

МАТЕРИАЛЫ

научно-практической конференции
с международным участием
«Современные вопросы педиатрии и детской хирургии:
опыт, инновации и достижения»

Школы молодых ученых
«Молодой исследователь: вызовы
и перспективы развития современной педиатрии и детской
хирургии»

23–24 октября 2025 года

Алматы

ОРГАНИЗАТОРЫ:

Министерство Здравоохранения РК
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии» МЗ РК
ОО «Союз педиатров» Казахстана

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

1. Научные и практические аспекты развития педиатрии, внедрение инновационных технологий в службе охраны здоровья детей.
2. Современные вопросы диагностики и лечения детской хирургии, внедрение инновационных технологий в различных направлениях детской хирургии.
3. Редкие болезни. Проблемы ранней диагностики, лечения, реабилитации, профилактики осложнений и регистрации.
4. Развитие и внедрение новых эффективных технологий по профилактике, диагностике и лечению перинатальных патологий.
5. Современные технологии диагностики и лечения онкологических и гематологических заболеваний у детей.
6. Высокотехнологичная медицинская помощь детям.
7. Вакцинопрофилактика в педиатрии, семейная вакцинопрофилактика.
8. Социально значимые болезни в практике педиатра. Персонализированная помощь детям с хроническими и другими заболеваниями. Реабилитационная и паллиативная помощь детям с социально значимыми болезнями. Проблемы детской инвалидности;
9. Реабилитация в педиатрии.
10. Роль медицинских сестер в организации медицинской помощи детям.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Абекенов Б.Д., к.м.н.
Абдилова Г.К., к.м.н.
Алтынбаева Г.Б., PhD
Базарбаева А.А., к.м.н.
Бердиярова Г.С., к.м.н.
Жумадуллаев Б.М., к.м.н.
Ишуова П.К., д.м.н.
Ким Н.Г., к.м.н.
Курманбекова С.К., к.м.н.
Қалабаева М.М.
Майтбасова Р.С., д.м.н.
Манжуова Л.Н., к.м.н.

Маршалкина Т.В., к.м.н.
Османова М.Т.
Оспанова Ж.О., д.м.н.
Сагымбаева А.А., PhD
Садуова А.Г., к.м.н.
Салиева С.С., PhD
Саргелов С.Ш., к.м.н.
Ташенова Г.Т., д.м.н.
Тулбаева А., к.м.н.
Тургинбаева А.Т.
Хаиров К.Э., к.м.н.
Шарипова М.Н., д.м.н.

С момента обнаружения МА, ребёнок получал антиаритмические препараты (сантодарон) и с целью эффективности назначенного лечения неоднократно проводилось ЭКГ покоя и СМЭКГ. При выписке: основной ритм синусовый, среднесуточная ЧСС составила 148 уд/мин., что соответствует возрастной норме. Регистрируются суправентрикулярные экстрасистолы, в том числе с абберацией проведения на желудочки, составляют 12% записи (одиночные, куплеты, триплеты). Состояние при выписке удовлетворительное. Ребёнок выписан под наблюдение кардиолога по месту жительства.

Выводы:

1. Настоящее наблюдение показывает, что наиболее эффективным методом диагностики и оценки эффективности лечения детей с нарушениями ритма является суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру и должен применяться по показаниям не только у взрослых пациентов, но и у детей, даже в период новорожденности при подозрении на патологию сердечно-сосудистой системы.

2. Большинство научных исследований и публикаций, а также алгоритмы лечения разработаны и совершенствуются в настоящее время в основном для взрослых пациентов. Это диктует необходимость разработки эффективных методов лечения и для детского возраста, в том числе при бессимптомных формах мерцательной аритмии.

Список литературы:

1. Прахов А.В., Иванов Д.О. Клинические рекомендации по ведению новорожденных с аритмиями. Н. Новгород: Издательство НГМА, 2016: 8-20.
2. Школьников М.А., Дикевич Е.П., Ерастова Е.К. Механизмы развития и поддержания трепетания и фибрилляции предсердий в детском возрасте. Лечащий врач. 2011; 7: 50-56.
3. Weber R., Stambach D., Jaggy E. Diagnosis and management of common fetal arrhythmias. J. Saudi Heart Association. 2011; 23: 61-66.
4. Wren C. Cardiac arrhythmias in the fetus and newborn. Semin. Fetal Neonatal Med. 2006; 11: 182-190.
5. Клименко Т.М., Карапетян О.Ю., Закревский А.Н., Сердцева Е.А., Каратай О.С., Солошенко И.В., Мельничук О.П. Нарушение ритма сердца: трепетание предсердий у новорожденного. Случай из практики. Здоровье ребенка. 2014; 6(57): 103-105.
6. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Холтеровское и бифункциональное мониторирование ЭКГ и артериального давления. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2016: 73.
7. Доцицин В.Л. Руководство по практической электрокардиографии. М.: МЕДпресс-информ, 2019: 122-128.

МАКСУДОВА Л.И., ЗАКИРОВА У.И., ТАШПУЛАТОВА М. Х.

СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ И ПУТИ ЕЁ РЕШЕНИЯ

Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент,
Республика Узбекистан

Актуальность. Наиболее актуальным и важным до настоящего времени остаётся проблема развития синдрома раздражённого кишечника (СРК) у детей, о чем свидетельствует неуклонный рост и распространенность этого заболевания, и относительно низкий эффект медикаментозного лечения [5, 9]. В силу анатомо-физиологических особенностей детского организма, несвоевременное обращение к врачам СРК у детей приобретает хроническое, рецидивирующее течение. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) формируют стойкий дисбиоз кишечника (ДК) [1, 7, 10]. Своевременное выявление причин и условий возникновения, ранняя диагностика и правильное проведение лечение СРК в пер-

вичном звене здравоохранение остаётся объектом постоянного внимания педиатров, гастроэнтерологов, инфекционистов. Несмотря на некоторый объём информации о факторах риска, патогенеза, клиники, диагностики и лечение проблема СРК у детей остаётся слабоизученной.

Цель исследования: изучить факторы риска развития, особенности основных клинических проявлений синдрома раздражённого кишечника у детей и обосновать целесообразность применения поливалентного гастрофага и пробиотика лакто G.

Объект и методы исследования. Под наблюдением находилось 92 больных детей в возрасте от 3 до 14 лет. Из них от 3 до 7 лет 38 (41 %), от 7 до 14 лет-54 (59%). Длительность функциональных нарушений составило 6 недель и продолжалось до 6 и более месяцев. Больные были сопоставимы по возрасту, степени тяжести. Во всех случаях заболевание протекало с диарейным синдромом.

Диагноз СРК ставилась на основании жалоб, детального сбора анамнеза больного и выявления клинических симптомов (метода анкетирования). В первую очередь нами было определено необходимость исключения острых кишечных инфекций, наследственных болезней (муковисцидоз, целиакия). В связи с тем, что в ряде случаев при кишечных инфекциях общее состояние ребенка может не страдать, врачи ошибочно ставили диагноз ДК, диспепсия или СРК [4, 8]. В связи с этим всем больным проводили бактериологическое исследование кала на кишечную группу. Патогенная флора у обследованных не была обнаружена. ДК диагностирован методом Р.В. Эпштейна-Литвака и Ф.Л. Вильшанской. Изучали также общий анализ крови, мочи, копрограмму.

Лечение больных детей с СРК проводилось амбулаторно. В зависимости от метода лечения дети были распределены на следующие группы: 1 группа получали гастрофаг (41 больных), 2 группа- гастрофаг и лакто G (51 больных). Гастрофаг использовался внутрь 3 раза в день за 0,5-1 час до приёма пищи в течение 7-10 дней. До 6 мес.- 5 мл, 6-12 мес.-10-15 мл. от 1 года до 3 лет - 15-20 мл, от 3 до 8 лет-20-30 мл, от 8 лет 30-40 мл на один приём 2-3 раза в день. Лакто G назначали по 1 капсуле 2 раза в сутки до еды. Базисная терапия включала диету (стол №4, дробный приём легкоусвояемой пищи 5-6 раз в день, увеличение содержания продуктов, богатых живыми бактериальными культурами (кефиры и натуральные йогурты), оральную регидратацию (регидрон био, оралит, гастролит).

Статистическую обработку проводили методом вариационной статистики по Стьюденту на персональном компьютере IBM PC/AT с использованием пакета прикладных программ статистики.

Результаты исследования. Проведенный сбор анамнеза жизни и заболевания непременно обращало внимание на провоцирующие факторы. Частыми причинами возникновения СРК у детей являлись:

- перенесённая кишечная инфекция (сальмонеллёз, дизентерия, эшерихиоз, заболевания, вызванные условно-патогенными микробами (УПМ)) была у 31% детей. Сохранение неустойчивого стула после перенесённой кишечной инфекции, свидетельствовала о развившемся СРК;

- дети, страдающие желудочно-кишечной патологией (гастродуодениты, энтериты, колиты). У данных больных наблюдались длительно текущие дисфункции кишечника неустановленной этиологии у 55 (60%) детей. Лактазная недостаточность отмечалась в 31% случаях, пищевая аллергия в виде повышенной чувствительности к белку коровьего молока, глютену определялась у 23% детей. Также частые простудные заболеваниями у 38 (41%) детей (как минимум 3 и более раз в год) приводили к СРК;

- анализ позволяет судить о роли алиментарного фактора в развитие СРК у 67 (73%) детей. Больные употребляли жирную пищу, много сладостей, газообразующие напитки и др.;

- часто нежелательные явления отмечались у детей при приёме антибиотиков, которые нередко назначались в отсутствии показаний. Бесконтрольное применение антибиотиков у 28 (30%) детей привело к синдрому диареи. При этом нарушается состав МК, происходит манифестация избыточного бактериального роста УПМ [2, 3];

- нарушение пищеварения было связано с лямблиозом у 17 (18%), глистными инвазиями у 29 (30%) детей. СРК у данных детей характеризовался упорным течением и резистентностью к проводимой терапии;

- наблюдения свидетельствуют о роли наследственного фактора. У детей в 50% случаях родственники страдали желудочно-кишечными заболеваниями;

- частые дисфункции ЖКТ появлялись при сильном психоэмоциональном напряжении у 27 (29%) детей. Ряд авторов подтверждают роль стрессов у детей в школе, семье. Это состояние усугубляет нарушение МК [6, 10].

Принципиально важным является в каждом конкретном случае выявлять ведущий этиологический фактор, что имеет значение при обосновании лечения и профилактике рецидивов.

В работе основное внимание было уделено изучению течения различных клинических форм СРК. Дети отмечали рецидивирующие боли в животе ноющего характера 68 (74%). Боли появлялись сразу после еды, стихали после дефекации и отхождения газов. Снижение аппетита отмечалась у 39 (42%), тошнота у 33 (36%), рвота у 19 (21%) больных. Вздутие живота определялась у 75 (81%) больных. Императивные позывы у 32 (35%) больных сопровождалось усиленным натуживанием при дефекации. Язык обложен, суховат у 84 (91%). Стул был кашицеобразным у 66 (72%), жидким у 26 (28%), примесь слизи в кале выявлено у 34 (37%) больных. Частота стула более 3 раза наблюдалась у 73 (79%) больных (табл.1). У детей заболевание нередко протекало с эксикозом I – II степени, что приводило к расстройству водно-электролитного обмена. Больные также жаловались на головные боли 26 (28%), длительное утомление 71 (77%), слабость 78 (85%), раздражительность 63 (68%), беспричинная плаксивость 37 (40%) (табл.1). Общий анализ крови позволил выявить железодефицитную анемию у 26 (28%) больных.

К числу важных факторов, определяющих течение СРК относится изменение МК. У наблюдаемых больных преобладало снижение бифидо- и лактобактерий, присутствие лактозонегативных энтеробактерий у 23 (25%) и кишечной палочки со слабовыраженными ферментативными свойствами у 32 (35%). У 19 (21%) выявлен избыточный рост УПМ и грибов рода кандиды у 37 (40%) (табл.2). Также определялось избыточное количества жира (стеатерия), крахмальных зёрен (амилорея) и непереваренных мышечных и соединительнотканых волокон (креаторея) (табл.1).

Таблица 1. Динамика основных клинических симптомов у больных в зависимости от метода лечения (Абс /%)

Клинические симптомы	До лечения (n=92)	После лечение	
		1 группа (n=41)	2 группа (n=51)
Боли в животе	68 (74%).	7 (17%)*	-*
Метеоризм	75 (81%)	10 (24%)*	2 (4%)*
Диарея			
Частота стула:			
-2-3 раза	24 (26%)	8 (19%)*	3 (6%)*
-более 3 раз в сутки	68 (78%)	7 (17%)	-*
Императивные позывы с усиленным натуживанием при дефекаций	32 (35%)	3 (7%)*	-*
Изменение в копрограмме:			
-слизь	34 (37%)	6 (15%)*	-*
-стеатерия	25 (27%)	9 (22%)*	2 (4%)*
-амилорея	28 (30 %)	12 (29%)*	2 (4%)*
-креаторея	32 (35%)	15 (36%)*	3 (6%)*

Примечание: *P<0,05 достоверность различий показателей по сравнению с данными при поступлений и между сравниваемыми группами.

Наблюдения детей после лечения показала эффективность метода комплексной терапии с включением рационального питания, гастрофага и лакто G. Цель данного лечения заключалась в обеспечение элиминаций УПМ, восстановление нормальной микрофлоры. Во 2 группе значительно раньше отмечалась улучшение общего состояния, исчезли боли в животе, метеоризм купировался в течение 3-4 суток, тогда как в 1 группе через 6-7 дней от начала применения препаратов ($p < 0,05$). Нормализовался стул к концу первой недели у 44 (86%), тогда как в 1 группе у 21 (51%) больных ($p < 0,05$) (табл.2). Сроки полного излечения от диареи составили во 2 группе $2,9 \pm 1,2$ суток против $5,8 \pm 1,4$ в 1 группе ($p < 0,05$).

При микробиологическом обследовании фекалий больных детей с СРК после лечения показало, что во 2 группе раньше у 48 (94 %), чем в 1 группе у 21 (51%) ($p < 0,05$) удалось достигнуть нормального количества состава бифидо- и лактобактерий, отсутствие УПМ на 7-10 день болезни (таблица 2). Во 2 группе в единичных случаях определялись непереваренные мышечные волокна, нейтральный жир, крахмальные зёрна.

Таблица 2. Характер дисбиоза кишечника у обследованных до и после лечения (Абс /%)

Изменение микрофлоры (КОЕ/г)	До лечения (n=92)	После лечение	
		1 группа (n=41)	2 группа (n=51)
Снижение бифидобактерий менее 10^9	58 (63%)	18 (44%)*	2 (4%)*
Снижение лактобактерии менее 10^7	77 (84 %)	9 (45%)*	4 (8%)*
Кишечная палочка со сниженной ферментативной активностью более 10^7	32 (35%)	6 (30%)*	1 (2%)*
Лактозонегативная кишечная палочка более 10^4	23 (25%)	3(15%)*	-*
Гемолизирующая кишечная палочка более 10^4	9 (16%)	2 (10%)*	-*
Избыточный рост УПМ:			
Золотистый стафилококк	6 (28%)	2 (5%)*	-*
Клебсиелла	8 (38%)	2 (5%)*	-*
Протей	5 (24%)	1 (2%)*	-*
Грибы рода кандиды	37 (40%)	9 (22%)*	

Примечание: * $P < 0,05$ достоверность различий показателей по сравнению с данными при поступлении и между сравниваемыми группами.

Таким образом, как следует из представленных результатов включение в комплексное лечение СРК гастрофага и лакто G можно считать оправданным и необходимым в силу их высокой эффективности.

Выводы:

1. Рост кишечных и паразитарных заболеваний у детей, ферментативная недостаточность, бесконтрольное применение антибиотиков, алиментарные и психологические нарушения являются провоцирующими факторами развития синдрома раздраженного кишечника.

2. Синдром раздражённого кишечника у детей характеризовался не только длительным диарейным синдромом, избыточным газообразованием, но и астено-невротическими расстройствами.

3. Дисбиоз кишечника является одним из основных патогенетических звеньев синдрома раздражённого кишечника. Она связана с явлениями избыточного роста условно-патогенных микробов у 19 (21%) и грибов рода кандиды у 37 (40%) детей.

4. Длительное, волнообразное течение синдрома раздражённого кишечника требует своевременного выявления и устранения первопричины, проведение комплексного лечения с применением поливалентного гастрофага и лакто G.

Список литературы:

1. Бельмер С.В., Гурова М.М., Звягин А.А. Корниенко Е.А. и др. Синдром раздражённого кишечника у детей: эволюция клинических рекомендаций. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023; 209 (1): 98-107.
2. Горелов А.В. Актуальные вопросы клинической фармакологии антибактериальных препаратов. Монография. Москва: издательство Сеченовского университета, 2020, С. 108.
3. Иванько О.Г. Клинические аспекты антибиотик-ассоциированной диареи у детей. Современная педиатрия. – 2014. С.52-54.
4. Максудова Л.И. Острые кишечные инфекции у детей. Учебное пособие. Ташкент. 2023. С.156.
5. Малаева Н.П., Кацова Г.Б. Актуальные вопросы этиологии и клиники синдрома раздражённого кишечника у детей. Сибирский журнал науки о жизни и сельском хозяйстве. 2020. Том 12, №5. С.16-20.
6. Немцов Л.М. Синдром избыточного бактериального роста: актуальные вопросы диагностики и менеджмента. Вестник ВГМУ. 2015. Том 14 №2.
7. Нижевич А. А., Гимазетдинова Р. Ш., Якупова Г. М., Туйгунов М. М., Валиулина А. Я. Синдром раздражённого кишечника у детей и подростков: клиническая картина и семейные факторы риска. 2018. № 2. С.57-61.
8. Смирнова Г. И., Корсунский А. А., Ляликова В. Б. Синдром раздражённого кишечника у детей: новое в диагностике и лечении. Российский педиатрический журнал. 2016. № 5. С.16-20
9. Ярошевская Т.В., Ильиченко С.И., Сапа Н.Б., Крамаренко Л.Н. Коррекция нарушений кишечного микробиоценоза у детей с СРК. г. Днепр, Украина. Клиническая гастроэнтерология. 2016. №5. С.69-72.
10. Sandhy B.K., Paul S.P. Irritable bowel syndrome in children Pathogenesis, diagnosis and evidence-based treatment. Gastroenterol. 2014. Vol.

МАРШАЛКИНА Т.В., ЖАНУЗАКОВА Н.Т., ЗАЙТОВА А.Г.

РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МУТАЦИЙ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В КАЗАХСТАНЕ

АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Муковисцидоз (МВ) самое распространенное моногенно наследуемое заболевание.

На сегодняшний день выявлено свыше 2000 мутаций гена, ответственных за развитие симптомов МВ, из которых большинство является редкими или даже уникальными. Клинически значимыми являются чуть более 400 мутаций. Отмечено, что спектр и относительные частоты МВ мутаций могут существенно различаться в разных этнических группах. Изменение нуклеотидной последовательности в гене CFTR способствует изменению структуры и/или снижению функции хлорного канала. В одних случаях белок не формируется, что приводит к полному исчезновению функции хлорного канала, в других случаях количество синтезируемого белка является незначительным или формирующийся хлорный канал не функционирует в должном объеме, что значительно снижает трансмембранный поток ионов. Генетический дефект приводит к увеличению вязкости секретов с формированием в последующем хронического, прогрессирующего поражения дыхательного тракта, экзокринной, позднее – эндокринной недостаточности поджелудочной