэктомии. // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. - 2017. - № 1. - С. 86-88.

СИНДРОМ ДИ ДЖОРДЖИ (клинический случай)

Ундозерова А.С.

Вологодская областная детская больница №2, Череповец, Россия

Пациентка А., 14 лет. Поступила экстренно с жалобами на головную боль, боль в животе, рвоту, выраженную слабость, повышение Т 38.1С, мочу темного цвета.

Анамнез заболевания. В 2.5 года – острая иммунная тромбоцитопения с ответом на терапию ВВИГ. В течение 5 лет наблюдалась у гематолога, ремиссия.

В октябре 2022года отметила резкую слабость, головокружение, потемнение мочи, желтый цвет кожи. Девочка госпитализирована в реанимационное отделение БУЗ ВО «ВОДБ №2».

Анамнез жизни. Ребенок от 2 беременности, протекавшей с токсикозом. Роды 2, срочные, естественные. Вес при рождении 3,950 кг, длина тела 53 см. Диспансерный учет: состоит у гастроэнтеролога (ДЖВП), у невролога (псевдобульбарная дизартрия), у окулиста (астигматизм), ортопед (сколиоз, укорочение левой ноги), у гематолога (иммунная тромбоцитопеническая пурпура в 2 года). Аллергические реакции: не отмечали. Профилактические прививки: по возрасту. Наследственность: неотягощена. Перенесенные заболевания: ОРВИ 4-6 раз в год, ОКИ, ветряная оспа. В год отмечались тики. В 2 года иммунная тромбоцитопеническая пурпура, рецидивирующий herpes simplex, рецидивирующий эписклерит.

Объективно на момент поступления: Вес 51 кг. Рост 154 см. Температура 38.1 *С. ЧД 24 в 1 минуту. ЧСС 120 в 1 минуту. Артериальное давление 90 / 60 мм рт.ст. Состояние тяжёлое. В сознании. На вопросы отвечает адекватно. Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные. Фенотипически: маленькие уши, лицевой череп выступает вперед, нависание мягкого нёба, миндалевидная форма глаз, дугообразные брови, гнусавый оттенок голоса. Телосложение правильное. Костно-суставная система: сколиоз, укорочение правой конечности. Движения в суставах в полном объеме. Тургор тканей достаточный. Кожа иктеричная, чистая. Слизистая полости рта чистая. Язык чистый, влажный. Лимфатические узлы не увеличены. Склеры иктеричные. Носовое дыхание свободное. Одышки нет. Дыхание без участия вспомогательной мускулатуры. Перкуторный звук ясный легочной. Аускультативно дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка +2 см. Стула не было с 06.10. Диурез снижен. Моча темная с 08.10. Мочеиспускание безболезненно.

Дополнительное исследование: ОАК от 9.10.22 – лейкопения 2,63*10⁹, эритроциты 1,62 *10¹², гемоглобин 51 г/л, MCV 92, MCH 31, тромбоцитопения 73*10⁹. В биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия за счет непрямой фракции 88 мкмоль/л (с нарастанием в динамике до 148 мкмоль/л), повышение лактатдегидрогеназы до 705 Ед/л. Проба Кумбса положительная. В динамике в анализе крови ретикулоцитоз до 113 промилле. При УЗИ органов брюшной полости выявлена спленомегалия. Установлен диагноз: аутоиммунная гемоли-

тическая анемия. Проведена заместительная терапия эритроцитарной массой по индивидуальному подбору, начата терапия преднизолоном с постепенным снижением дозы и отменой в январе 2023 года.

Динамика ОАК за период госпитализации:

Дата/ показатель	WBC	RBC	Hgb	Ret	MCV	MCH	MCHC	PLT (по Фо- нио)	Прочее
9.10	2,63	1,62	51	-	92,6	31,5	340	73	СОЭ 25мм/ч
10.10	2,85	2,12	64	20	87,3	30,2	346	77	
11.10	4,96	3,02	89	-	82,1	29,5	359	136	
12.10	5,24	2,48	72	30	84,3	29	344	181	
13.10	4,79	2,59	76	44				207	
14.10	5,21	2,63	77	57				168	
15.10	5,94	2,62	82	17				148	
17.10	6,74	2,84	86	113				227	
18.10	9,24	2,93	89	110				226	
19.10	7,32	2,94	90	112				206	
21.10	7,12	2,93	91	97				208	
24.10	10,22	3,36	106	83				135,3	
26.10	10,65	3,58	114	81				231	
28.10	10,68	3,48	114	77				142	
31.10	10,21	3,61	118	69				165,6	
2.11	8,13	3,75	121	54				136,9	
5.11	7,10	3,74	126	-				134	
7.11	9,29	3,99	130	43				163	
9.11	9,87	4,04	131	41,4				116	
11.11	9,39	4,07	132	39,4				164	
15.11	9,04	3,94	127	36,8				156	
17.11	7,73	3,9	125	33				171,6	
19.11	9,79	4,07	135	19				102	
21.11	11,11	4,36	140	32				193,5	
23.11	10,50	4,35	138	28,1				202,1	
25.11	9,2	4,2	134	25				163,8	
1.12	9,49	4,71	148	24,2				150,4	
5.12	8,15	4,74	151	26				211	
12.12	8,06	4,78	153	25				178,6	
16.12	6,98	4,44	142	27,5				114,4	
19.12	6,42	4,45	140	27				140,8	
23.12	4,37	4,35	138	27				154	
28.12	4,15	4,57	144	23,3				144	

Динамика общих иммуноглобулинов за период госпитализации:

	9.10	10.10	11.10	17.10	24.10	31.10	8.11	11.11	22.11	23.11	7.12	19.12
IgA (0,34- 3,58г/л)			0,6	0,5	0,46		0,33		0,41		0,46	0,23
IgG (5,7-17,1 г/л)			6,2	5,5	6,0		4,9		4,4		4,5	3,4

IgM (0,5-3,0 г/л)			0,412	0,381	0,76		0,470		0,560		0,67	0,39
IgE 0-200 Ед/мл			8,0	13,5							13,2	

Прямая проба Кумбса при контроле в динамике оставалась положительной весь период госпитализации. До начала стероидной терапии : кровь на волчаночный антикоагулянт, антинуклеарные антитела, ANCA-screen, антитела к протеиназе и миелопероксидазе, антитела к двуспиральной ДНК, антитела к кардиолипину, антитела к бета -2-гликопротеину – отрицательно. УЗИ сердца: без патологии. По результатам обследования складывалось впечатление об аутоиммунной гемопатии: гемолитическая анемия, лейкопения, тромбоцитопения, при положительной пробе Кумбса. Учитывая последующее снижение уровня общих иммуноглобулинов, не исключался первичный иммунодефицит.

В дальнейшем, после отмены стероидной терапии сохраняется полный гематологический ответ. Проба Кумбса отрицательная в январе 2023г. Девочка заочно консультирована в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, рекомендовано вынести диагноз: Синдром Фишера – Эванса. 10.10.23г. очно консультирована иммунологом в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева с целью исключения первичного иммунодефицита. При обследовании выявлена делеция 22q11.2, установлен диагноз: первичное иммунодефицитное состояние, синдром Ди Джорджи. Ребенку показана заместительная терапия иммуноглобулином человека по жизненным показаниям, рекомендован препарат «Cutaquig» (незарегистрирован в РФ).

Заключение. В настоящий момент пациентка наблюдается в БУЗ ВО «ВОДБ №2». ОАК от 9.01.24 – лейкоциты 3,54 10⁹/л, эритроциты 4,39 10¹²/л, гемоглобин 128 г/л, тромбоциты 189 10⁹/л. Получает профилактическую антибактериальную терапию таб. Ко-тримоксазол 5мг/кг/сутки по триметоприму через день, заместительную терапию препаратом иммуноглобулина «Панзига» в дозе 0,5 г/кг * 1 раз в 4 недели под контролем предтрансфузионного уровня IgG. В динамике на фоне лечения (с января 2024г.) без эпизодов ОРВИ, после введения иммуноглобулина отмечает улучшение самочувствия, считает себя более активной.

Данный клинический случай описан для информирования педиатров, гематологов, иммунологов о возможных особенностях клинического течения Синдрома Ди Джорджи.

КАТАМНЕЗ ПО ФИЗИЧЕСКОМУ РАЗВИТИЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ОТ МАТЕРЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

**Филипчук А.В., Джумагазиев А.А., Отто Н.Ю., Безрукова Д.А., Сосиновская Е.В.
Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Россия**

Актуальность. В докладе ВОЗ отмечается, что в Европейском регионе 59% взрослого населения и практически каждый третий ребенок (29% мальчиков и 27% девочек) живут с избыточной массой тела или ожирением [1]. Особую роль играет детское ожирение, которое является продолжением ожирения взрослых, характеризующееся более тяжелым течением, наличием коморбидных состояний и худшим прогнозом [2]. Ожирение носит долгосрочный характер, имея негативные последствия и ухудшающие качество жизни ребенка [3].

Цель исследования: установить влияние ожирения у матерей на антропометрические показатели (рост, массу тела, индекс массы тела) детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. В проспективном исследовании наблюдалось 2 группы детей: основная (49 детей от матерей с ожирением (медиана индекса массы тела (ИМТ) - 32,75 кг/м²) и контрольная (36 детей, от матерей с нормальной массой тела (медиана ИМТ - 21,1 кг/м²). Достоверность устанавливали с помощью критериев χ^2 , Стьюдента, Манна-Уитни). Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Показатели длины тела новорожденных, в 1, 3 месяца от матерей основной и контрольной групп достоверно не отличаются ($p > 0,05$). В 6, 9 месяцев и 1 год жизни ($p = 0,0456$) количество детей в основной группе с высоким ростом достоверно выше, чем в группе контроля. При наблюдении детей в 2 года различия по росту в основной и контрольных группах статистически незначимы ($p = 0,187$). При исследовании детей в 3 года жизни различия по росту в группах статистически незначительны ($p = 0,192$)

При изучении массы тела (МТ), ИМТ новорожденных, в 1 и 3 месяца жизни различий в обследуемых группах не выявлено. Статистические различия проявляются в 6 месяцев, когда в основной группе избыточная МТ встречается в 39,6% случаев против группы контроля – 8,8% ($p = 0,040$), и в 9 месяцев ($p = 0,017$). В 1 год жизни эти различия в группах по МТ статистически незначимы. В 2 года жизни частота детей с нормальной МТ в контрольной группе ($p = 0,001$), превалирует над частотой детей с нормальной МТ в основной группе. При вычислении ИМТ обнаружено, что количество детей с избыточной массой тела в основной группе составляет 58,3 %, а в контрольной – 26,5 %. В 3 года жизни частота детей с нормальной МТ в контрольной группе ($p = 0,001$), доминирует над частотой детей с нормальной МТ в основной группе. При вычислении ИМТ обнаружено, что количество детей с избыточной массой тела в основной группе составляет 68 %, а в контрольной – 24 % ($p = 0,021$)

Заключение. Влияние ожирения у матери в период беременности на физическое развитие ребенка проявляется с 6 месяцев жизни повышенным ростом, а также избыточной МТ. В 9 месяцев жизни выявлено, что в основной группе количество детей с высоким ростом, повышенной и избыточной массой тела достоверно выше, чем в группе контроля. При анализе показателей ИМТ выявлено, что статистически значимых различий в группах детей не обнаружено. К 1 году жизни в основной группе преобладают дети с высоким и повышенным ростом, при этом частота детей с повышенным и высоким ИМТ выше в группе контроля. Различий по массе тела в первый год жизни не установлено. В 2 года жизни выявлено, что повышенная масса тела встречается чаще в основной группе, чем в контрольной группе. Частота с высоким показателем ИМТ больше в основной группе. В 3 года жизни выявлено, что повышенная масса тела доминирует в основной группе. Частота с высоким показателем ИМТ больше в основной группе.

Таким образом, влияние избыточной массы тела и ожирения матери во время беременности на физическое развитие ребенка начинает проявляться после рождения, начиная с шести месяцев жизни, прежде всего повышенным и высоким ростом, а к 3 годам – избыточной массой тела.

Литература:

1. Доклад о проблеме ожирения в Европейском регионе ВОЗ, 2022 г. [Электронный ресурс] – Всемирная организация здравоохранения. – Дания. – 2022. Режим доступа: <https://www.who.int/europe/ru/news/item/03-05-2022-new-who-report--europe-can-reverse-its-obesity--epidemic>
2. Петеркова В.А., Васюкова О.В. К вопросу о новой классификации ожирения у детей и подростков // Проблемы эндокринологии. 2015. №2. С. 39-44.

3. Ward Z.J., Long M.W., Resch S.C., Giles C.M., Cradock A.L., Gortmaker S.L. Simulation of growth trajectories of childhood obesity into adulthood// The New England Journal of Medicine. 2017. Vol. 377, no. 22. P. 2145–2153.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Шниткова Е.В

Ивановский государственный медицинский университет, Иваново, Россия

Актуальность проблемы. Недоношенные дети представляют собой одну из важнейших проблем здравоохранения во всем мире рождение ребенка недоношенным сопровождается существенным увеличением неонатальной заболеваемости и смертности. При этом выживаемость, заболеваемость, дальнейший рост и развитие недоношенного ребенка зависят не только от срока преждевременных родов, но и от эффективности медицинской помощи на всех этапах выхаживания недоношенных детей [Баранов А.А., 2012].

Цель исследования: выявить особенности антенатального анамнеза, состояния здоровья недоношенных детей.

Материалы и методы. Проведено обследование 90 недоношенных детей. Из них 56 (62,22%) девочек и 34 (37,78%) мальчика. Все обследуемые были направлены из родильных домов (родильный дом №1, родильный дом №4, ФГБОУ Ивановский НИИ МиД им. В.Н. Городкова) в ОБУЗ ДГКБ №5. Проведено изучение историй болезни новорожденных, данных дополнительных методов исследования.

Результаты и обсуждение. У 34 (37,78%) новорожденных, диагностировали недоношенность 1 степени, из них преобладали девочки (14 - 15,56%, 20 - 22,22%). Недоношенность 2 степени - у 48 (53,34%) детей, также преобладали девочки (15 – 16,67%; 33 – 36,67%). Недоношенность 3 степени отмечена у 7 (7,78%) и один ребенок появился с 4-ю степенью недоношенности.

От первой беременности родились 33 ребенка (36,67%), от второй – 31 (34,44%) и третьей беременности 26 новорожденных (28,87%). Первая степень недоношенности (13 – 39,39%) встречалась в 1,3 раза выше у новорожденных, рожденных от первой беременности и в 1,5 раза чаще у детей, рожденных от третьей беременности (12 – 46,15%), чем рожденных при второй беременности (9 - 29,03%). Вторая степень недоношенности у новорожденных примерно одинаково встречалась при 1-ой (18 – 54,54%), 2-ой (16 – 51,61%) и 3-ей и более беременностей (14 – 53,85%). 3-я степень недоношенности отмечена в 2,67 раз чаще у новорожденных, родившихся от 2-ой (2 – 6,06%; 5 – 16,13%).

Возрастную группу «до 18 лет» составило 8 женщин (8,89%), такой же результат имела группа «36 и старше лет». Самой многочисленной оказалась группа «26-30 лет», где состояло 35,55% всей выборки (32 женщины), а вот в группе «19-25 лет» оказалось 25 женщин (27,78%). И группу «31-35 лет» составило 17 женщин, что является 18,89% от всей выборки. Средний возраст матерей, родивших недоношенных детей составил 29,1±0,9 лет.

Анализ показал, что отягощенный акушерско-гинекологический анамнез выявлен у 68 (75,56%) матерей. Аборты перенесли 46 (51,11%) женщин, бесплодие отмечено у 18 (20,0%), перинатальные потери (13 – 14,44%), погибшая беременность у 3 (33,3%) матерей. Патологическое течение беременности (нефропатия, гестоз) диагностировано у 47 (52,22%) матерей из всей выборки, патология плаценты - у 15 (16,67%) (фетоплацентарная недостаточность (10-11,11%), отслойка плаценты (5 – 5,56%).

Гестозы наблюдались у 41 (45,56%) женщины, из которых 23 – ранние гестозы, возникающие в первом триместре беременности, а у 18-ти – в конце беременности. Клиническими проявлениями были: отеки, протеинурия, которые составили 6,67%; гестационная артериальная гипертензия - 5,56% случаев. Грозным осложнением беременности является эклампсия, которая регистрировалась в 7,78% случаев.

Более чем у половины беременных женщин диагностировали анемию (47 – 52,22%), в том числе, возникшую во время беременности (39-43,33%). Острые респираторные заболевания отмечены у 32 (35,55%) женщин, в том числе острые респираторно-вирусные заболевания (27 - 30,0%). Гипертоническая болезнь отмечена у 4 (4,44%), нейроциркуляторная дистония по гипертоническому и гипотоническому типу (4 – 4,44%), гестационная артериальная гипертензия (5 - 5,56%). Также выявляли: сахарный диабет (2 -2,22%) и гестационный сахарный диабет (2 – 2,22%), ожирение (4 – 4,44%), варикозная болезнь (2 – 2,22%), гестационный пиелонефрит (1 – 1,11%). Миома матки, эрозия шейки матки выявлена у 20 (22,22%) матерей. Инфекционно – воспалительные заболевания диагностировали у 6 матерей (6,67%), из которых у 4-х выявили хламидиоз (4,44%) и кольпит (2 - 2,22%). Самой частой патологией (26 – 28,89%) у матерей были заболевания пищеварительной системы (гастродуодениты, хронические гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки). У 2,22% матерей беременность протекала на фоне ВИЧ-инфекции, одна, из которых, на протяжении всей беременности принимала антиретровирусную терапию

Новорожденные родились в браке (37 – 41,1%), в 1,3 раза реже в гражданском браке (28 – 31,1%) и в 1,5 раза реже вне брака (25 – 27,8%). Высшее образование имеют половина матерей (46 – 51,1%). Учащиеся составили около четверти матерей (20 – 22,22%), 8 (8,89%) матерей имели статус «безработные».

У 10 матерей отмечали неудовлетворительные бытовые условия (11,11%). Вредные привычки выявлены у 33 (36,67%) женщин: в 2-х случаях в анамнезе была наркомания (2,22%), 28 (31,1%) женщин являются активными курильщицами, трое (3,33%) имеют хронический алкоголизм.

Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС зарегистрировано у 82 новорожденных (91,1%). Синдром угнетения отмечен у 41 новорожденного (45,66%), гипервозбудимость выявлена у 8 детей (8,89%), 1 степень ишемии отмечалась у 15 новорожденных (18,75%); 2 степень была у 62 (77,5%) детей; 3 степень диагностирована только у трех детей (3,75%). Внутрижелудочковые и перивентрикулярные кровоизлияния выявлены у 27 детей (30,0%). Внутриутробные инфекции (цитомегаловирусная инфекция (5-5,55%), герпетическая инфекция (4 – 4,44%), хламидиоз (4 – 4,44%) диагностированы у 13 (14,44%). Врожденная пневмония выявлена у 18 детей (20,0%). Анемия отмечена у 6 (6,7%) новорожденных. Задержка внутриутробного развития диагностирована у 21 (23,3%) новорожденных, из которых 57,14% имели гипотрофический вариант, 43,04% - гипопластический; конъюгационная желтуха у 39 (43,3%) детей, кандидоз кожи и слизистых у 14 (15,56%), функционирующие фетальные коммуникации (открытое овальное окно) имели 78 детей (86,7%).

Пупочная грыжа встретилась у 3-х (3,33%), гипоплазия тимуса у 2-х (2,22%), конъюнктивиты у 2-х (2,22%), пороки развития у одного (1,1%), поражения почек выявлены у 2-х (2,22%) новорожденных. С ВИЧ-инфекцией родился 1 ребенок, который имел 4-ю степень недоношенности (родился на 20-й неделе, с экстремально низкой массой тела). Также, данный ребенок имел врожденный порок развития из-за нарушения эмбриогенеза вследствие сопутствующего заболевания у матери (ВИЧ-инфекция) и отсутствия лечения (женщина не

принимала антиретровирусную терапию на протяжении беременности) - расщепление позвоночника (spina bifida) – дефект закрытия позвоночного столба.

Заключение. Таким образом, неблагоприятными факторами, способствующими прерыванию беременности, является отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (68 - 75,56%), матерей, перенесенные женщинами аборт перенесли (46 - 51,11%); вредные привычки (33 - 36,67%) у женщин, преимущественно курение (31,1%). Самые частые заболевания, встречающиеся у матерей: анемия (47 – 52,22%), острые респираторные заболевания (32 - 35,55%), заболевания пищеварительной системы (гастродуодениты, хронические гастриты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки) (26 – 28,89%).

Ведущей патологией у недоношенных детей является гипоксически-ишемическое поражение ЦНС (91,1%), синдром угнетения (45,66%), врожденная пневмония (20,0%), синдром задержки внутриутробного развития (23,3%)

Чтобы снизить риск рождения недоношенных детей, необходимо тщательно подходить к вопросам планирования беременности, контролировать состояние здоровья у обоих родителей. При выявлении факторов риска из любой группы необходимо своевременное оказание помощи для их устранения.

Научное издание

X Апрельские чтения
Материалы конференции

Издано в авторской редакции

Электронное издание
