

**Цель:** определить изменения содержания интерлейкина-2 (ИЛ-2) и интерферона-α (ИФН-α) в крови при ЭБВИ у новорождённых.

**Материалы и методы.** Обследовано 26 новорождённых с ЭБВИ. Контрольную группу составили 15 новорождённых без герпесвирусной инфекции. Определение уровня ИЛ-2 и ИФН-α в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реагентов для твердофазного иммуноферментного анализа ProCon IF2 plus, ProCon IL-2 (Россия). Все полученные данные обработаны статистически.

**Результаты.** Анализ клинических данных у новорождённых с ЭБВИ выявил такие признаки, как лихорадка (23% случаев), конъюнкционная желтуха (43%), гипербилирубинемия (41%), гепатит (13%), лимфаденит (7,7%), ринофарингит (41%). У новорождённых с ЭБВИ отмечалось значимое по сравнению с контрольной группой повышение в сыворотке крови уровней ИЛ-2 [124,4 (54,5–415,1) и 89,2 (57,5–107,6) пг/мл соответственно;  $p < 0,05$ ] и ИФН-α [15,4 (4,0–28,2) и 9,6 (6,3–15,4) пг/мл соответственно;  $p < 0,04$ ]. У новорождённых в ответ на инфицирование герпесвирусами, в том числе ЭБВИ, развивается индуцибельный ответ, проявлением которого является также повышение уровней ИФН-α. В связи с этим увеличение концентраций ИФН-α в сыворотке крови можно рассматривать как пусковой механизм для продукции каскада цитокиновых реакций в ответ на внедрение вируса.

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о срыве адаптационно-компенсаторных механизмов на фоне усиленной антигенной нагрузки у новорождённых с ЭБВИ. Существенное увеличение концентраций ИЛ-2 и ИФН-α в крови можно использовать как скрининговый маркер нарушений иммунного статуса новорождённых с ЭБВИ.

\* \* \*

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Крючкова Т.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород

**Актуальность.** За последнее десятилетие у детей увеличилась частота задержки речевого развития (ЗРР) детей. Под этим термином понимают более позднее в сравнении с возрастной нормой овладение устной речью детьми младше 3 лет. Перинатальная патология ЦНС играет значительную роль в формировании речевых нарушений у детей.

**Цель:** определить факторы риска и причины развития ЗРР у детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** Проведён анализ 165 историй болезней детей (форма № 003/у), находившихся на обследовании и лечении в психоневрологическом отделении для детей раннего возраста в 2019–2021 гг.

**Результаты.** Установлено, что число детей с ЗРР составило 19,3% от общего количества пациентов за исследуемый период. ЗРР у мальчиков выявлялась значительно чаще, чем у девочек ( $p < 0,001$ ). При этом установлена связь частоты встречаемости ЗРР у детей и возраста их матерей: у 35% детей с ЗРР матери имели возраст старше 30 лет. И только у 12% детей с ЗРР матери были в возрасте 20–25 лет. У всех обследованных пациентов в анамнезе определялась патология во время беременности и родов у их матерей. У 52,7% матерей обследованных детей были преждевременные роды на сроке гестации до 37 нед. Во время беременности у матерей больных детей (в 80,6% случаев) выявлялась хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН). У 40,5% обследованных детей в анамнезе отмечалась хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП). В 19,4% случаях у ма-

терей во время беременности были отмечены такие осложнения, как угроза прерывания беременности, гестозы и пр. У 60% детей с ЗРР были выявлены резидуальные поражения ЦНС, а у 38% детей — перинатальные поражения ЦНС; 5,5% детей с ЗРР страдали эпилепсией; 62% детей имели патологические отклонения со стороны органов зрения, в основном в виде ангиопатии сетчатки.

**Выводы.** ЗРР более чем в 2 раза чаще встречается у мальчиков (69,7%), чем у девочек (30,9%). Возраст матерей обследованных детей с ЗРР в среднем составлял от 30 до 35 лет. Из всех обследованных детей с ЗРР более 50% — это недоношенные дети. Часто встречающимися формами патологии во время беременности у матерей больных детей являются ХФПН и ХВГП, которые способствовали формированию речевых нарушений у детей после их рождения. Поражения органов зрения, резидуальные и перинатальные поражения ЦНС являются самыми частыми формами патологии у детей с ЗРР.

Для осуществления ранней диагностики и коррекции ЗРР необходимо проводить профилактику и своевременное эффективное лечение осложнений беременности, диспансерное наблюдение невролога и педиатра за детьми с подозрением на ЗРР и их оздоровление.

\* \* \*

## ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Крючкова Т.А., Дюмин И.И.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород

**Актуальность.** В условиях неблагоприятной демографической ситуации и значительного ухудшения состояния здоровья женщин фертильного возраста особую актуальность приобретает сохранение жизни и здоровья каждого родившегося ребёнка. Пристального внимания требует выхаживание детей, родившихся недоношенными, с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), поскольку эти дети составляют группу высокого риска по смертности, заболеваемости и формированию инвалидности.

**Цель:** провести анализ причин и факторов риска рождения младенцев с ЭНМТ.

**Материалы и методы.** Проведён анализ историй болезней 118 новорождённых с ЭНМТ, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых (ОРИТН) с 2019 по 2021 гг.

**Результаты.** Установлено, что 118 детей с ЭНМТ при рождении составили 10% от всех поступивших в ОРИТН детей, родившихся на сроках 21–30 нед беременности. Масса их тела составила 490–999 г. Частота рождаемости детей с ЭНМТ за указанный период существенно уменьшилась — с 10,6% в 2019 г. до 7,2% в 2021 г. ( $p < 0,05$ ). Смертность недоношенных с ЭНМТ при рождении также значительно снизилась — с 45% до 24% ( $p < 0,001$ ) в результате лечения и выхаживания за исследуемый период. Основные причины экстремально раннего завершения беременности — неблагоприятное её течение и различная патология плода: хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) (64,5%), урогенитальные инфекции (57%), экстрагенитальная патология (49,5%). Во время беременности у матерей чаще всего выявлялись ХФПН (64,5%) и нефропатии беременных (15%). При этом была выявлена связь частоты рождения детей с ЭНМТ и возраста рожениц. У женщин в возрасте старше 30 лет риск рождения ребёнка с ЭНМТ почти на 60% больше.

В структуре заболеваемости детей с ЭНМТ ведущее место занимали генерализованные внутриутробные инфекции и бак-

териальный сепсис. Респираторный дистресс-синдром остаётся также одной из ведущих причин заболеваемости детей с ЭНМТ и был выявлен у 60 (50,8%) детей с ЭНМТ. У 80% обследованных недоношенных были выявлены перинатальные поражения ЦНС. У 41 (34,7%) ребёнка были диагностированы внутрижелудочковые кровоизлияния, а ДВС-синдром определялся у 34 (28,8%) детей.

**Выводы.** Совершенствование выхаживания недоношенных с ЭНМТ при рождении определяет положительную динамику их выживаемости. У женщин в возрасте старше 30 лет значительно увеличивался риск рождения ребёнка с ЭНМТ. Ведущими причинами экстремально раннего завершения беременности являлись неблагоприятное её течение и различные формы патологии плода. В структуре заболеваний, выявляемых у детей с ЭНМТ при рождении, чаще всего отмечались генерализованные внутриутробные инфекции и сепсис, респираторный дистресс-синдром и перинатальные поражения ЦНС. Рост числа недоношенных с ЭНМТ при рождении определяет необходимость широкого использования новых технологий их своевременного выхаживания и лечения для уменьшения частоты неврологических нарушений и инвалидизации таких детей в будущем.

\*\*\*

## ТЕЧЕНИЕ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Куница Ю.Н.

Гродненский государственный медицинский университет,  
Гродно, Беларусь

**Актуальность.** Нефротический синдром (НС) — состояние, характеризующееся генерализованными отёками, массивной протеинурией (выше 50 мг/кг/сут или выше 40 мг/м<sup>2</sup>/ч), гипопротеинемией и гипоальбуминемией (менее 20 г/л), гиперлипидемией, рецидивирующим течением в 70–80% случаев, благоприятным прогнозом.

**Цель:** проанализировать течение НС у детей.

**Материалы и методы.** Проведён анализ 34 истории болезни детей с диагнозом НС (код по МКБ-10 — N04), которые находились на обследовании и лечении в 5-м соматическом отделении Детской городской больницы в 2015–2016 гг.

**Результаты.** Возраст пациентов на момент поступления составлял 1,5–15,5 года (средний возраст 6,64 (3,6–10,0) года). Впервые диагноз был установлен у 7 детей (возраст пациентов на момент манифестации заболевания — 1,8–8,0 лет), 18 — поступили в стационар повторно с рецидивом НС, в плановом порядке — 9 человек. Мальчиков было 22, девочек — 12. Этиологическими факторами манифестации и обострения заболевания в 61,8% случаев являлась пищевая аллергия, в 23,5% — ОРИ. Среди сопутствующих заболеваний диагностированы хронический тонзиллит (29,4%), анемия лёгкой и средней степени (5,8%), острый гастрит (2,9%), бронхиальная астма (2,9%), гипоплазия щитовидной железы (5,8%), малые аномалии сердца (35,3%). У 1 пациента НС развился на фоне ДЦП. Частота отёчного синдрома была следующей: пастозность наблюдалась у 20,6% детей, полостные отёки — у 38,2%, без отёков поступили 41,2% детей. Госпитализация в стационар осуществлялась от 1 до 9 дней от начала появления отёчного синдрома. У всех больных с острым течением заболевания отмечалась гипопротеинемия [44 (41–52) г/л], гипоальбуминемия [22,2 (18,1–33,3) г/л], гиперхолестеринемия [8,7 (7,3–11,1) ммоль/л]. У пациентов, поступающих в плановом порядке, аналогичные данные не выходили за пределы референтных значений. Уровни протеинурии в период обострения составили 52,1 (179–368) мг/кг/сут, в период ремиссии — 1,3 (0–2,8) мг/кг/сут. Нормализация уровня белка в ОАМ на фоне проводимой терапии в среднем составила 9 дней.

**Выводы.** Манифестация НС у детей отмечается в возрасте от 1,5 до 8 лет, в 2 раза чаще у мальчиков. Основным провоцирующим фактором развития заболевания является пищевая сенсибилизация. В ряде случаев отмечается поздняя обращаемость за медицинской помощью — более недели от момента появления отёчного синдрома.

\*\*\*

## ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ С КОРРИГИРОВАННЫМИ ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Курдуп М.К., Галицкая М.Г., Макарова С.Г.,  
Давыдова И.В.

Национальный медицинский исследовательский центр  
здоровья детей Минздрава России, Москва

**Актуальность.** Летальные исходы у детей от тяжёлых форм респираторных (в частности, пневмококковых) инфекций зачастую связаны с имеющимися у них сопутствующими заболеваниями, среди которых преобладают врождённые пороки сердца (ВПС). При этом данная категория пациентов имеет неоправданно длительный медицинский отвод от пневмококковой вакцинации, которая входит в Национальный календарь прививок России с 2014 г., но её безопасность и эффективность у данной категории лиц до конца не изучена.

**Цель:** определить прививочный статус детей с ВПС, переносимость пневмококковой вакцинации и её эффективность.

**Материалы и методы.** На базе отделений кардиологии и кардиохирургии проведено анкетирование 50 родителей детей с корригированными ВПС. Анкета содержала вопросы о вакцинации против пневмококковой инфекции. Далее 30 непривитых или привитых не полностью детей вакцинировались пневмококковой конъюгированной 13-валентной вакциной, отслеживался поствакцинальный период. В анамнезе через год оценивалась заболеваемость у этих детей респираторными инфекциями.

**Результаты.** По итогам анкетирования выявлено, что вакцинированы от пневмококка 11 детей с ВПС. Остальные дети (39) не получили вакцинацию по следующим причинам: отсутствие информации — 44,5%, медицинский отвод от прививки, данный лечащим врачом, — 42,8%, отказ родителей — 12,7%. В отделении вакцинопрофилактики 30 детей получили одну или две дозы пневмококковой конъюгированной вакцины. Все пациенты были вакцинированы в отдалённые сроки после проведённого оперативного вмешательства. Только 2 пациента получили первую дозу вакцины в возрасте до 1 года. Большая часть пациентов — 17 детей была вакцинирована на 2-м году жизни, 11 детей были привиты в возрасте старше 2 лет. Не зафиксировано ни одного осложнения в поствакцинальный период. У 12 детей отмечался подъём температуры тела до субфебрильных цифр длительностью до 2 суток, у 18 детей — небольшая гиперемия и уплотнение в месте инъекции. До проведения вакцинации все дети относились к группе часто болеющих детей, острую пневмонию перенесли 14 детей, 2 ребёнка — острый средний отит, 1 ребёнок — менингит. В течение 1-го года после вакцинации заболеваемость ОРВИ снизилась более чем в 2 раза, острую пневмонию перенесли 2 ребёнка с лёгочной гипертензией. Ни у одного ребёнка не диагностированы острый средний отит, менингит, не было выявлено обострения или утяжеления течения основного заболевания.

**Выводы.** Вакцинация против пневмококковой инфекции безопасна и эффективна у детей с врождёнными пороками сердца. Остаётся актуальным рассмотрение рекомендаций по вакцинации данной категории пациентов в более ранние сроки, в том числе до оперативного лечения.