

гопатологии. Сравнительный анализ между видом вскармливания детей на 1-м году жизни и развитием у них соматической патологии в возрасте 7 лет не выявил значимой корреляции.

Выводы. Проспективный анализ показателей состояния здоровья детей в зависимости от вида вскармливания на 1-м году жизни выявил преимущественное возникновение острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей, функциональных, а также органических заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, болезней системы крови, аллергопатологии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ

Ширококупец С.В., Тимонин А.В., Строзенко Л.А.

Алтайский государственный медицинский университет
Минздрава России, Барнаул

Актуальность. Сибирский федеральный округ (СФО) вносит основной вклад в формирование заболеваемости детского населения России клещевым энцефалитом (КЭ). В период с 2000 по 2020 г. доля детей до 14 лет в структуре заболеваемости КЭ в СФО составляла в среднем 14,5%, или 225 случаев ежегодно. Несмотря на доступность вакцинации и серопротекции КЭ, наличие случаев болезни среди детей определяет необходимость совершенствования системы превентивных мероприятий.

Цель: определение эффективности специфической профилактики КЭ детей различных регионов СФО.

Материалы и методы. Для анализа использованы данные служб здравоохранения и Роспотребнадзора в регионах СФО, форм статистического учёта № 5 «Сведения о профилактических прививках». Обработка данных проводилась в программе «Statistica 13.3», включая расчёт интенсивных показателей, ошибок репрезентативности, корреляций.

Результаты. В течение периода с 2000 по 2020 г. средний многолетний показатель заболеваемости КЭ среди детского населения СФО составил $6,1 \pm 1,1\text{‰}$ ($p < 0,001$). Включение в региональные календари прививок по эпидемиологическим показаниям вакцинации против КЭ позволило в 2000–2020 гг. обеспечить охват в объёме 72–95% подлежащего вакцинации детского населения СФО. Объём серопротекции среди детей в возрасте до 14 лет в данный период возрос с $408,1 \pm 1,22$ до $518,4 \pm 1,41\text{‰}$ ($p < 0,001$). Проведённый факторный анализ выявил наличие обратной корреляции средней силы между показателями иммунной прослойки среди детского населения и заболеваемостью КЭ ($r = -0,48$; $p < 0,001$).

Выводы. С учётом регистрации в СФО случаев КЭ среди не охваченных вакцинацией и серопротекцией детей, пострадавших от укусов клещей, для повышения эффективности специфической профилактики КЭ необходима своевременная корректировка численного состава подлежащих вакцинации групп.

СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА КЛИППЕЛЯ–ФЕЙЛЯ С БОЛЕЗНЬЮ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕВОЧКИ

Экажева Ш.М., Гуменюк О.И., Черненко Ю.В.

Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов

Актуальность. Синдром Клиппеля–Фейля (синоним: синдром короткой шеи) — редкий, генетически детерминированный порок развития шейных и верхнегрудных позвонков, характеризующийся наличием короткой и малоподвижной шеи. Синдром

короткой шеи — наследственная патология с аутосомно-доминантным типом наследования, причиной которой является нарушение развития и сегментации позвоночника с формированием синостозов грудных и шейных позвонков, уменьшением их числа, несращением тел и дуг, определяющими клиническую картину заболевания. Болезнь Шпренгеля — редкое врождённое заболевание, характеризующееся высоким стоянием лопатки. Частота составляет 0,2–1,0% среди всех пациентов с врождённой патологией опорно-двигательной системы. Болезнь Шпренгеля часто сочетается с другими аномалиями опорно-двигательного аппарата и другими системами. При данных заболеваниях применяется хирургический метод лечения, причём успешность его напрямую зависит от ранней диагностики. Редкость данной патологии является причиной поздней диагностики и обуславливает актуальность проблемы.

Описание клинического случая. Девочка, 2 года, отмечаются короткая шея, ограничение движений в шейном отделе позвоночника, наклон головы влево. Указанные изменения фиксируются с рождения. Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 6-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза, 3-х родов, родилась в срок путём кесарева сечения. У старшего брата — расстройство аутистического спектра. При объективном осмотре обращали на себя внимание следующие симптомы: наклон головы влево и поворот головы шеи, укорочение шеи, симметричное ограничение до 35–40° амплитуды поворотов головы в стороны, асимметричный уровень надплечий и ключиц, высокое стояние лопаток, отклонение оси позвоночника влево в грудном отделе, пальпация омовертебральных костей с 2 сторон, ограничение объёма движений в плечевых суставах до 90/20° (сгибание/разгибание). Нервно-психическое и физическое развитие соответствует возрасту. В возрасте 1,5 мес обследована в Областной клинической больнице, позже консультирована в НИИ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера, где подтверждён диагноз: Синдром Клиппеля–Фейля. Болезнь Шпренгеля, тяжёлая двусторонняя форма. Пациентка имеет статус инвалида и в настоящее время готовится к хирургическому лечению. Описанный случай характеризуется классической симптоматикой поражения опорно-двигательного аппарата, наблюдаемой при болезни Шпренгеля и синдроме Клиппеля–Фейля. Сочетание двух заболеваний, одно из которых представлено в двусторонней форме, обуславливает тяжесть ортопедической патологии у девочки.

Выводы. Данный случай демонстрирует наличие у одного ребёнка сочетанной генетически детерминированной патологии опорно-двигательного аппарата, своевременность диагностики которой влияет на исход хирургической коррекции.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Юрова И.Ю., Леднева В.С.

Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) — распространённое хроническое заболевание дыхательной системы у детей. Отмечено, что в приступном периоде у детей повышается уровень тревожности, а в периоде ремиссии выражена астенизация. Для контролируемости БА необходима оценка психологических особенностей больных.

Цель: определить эмоциональные особенности детей, страдающих БА, в зависимости от тяжести течения заболевания.

Материалы и методы. Проводимое исследование включало 68 детей (41 мальчик и 27 девочек), страдающих БА, в возрасте от 8 до 16 лет. По тяжести течения больные были распределены на