

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В этом номере журнала «Российский вестник перинатологии и педиатрии» представляем Вашему вниманию Материалы XXII Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» с международным участием

Конгресс состоится
20-22 сентября 2023 года
Гостиничный комплекс «КОСМОС»,
г. Москва, проспект Мира, д. 150

ОРГКОМИТЕТ КОНГРЕССА:

125412, г. Москва, ул. Талдомская, д. 2
Научно-исследовательский клинический институт педиатрии
и детской хирургии им. академика Ю.Е. Вельтищева РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Российская ассоциация педиатрических центров
Конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской
хирургии»

Контактные телефоны:

Калашникова Татьяна Викторовна

Моб.: +7 (926) 525-16-82

E-mail: congress@pedklin.ru

Сайт: www.congress-pedklin.ru

ГЛАВНЫЕ ПАРТНЁРЫ



ПАРТНЁРЫ



ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЁРЫ



ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА



БРОНИРОВАНИЕ НОМЕРОВ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н. И. ПИРОГОВА
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ
И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ им. академика Ю.Е. ВЕЛЬТИЩЕВА
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. И.М. СЕЧЕНОВА (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)
РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. А.И. ЕВДОКИМОВА
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПИТАНИЯ,
БИОТЕХНОЛОГИИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПИЩИ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ
АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ КАРДИОЛОГОВ РОССИИ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ
РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР МОСКВЫ
НАЦИОНАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ
ТВОРЧЕСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ДЕТСКИХ НЕФРОЛОГОВ
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ДИЕТОЛОГОВ И НУТРИЦИОЛОГОВ
ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЛОР-ПЕДИАТРОВ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ОНКОЛОГОВ И ГЕМАТОЛОГОВ
ФЕДЕРАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ

ТЕЗИСЫ XXII РОССИЙСКОГО
КОНГРЕССА
«ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ
ХИРУРГИИ»
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

DOI: 10.21508/1027—4065-congress-2023

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1	
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ	123
Раздел 2	
ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК И ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	136
Раздел 3	
АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ.....	170
Раздел 4	
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ	182
Раздел 5	
ИНФЕКЦИИ И ВАКЦИНО-ПРОФИЛАКТИКА	192
Раздел 6	
КАРДИОЛОГИЯ	203
Раздел 7	
НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ	219
Раздел 8	
НЕВРОЛОГИЯ	236
Раздел 9	
НЕФРОЛОГИЯ И УРОЛОГИЯ.....	253
Раздел 10	
ПУЛЬМОНОЛОГИЯ	285
Раздел 11	
РАЗНОЕ	306
Раздел 12	
ЭНДОКРИНОЛОГИЯ	343
Раздел 13	
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ	364
Раздел 14	
КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ	382
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ.....	434

иммунологической диагностики является определение аутоантител и генов иммунной системы (HLA). Среди аутоантител наиболее часто определяют ревматоидный фактор (РФ), антинуклеарный фактор (АНФ), антитела к цитруллинированным белкам: антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) и антитела к модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ). Из генов иммунной системы чаще всего определяют HLAB27.

Целью исследования было определить частоту встречаемости этих показателей у детей с ЮА.

Материалы и методы. Были изучены данные 390 детей и подростков со всеми формами ЮА, находящихся на учете в детском ревматологическом отделении поликлиники и стационаре БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР».

Результаты. У детей и подростков с ЮА положительный РФ оказался у 5,4% обследованных. Ген гистосовместимости HLAB 27 выявлен у 35% пациентов с ЮА. АНФ обнаружен у 46% больных и чаще встречался при олигоартикулярном поражении суставов, протекающем с увеитом. Частота выявления АЦЦП у детей составила 19% и в 18,2% наблюдалась при полиартритической форме. Нами была обнаружена некоторая закономерность между высоким показателем АЦЦП и клинико-лабораторными параметрами воспалительной активности, что может быть использовано для мониторинга активности воспаления и эффективности лечения.

Заключение. Отсутствие аутоантител, определяемое у детей при ЮА, не может служить отрицанием диагноза, а их наличие подтверждает аутоиммунную природу патологии. Высокие показатели уровня аутоантител могут свидетельствовать о высокой активности процесса.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ

Файзиева У.Р., Нормаматов Д.Х.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии, Термез, Узбекистан

Актуальность проблемы. Бронхообструктивный синдром в раннем возрасте регистрируется у 10–30% детей, т.е. хотя бы один раз в жизни он возникает у каждого 4-го ребенка до 3-х лет. Предупреждение трансформации рецидивирующего обструктивного бронхита (РОБ) в бронхиальную астму является непростой задачей для каждого врача общей практики.

Цель работы: изучить особенности течения РОБ у детей;

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в отделении пульмонологии г.Термеза, в областном детском многопрофильном меди-

цинском центре. Всего обследовано 50 детей с РОБ, из них дети от 1 года до 2-х лет — 14, от 2-х до 3-х лет — 21, от 3-х до 7 лет — 15. Статистическая обработка проводилась с использованием программ математико-статистического анализа Microsoft Excel Version 7.0. по критерию Стьюдента (t).

Результаты и их обсуждение. Диагноз рецидивирующий обструктивный бронхит устанавливался на основании клинико-рентгенологических признаков заболевания и спирографических исследований, а также результатами пикфлоуметрии. У обследованных детей отмечался продуктивный кашель 27(54%) с трудноотделяемой мокротой, сухой кашель 23(46%), субфебрильная гипертермия 26(52%), фебрильная гипертермия 17(34%), периодическая гипертермия 7(14%), экспираторная одышка 50(100%), а также свистящее дыхание, затрудненный выдох. При перкуссии над легкими определяли коробочный звук, аускультативно выслушивалось жесткое дыхание и свистящие хрипы и оральная крепитация.

Заключение и выводы. У детей дошкольного возраста РОБ протекает тяжело, требуют соответствующей диагностической и медикаментозной коррекции с учетом региональной особенности. Частота заболеваемости РОБ у детей от 1 года до 3-х лет составила 70%, это составляет больше ½ часть. По результатам наших исследований РОБ в 80% случаев развивался на фоне осложненного течения острой респираторной инфекции и атопической патологии: после перенесенного аллергического ринита, аллергического диатеза.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Файзуллина Р.А., Сергеева Д.Р.

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань

Актуальность. У детей с атопическим дерматитом (АтД) отличается качество жизни от сверстников, проявляясь различными ограничениями в активности, в питании, необходимости в фармакотерапии, что сказывается и на остальных членах их семьи.

Цель исследования. Оценить качество жизни семей с детьми с АтД.

Пациенты, методы исследования. В опросе 41 участник, в семье которого есть ребенок с диагнозом АтД в возрасте от 7 месяцев до 6 лет. Использован стандартизированный опросник для родителей «Семейный дерматологический индекс качества жизни».

Результаты исследования. На вопрос «Как много эмоциональных переживаний испытывали Вы на протяжении последнего месяца в связи с кожной болезнью Вашего ребенка?» ответили «много» — 36,5% родителей, «очень много» — 19,5%, «немного» — 39% родителей и не испытывают пере-

живания 5% семей. АтД ребенка влиял на общее самочувствие очень сильно у 17%, «сильно» и «не сильно» (по 34,1%) и «не влиял вовсе» у 14,8%. При этом «очень сильно» и «сильно» отметили большинство родителей детей с тяжелым АтД. При этом АтД не влияет на личные взаимоотношения с ребенком и с другими людьми у 56% респондентов. Такие реакции со стороны других людей как страх, испуг, пристальный взгляд и необходимость давать пояснения по поводу заболевания ребенка «очень часто» присутствуют у 9,7% родителей, «часто» (17%) и «не часто» и «реакций не было» у 73,3%. АтД совсем не влияет на общественную активность у 58% родителей. АтД подразумевает диетотерапию и наружную терапию, причем «очень много» времени затрачивают 17% родителей, «много» 58%, «не много» 25%. На уборку, мытье полов, стирку «очень много» дополнительной домашней работы приходилось выполнять 7,3% опрошенным, причем все эти дети были с тяжелой степенью АтД. Еще 34,1% ответили «много», остальные опрошенные не заметили изменений в домашней работе. Болезнь ребенка сказывалась на работе родителей или учебе у 87%. Таким образом, по результатам опросника было выявлено, что у 60,5% семей было выявлено сильное влияние на качество жизни, у 23,7% умеренное, у 13,2% незначительное и у 2,6% семей отсутствует влияние.

Заключение. При АтД изменяются в худшую сторону качество жизни не только ребенка, но и всей семьи в целом. Независимо от степени тяжести АтД и периода заболевания (обострение или ремиссия), члены семьи всегда испытывают разностороннее нарушение качества жизни.

АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ БАЗИСНУЮ ТЕРАПИЮ

Федоров И.А., Рыбакова О.Г., Чупрынина А.И., Банина Е.А., Саблина В.А.

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск

ГАУЗ ОТКЗ «Городская клиническая больница №1», Челябинск

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) — это мультифакторное заболевание, манифестирующее в детском возрасте, имеющее свои особенности клинических проявлений и воспалительного фенотипа у детей. Хотя это заболевание изучено хорошо, актуальность продолжающихся исследований достаточно высока, так как добиться контроля над бронхиальной астмой получается не всегда.

Цель исследования: провести анализ лабораторных показателей у детей с бронхиальной астмой, получающих базисную терапию.

Материалы и методы. В исследование, организованное по типу поперечного среза, включались дети с БА в возрасте 7–17 лет ($n=152$, 52 девочки, 100 мальчиков), госпитализированные в аллергологическое отделение. Все дети регулярно получали препараты базисной терапии в соответствии со степенью тяжести заболевания.

Результаты и их обсуждение. Распределение по группам в зависимости от степени тяжести БА: 1 группа — легкая БА ($n=60$), 2 группа — среднетяжелая БА ($n=60$), 3 группа — тяжелая БА ($n=32$). Всем детям проводилось определение уровня эозинофилов ОАК, назального секрета, мокроты (кроме пациентов с тяжелой БА), уровня общего IgE сыворотки крови. Средний уровень эозинофилов ОАК 1 гр. — $5,6 \pm 1,2\%$, 45,0 % пациентов имели уровень эозинофилов ОАК $>5\%$; 2 гр. — $6,8 \pm 2,4\%$, 55,0% пациентов имели уровень эозинофилов ОАК $>5\%$; 3 гр. — $5,6 \pm 1,8\%$, 34,4% пациентов имели уровень эозинофилов ОАК $>5\%$ ($p>0,05$). Сопутствующий аллергический ринит диагностирован у 93,3% детей 1 гр., 88,3% — 2 гр., 93,8% — 3 гр. ($p>0,05$). Средний уровень эозинофилов назального секрета (НС) составил: 1 гр. — $14,4 \pm 5,6\%$, 60,0 % пациентов имели уровень эозинофилов НС $>5\%$, 2 гр. — $22,6 \pm 3,82\%$, 55,0 % пациентов имели уровень эозинофилов НС $>5\%$, 3 гр. — $15,8 \pm 4,2\%$, 34,4 % пациентов имели уровень эозинофилов НС $>5\%$ ($p>0,05$). Средний уровень эозинофилов мокроты 1 гр. — $12,06 \pm 3,6\%$, 2 гр. — $16,5 \pm 4,63\%$. Средний уровень общего IgE составил в 1 гр. — 334,3 (80–728) МЕ/мл, во 2 гр. — 627,8 (130–1600) МЕ/мл, в 3 гр. — 403 (136–1075) МЕ/мл.

Заключение. Средние значения уровня эозинофилов ОАК, НС, мокроты и IgE в группах детей с БА вне зависимости от степени тяжести превышали референсные значения несмотря на проводимую базисную терапию, однако в группе детей с тяжелой БА средние значения уровня эозинофилов ОАК, НС и IgE были ниже и количество пациентов с повышенным уровнем эозинофилов было меньше, чем в группе со среднетяжелой БА, что можно объяснить использованием у детей 3 гр. препарата Омализумаб в качестве базисной терапии.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ СЫВОРОТОЧНОГО ПЕРИОСТИНА В КАЧЕСТВЕ БИОМАРКЕРА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Шахова Н.В.¹, Камалтынова Е.М.²

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет», Барнаул

ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет», Томск

Введение: Диагностика бронхиальной астмы (БА) у детей в возрасте до 6 лет сложна в связи с ограни-