

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

Широкоступ 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 эпидемическим 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

две группы: 1-ю составили 29 детей с персистирующей БА средней и тяжелой степени: 18 (62,1%) мальчиков и 11 (37,9%) девочек. Вторая группа состояла из 39 детей с легкой БА: 23 (58,9%) мальчика и 16 (41%) девочек. Все полученные данные обработаны статистически.

Результаты. Установлено, что по данным исследования исходного вегетативного статуса ваготонический тип у детей 1-й группы был у 18 (62,1%) детей, симпатикотонический — у 7 (24,1%), эйтонический — у 2 (6,9%), смешанный — у 2 (6,9%), тогда как во 2-й группе — у 10 (25,6%), 7 (17,9%), 19 (48,7%) и 3 (7,7%) соответственно ($p = 0,0346$). Эти закономерности, вероятно, связаны с гипоксией коры головного мозга в приступном периоде. Немаловажную роль на тяжесть течения БА играет уровень тревожности больных. У детей 1-й группы значительно чаще ($p = 0,0062$) регистрировался высокий уровень тревожности — у 13 (44,8%) детей, по сравнению с больными 2-й группы — 7 (17,9%).

Выводы. У детей, страдающих персистирующей атопической БА средней и тяжелой степени, отмечается значимое повышение уровня тревожности по сравнению с детьми с легким течением заболевания, что следует обязательно учитывать при назначении ступенчатой терапии.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЛИЗОСОМНЫХ БОЛЕЗНЕЙ НАКОПЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Яковлева Л.В., Раянова Р.Р., Мулюкова А.И.

Башкирский государственный медицинский университет
Минздрава России, Уфа
Республиканский кардиологический центр, Уфа

Актуальность. В структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей редкие формы патологии занимают особое положение ввиду низкой частоты встречаемости и сложности диагностики на клиническом уровне. С целью улучшения раннего выявления лизосомных болезней накопления (ЛБН) у пациентов детского кардиологического отделения Республиканского кардиологического центра был внедрён селективный скрининг.

Цель: определить критерии для раннего выявления ЛБН у детей с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы. Для диагностики ЛБН у детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы применялся селективный скрининг как метод выявления наследственных болезней обмена, основанных на обследовании группы пациентов, отобранных на основании клинических критериев. Для проведения скрининга на ЛБН с сердечно-сосудистыми проявлениями направлялись дети от рождения до 18 лет, получавшие лечение в детском кардиологическом отделении, при обнаружении у них одного из основных либо двух и более дополнительных критериев по отдельному заболеванию. Основными критериями для диагностики мукополисахаридоза (МПС) являлись поражение клапанов сердца, гипертрофическая кардиомиопатия; дополнительными — контрактуры суставов, дизостозы, кифоз/сколиоз, грыжи, гепатомегалия, грубые черты лица, рецидивирующие поражения ЛОР-органов, когнитивные нарушения. Основными критериями для диагностики болезни Фабри являлись нарушения ритма сердца, гипертрофия миокарда левого желудочка, рестриктивная кардиомиопатия; дополнительными — акропарестезии, ангиокератомы, микроальбуминурия, гипогидроз кожи. Основным критерием для диагностики болезни Помпе являлась гипертрофическая кардиомиопатия, дополнительными — мышечная гипотония, макроглоссия, значительное повышение активности ЛДГ и КФК. Обязательным условием проведения исследования было информированное добровольное согласие родителя пациента на медицинское вмешательство. Диагностика проводи-

лась путём определения активности соответствующего фермента в сухих пятнах крови в лаборатории наследственных болезней обмена веществ Медико-генетического научного центра биохимическими и молекулярно-генетическими методами.

Результаты. Проведён селективный скрининг МПС I типа, болезни Фабри, болезни Помпе среди 30 пациентов детского кардиологического отделения. Среди образцов крови активность исследуемых ферментов находилась в пределах референсных значений, что трактовалось как отсутствие соответствующей ЛБН у ребёнка.

Выводы. Раннее выявление ЛБН среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями возможно путём проведения селективного скрининга. Анализ 30 пациентов, включённых в программу скрининга на основании клинических критериев, не выявил ни одного случая заболевания. Данный метод требует дальнейшего изучения и практического применения, т.к. возможности биохимической и молекулярно-генетической диагностики способствуют раннему выявлению пациентов с редкими заболеваниями среди детей с сердечно-сосудистой патологией.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Ячейкина Н.А.

Смоленская областная детская клиническая больница,
Смоленск

Актуальность. Факторы риска ожирения у детей — несбалансированное питание и гиподинамия. Ожирение ведёт к увеличению риска развития бронхиальной астмы (БА), а при наличии БА усиливает тяжесть течения и ухудшает контроль заболевания.

Цель: определить характер фактического питания у детей с БА и ожирением.

Материалы и методы. Обследовано 44 ребёнка в возрасте 9–14 лет с БА и ожирением. Проводилась оценка характера питания с помощью программы «Оценка питания, редакция 2.0 (2.0.3.8) 2009–2010, выполненной на платформе «1С: Предприятие 8». Проводились опрос пациента, регистрация антропометрических данных, количества и частоты потребления продуктов питания с оценкой потребности в энергии, среднего потребления, частоты потребления по группам продуктов.

Результаты. У больных БА и ожирением выявлен дисбаланс между поступлением энергии и её расходом. Так, у 33 (75%) пациентов энергетическая ценность питания превышала индивидуальную потребность в энергии, у 40 (90,9%) выявлено количественное превышение в питании жиров, у 34 (77,2%) — белка и у 28 (63,6%) — углеводов. У более чем половины детей (54,5%) питание было гиперкалорийным за счёт избытка жиров и легкоусвояемых углеводов. Преобладание жирового компонента связано с употреблением колбасы, сосисок, сарделек, молочных продуктов. Избыток углеводов — за счёт преобладания рафинированных продуктов (белый хлеб, печенье, булочки, сахар). При этом овощи (15,9%) и фрукты (34,1%) редко включаются в рацион питания больных. При оценке характера питания у детей с БА и ожирением в зависимости как от пола, так и от возраста значимых различий не получено, однако в зависимости от степени ожирения у детей с 3 и 4 степенью ожирения в 100% случаев выявлен избыток калорийности и всех компонентов питания.

Выводы. Питание детей с БА и ожирением является нерациональным и несбалансированным. Основой профилактики и лечения БА и ожирения является обучение пациентов принципам рационального лечения, питания и адекватной физической нагрузки.
