



Министрство
Здравоохранения
Республики Казахстан



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ БІЛІМ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ МИНИСТРЛІГІ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

ҚЕАҚ С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»
NPJSC «ASFENDIYAROV KAZAKH NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»

МЕББМ «ҚАЗАҚСТАН-РЕСЕЙ МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ»
НУО «КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
NEI «KAZAKHSTAN-RUSSIAN MEDICAL UNIVERSITY»



**«ПЕДИАТРИЯЛЫҚ КӨМЕК ПЕН БІЛІМ БЕРУ
ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫНЫҢ
ИНТЕГРАЦИЯСЫ: АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТЕН
МАМАНДАНДЫРЫЛҒАН ТӘЖІРИБЕГЕ ДЕЙІН»**
ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ТӘЖІРИБЕЛІК КОНФЕРЕНЦИЯ

29-30 АЛМАТЫ
СӘУІР 2026



**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ БІЛІМ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ МИНИСТРЛІГІ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
MINISTRY OF EDUCATION AND SCIENCE OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

**КЕАҚ С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҒҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им.
С.Д.АСФЕНДИЯРОВА»
NPJSC «ASFENDIYAROV KAZAKH NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»**

**МЕББМ «ҚАЗАҚСТАН-РЕСЕЙ МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ»
НУО «КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
NEI «KAZAKHSTAN-RUSSIAN MEDICAL UNIVERSITY»**

**«ПЕДИАТРИЯЛЫҚ КӨМЕК ПЕН БІЛІМ БЕРУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫНЫҢ
ИНТЕГРАЦИЯСЫ: АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТЕН
МАМАНДАНДЫРЫЛҒАН ТӘЖІРИБЕГЕ ДЕЙІН» ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-
ТӘЖІРИБЕЛІК КОНФЕРЕНЦИЯ МАТЕРИАЛДАРЫ**

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ИНТЕГРАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ: ОТ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА К СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ПРАКТИКЕ»**

**PROCEEDINGS OF THE INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL
CONFERENCE "INTEGRATION OF PEDIATRIC CARE AND EDUCATIONAL
TECHNOLOGIES: FROM PRIMARY CARE TO SPECIALIZED PRACTICE"**

Алматы
Казахстан
29-30 апреля 2026

УДК 616-053.2

ББК 27.3

М33

Организаторы конференции:

Кафедра амбулаторно-поликлинической педиатрии Школы Педиатрии КазНМУ им. С.Д.
Асфендиярова

Кафедра неонатологии Казахстанско-русского медицинского университета
ОО «Медицинское общество неонатологов и специалистов детской медицины»

Педиатрия мектебінің амбулаторлы-емаханалық педиатрия кафедрасы, С.Д. Асфендияров атындағы
Қазақ җылтық медицина университеті
Қазақстан-Ресей медицина университетінің неонатология кафедрасы
ҚБ «Неонатологтар мен балалар медицинасы мамандарының медициналық қоғамы»

Department of Outpatient Pediatrics, School of Pediatrics, S.D. Asfendiayarov Kazakh National Medical
University
Department of Neonatology, Kazakh-Russian Medical University
NGO "Medical Society of Neonatologists and Pediatric Medicine Specialists"

Редакционная коллегия: Нургалиева Ж.Ж., Сейсебаева Р.Ж., Жубанышева К.Б., Шим В.Р.

Нургалиева Ж.Ж., Сейсебаева Р.Ж., Жубанышева К.Б., Шим В.Р.

Сборник материалов международной научно-практической конференции «Интеграция педиатрической помощи и образовательных технологий: от первичного звена к специализированной практике»»: Сборник - Алматы: НАО «КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова», 2026. – 113 с.- каз, англ., рус. ISBN 978-601-246-884-7

Сборник материалов международной научно-практической конференции посвящен повышению качества и непрерывности медицинской помощи детям через ориентированный на здоровье ребёнка подход, внедрение педиатрического образования и развитие междисциплинарного партнёрства.

Материалы сборника освещают основные научно-практические направления организации первичной медицинской помощи детскому населению, неонатологические аспекты ведения доношенных и недоношенных новорожденных в амбулаторно-поликлинической практике, роли медицинской сестры в работе педиатрической службы на уровне ПМСП, вопросы вакцинопрофилактики и реабилитации в педиатрии, роль универсальной прогрессивной модели патронажа в работе врача педиатра, ВОП, междисциплинарный взгляд на вопросы диагностики и лечения заболеваний в педиатрической практике.

Материалы конференции рассчитаны на медицинский персонал практического здравоохранения, преподавателей высших медицинских учебных заведений и научно-исследовательских организаций РК, врачей педиатров, ВОП, профильных специалистов и средний, а также обучающихся на уровне бакалавриата, интернатуры, резидентуры.

УДК 616-053.2

ББК 27.3

© НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», 2026

ISBN 978-601-246-884-7

Основные научные разделы конференции:

Раздел 1

Первичная медицинская помощь детскому населению: проблемы и пути решения

Раздел 2

Неонатология в амбулаторно-поликлинической практике

Раздел 3

Роль медицинской сестры в работе педиатрической службы

Раздел 4

Вопросы вакцинопрофилактики и реабилитации в педиатрии

Раздел 5

Роль универсальной прогрессивной модели патронажа в работе врача педиатра, ВОП

Раздел 6

Междисциплинарный взгляд на вопросы диагностики и лечения заболеваний в педиатрической практике

РАЗДЕЛ 1

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ.

ОБУЧЕНИЕ ВРАЧЕЙ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОМУ ПОДХОДУ В ОЦЕНКЕ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ

Альмухамбетов М.К.

*НАО «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика
Казахстан*

Актуальность. Догоспитальный этап оказания помощи детям с критическими состояниями отличается высокой динамикой, необходимостью быстрого клинического решения и ограниченными диагностическими возможностями. Врач неотложной медицины, работающий как с детским, так и со взрослым контингентом, должен владеть междисциплинарными навыками оценки состояния ребёнка, учитывая особенности педиатрии, реаниматологии, инфекционных заболеваний, хирургии и неврологии. Подготовка врачей неотложной медицины к междисциплинарному анализу симптомов и рисков на догоспитальном этапе повышает качество раннего распознавания угрожающих состояний и способствует снижению времени до оказания целенаправленной помощи.

Цель. Оценить эффективность внедрения междисциплинарно-ориентированной образовательной модели в подготовку врачей скорой и неотложной медицинской помощи к оценке критических состояний у детей на догоспитальном этапе.

Материал и методы. На базе кафедры проведён обучающий модуль для 10 врачей скорой и неотложной медицинской помощи. Программа включала: 1) междисциплинарные мини-лекции по возрастным особенностям дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем; 2) симуляционные сценарии критических состояний (анафилаксия, дыхательная недостаточность, судорожный синдром, септический шок, травма); 3) анализ маршрутизации и командного взаимодействия; 4) структурированную коммуникацию в формате SBAR; 5) применение алгоритма ABCDE и педиатрического триажа. Эффективность оценивалась с помощью тестирования до/после, OSCE-станций и самооценки.

Результаты. По итогам обучения отмечен рост полноты и последовательности проведения первичной оценки у врачей скорой и неотложной медицинской помощи, улучшение навыков выделения угрожающих признаков и обоснования диагностического приоритета. Повысилась точность определения показаний для немедленной эвакуации и привлечения смежных специалистов. В симуляционных кейсах уменьшилось количество пропусков критических симптомов, улучшилась согласованность командных действий и качество передачи информации

при маршрутизации ребёнка. Врачи скорой и неотложной медицинской помощи отметили повышение уверенности в принятии решений и лучшую структуру клинического мышления.

Выводы. Междисциплинарное обучение на кафедре, включающее симуляционные сценарии и командные модули, эффективно повышает готовность врачей скорой и неотложной медицинской помощи к оценке критических состояний у детей на догоспитальном этапе. Внедрение подобных образовательных моделей способствует формированию устойчивых навыков клинической оценки, укрепляет взаимодействие между службами и повышает качество догоспитальной помощи.

РОЛЬ БРИГАД СКОРОЙ ПОМОЩИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ УГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Альмухамбетов М.К.

*НАО «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика
Казахстан*

Актуальность. Ранняя диагностика угрожающих состояний у детей остаётся ключевым фактором снижения летальности и предупреждения тяжёлых осложнений. На уровне первичной медицинской помощи выявление критических симптомов зачастую затруднено из-за стёртой клинической картины у детей, большого разнообразия возрастных норм и отсутствия достаточных инструментальных возможностей в поликлинике. В этой связи важную роль играет скорая медицинская помощь, которая часто первой сталкивается с тяжёлыми состояниями ребёнка. Бригада скорой помощи способна обеспечить раннюю оценку тяжести состояния, провести начальную стабилизацию, определить правильный маршрут и обеспечить преемственность между ПМСП и стационаром.

Цель. Определить роль бригад скорой медицинской помощи в ранней диагностике угрожающих состояний у детей и оценить их вклад в улучшение качества первичной медико-санитарной помощи.

Материал и методы. Проведён анализ вызовов скорой помощи к детям с признаками критических состояний (острая дыхательная недостаточность, судорожный синдром, анафилаксия, травма, шоковые состояния), оценивались данные первичного осмотра, маршрутизации и принятия решений. Дополнительно изучались элементы взаимодействия между бригадой СМП и организациями ПМСП: своевременность передачи информации, корректность оформления сопроводительной документации. Анализ включал оценку типичных трудностей и факторов, влияющих на своевременность диагностики.

Результаты. Установлено, что бригады скорой помощи в большинстве случаев первыми выявляют признаки угрожающих состояний у детей и обеспечивают раннюю клиническую оценку, что значительно сокращает

время до начала оказания целенаправленной терапии. Ключевыми диагностическими действиями являлись: быстрый сбор анамнеза у родителей, оценка дыхания и гемодинамики, определение уровня сознания, выявление признаков шока, судорожной активности или дыхательных нарушений. Ранняя диагностика позволяла своевременно инициировать базовую стабилизацию ребёнка, а также выбрать оптимальный маршрут транспортировки с учётом профиля учреждения и тяжести состояния.

Выводы. Бригады скорой медицинской помощи играют ключевую роль в ранней диагностике угрожающих состояний у детей на уровне первичной медицинской помощи. Своевременная оценка тяжести состояния, правильная маршрутизация и эффективная коммуникация со службами ПМСП повышают шансы на благоприятный исход. Усиление взаимодействия между ПМСП и СМП, внедрение единых алгоритмов и проведение совместных обучающих программ способны существенно улучшить качество оказания неотложной помощи детскому населению.

РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА СМП В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ УГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ИНТЕГРАЦИИ ПОМОЩИ

Альмухамбетов М.К.

*НАО «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика
Казахстан*

Актуальность. Догоспитальный этап является критически важным звеном в оказании помощи детям с угрожающими состояниями. У детей клинические симптомы нередко развиваются стремительно и могут быть мало специфичными, что требует от фельдшера скорой медицинской помощи высокой клинической настороженности и умения быстро оценивать состояние. Именно фельдшер часто первым проводит осмотр, выявляет опасные признаки, принимает решение о первичной тактике и обеспечивает взаимодействие между ПМСП, СМП и стационаром. Своевременная и точная оценка позволяет улучшить преемственность оказания медицинской помощи и повысить эффективность дальнейшего лечения.

Цель. Определить роль фельдшера СМП в раннем выявлении угрожающих состояний у детей и проанализировать его вклад в интеграцию помощи между догоспитальным и стационарным этапами.

Материал и методы. Проведён анализ клинических ситуаций, связанных с обращениями по поводу угрожающих состояний у детей, с оценкой последовательности действий фельдшера на догоспитальном этапе. Изучались подходы к первичной оценке (дыхание, кровообращение, уровень сознания), определению степени тяжести состояния, тактике оказания первой медицинской помощи, выбору маршрута, а также

организация передачи информации в стационар. Особое внимание уделялось преемственности между службами и качеству взаимодействия в цепочке оказания помощи.

Результаты. Фельдшер СНМП играет ключевую роль в формировании первой клинической картины и своевременном распознавании признаков угрозы. Наиболее значимыми являются способности к быстрой ориентировке в ситуации, умению определить приоритетные направления помощи, оценить потенциальные риски ухудшения состояния и своевременно инициировать мероприятия по стабилизации ребёнка. Выявлено, что грамотная маршрутизация, а также чёткая и структурированная передача информации существенно повышают готовность стационара к приёму пациента. Со стороны ПМСП и СНМП особенно важны согласованность, ясность коммуникации и соблюдение стандартов взаимодействия, что обеспечивает непрерывность и логичность последующих этапов оказания помощи.

Выводы. Фельдшер СНМП является одной из центральных фигур в раннем выявлении угрожающих состояний у детей и играет ключевую роль в интеграции помощи. Его своевременная оценка состояния, правильное определение приоритетов и качественное взаимодействие со стационаром и ПМСП способствуют повышению эффективности всей системы оказания экстренной помощи детям. Усиление межведомственного взаимодействия, совершенствование алгоритмов оценки и повышение уровня подготовки фельдшеров способны дальнейшим образом улучшить качество догоспитальной помощи и обеспечить преемственность на всех этапах медицинской помощи ребёнку.

ПЕДИАТРИЯЛЫҚ ПРАКТИКАДА АНТИБИОТИКТЕРДІ РАЦИОНАЛДЫ ҚОЛДАНУ ТУРАЛЫ АТА-АНАЛАРДЫҢ САУАТТЫЛЫҒЫ

Абдрахманова Г.М.¹, Куракбаев К.К.²

¹ *С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті ,
Алматы, Қазақстан*

² *«ВШОЗ» Қазақстан медицина университеті Алматы, Қазақстан.*

Өзектілігі. Педиатрияда бактерияға қарсы препараттарды дұрыс қолданбау антибиотиктерге тәзімділіктің негізгі драйвері болып табылады. Ата-аналар көбінесе антибиотиктерді вирустық инфекцияларды емдеу үшін дәрігердің рецептінсіз пайдаланады, бұл баланың денсаулығына және жалпы халықтың денсаулығына қауіп төндіреді.

Зерттеудің мақсаты. ата-аналардың балаларда антибиотиктерді қолдану жөніндегі білімі мен тәсілдерін бағалау, сондай-ақ олар сүйенетін негізгі ақпарат көздерін анықтау болды.

Материалдар мен тәсілдер. Алматы қаласындағы «Ақсай» балалар орталығында (орташа жасы 21 мен 55 жас) 18 жасқа дейінгі балалары бар

50 ата-ана арасында кәлденең сауалнама жүргізілді. Қосылу критерийлері кем дегенде бір баланың болуы және ерікті келісімін беруді қамтиды. Сауалнаманы авторлар әзірледі және оған антибиотикалық терапияның кәрсеткіштері және дозаны сақтау туралы сұрақтар кірді.

Нәтижелер: Респонденттердің 45%-ы антибиотиктерді жедел респираторлық вирустық инфекцияларға қарсы тиімді деп қателеседі. Респонденттердің шамамен 30% рецептсіз дәрі-дәрмектерді сатып алу арқылы өзін-өзі емдеуге жүгінді. Ата-аналар өздерінің негізгі ақпарат көздері ретінде туыстарының кеңестерін (40%) және интернет-ресурстарды (35%) атаса, тек 25% -ында педиатрдың кеңесіне басымдық берілген. Ата-аналардың 50 пайызы симптомдары жойылғаннан кейін, белгіленген курсты аяқтамай-ақ, баласына дәрі беруді бірден тоқтатады.

Қорытынды. Зерттеу барысында ата-аналардың антибиотикалық терапия принциптері туралы хабардарлығының төмен деңгейі анықталды. Антибиотиктерге тәзімділік қаупін азайту үшін білім беру бағдарламалары және дәрі-дәрмектің рецептсіз сатылуын бақылауды күшейту қажет. Зерттеу жалғасады.

БРОНХ ДЕМІКПЕСІ БАР БАЛАЛАРДА СПИРОГРАФИЯ НӘТИЖЕЛЕРІН ТАЛДАУДА ЖАСАНДЫ ИНТЕЛЛЕКТТІҢ МАҢЫЗЫ

Абдуллаева А.Ә.¹, Наурызалиева Ш.Т.², Мусаева Б.Н.²

*¹ С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,
Алматы, Қазақстан Республикасы*

*² «Ақсай» республикалық балалар клиникалық ауруханасы, Алматы,
Қазақстан Республикасы*

Балалардағы бронх демікпесі – тыныс алу жүйесінің кең таралған созылмалы ауруларының бірі болып табылады және оның ерте диагностикасы клиникалық тәжірибеде маңызды мәселе болып қала береді. Аурудың бастапқы кезеңдерінде клиникалық белгілердің айқын болмауы және бронх демікпесі мен рецидивті обструктивті бронхиттің пұқсас кәріністері дифференциалды диагностиканы қиындатады. Осыған байланысты спирография кәрсеткіштерін талдаудың интеллектуалды әдістерін қолдану әзекті болып табылады. Балалардағы бронх демікпесі кезінде жасанды интеллектті қолдану белсенді дамып келеді және бірнеше маңызды артықшылықтар береді:

1. Деректерді автоматты талдау: Жасанды интеллект алгоритмдері спирометрия нәтижелерін дәрігерге қарағанда жылдамырақ әңдей алады, жасырын паттерндерді (мысалы, обструкцияның ерте белгілерін) анықтайды және интерпретация кезіндегі қателіктер ықтималдығын азайтады.

2. Диагностиканы қолдау: Жасанды интеллект бронх демікпесін әкпенің басқа ауруларынан ажыратуға кәмектеседі, аурудың ауырлық дәрежесін бағалайды және қосымша тексерулер бойынша пұсыныстар береді.

3. Балаларға бейімдеу: Балаларға тыныс алу маневрлерін дұрыс орындау қиын. Жасанды интеллект: тесттің орындалу сапасын бағалайды, қате орындалған әрекеттерді алып тастайды, интерактивті нұсқаулар береді (мысалы, ойын түрінде).

4. Телемедицина және нй жағдайында мониторинг: Жасанды интеллектпен жабдықталған заманауи кұрылғылар: нйде спирография жүргізуге, мәліметтерді дәрігерге қашықтан жіберуге, аурудың динамикасын бақылауға мүмкіндік береді.

5. Болжам жасау: Жасанды интеллект бронх демікпесінің әршуін болжай алады, әкпе функциясының динамикасын талдайды және емдеуді жекелендіруге кәмектеседі.

Жасанды интеллектті бронхообструктивті жағдайлары бар балаларда қолданудың артықшылықтары: диагностиканың дәлдігін арттыру, нәтижелерді әндеуді жеделдету, балалармен өзара әрекеттесуді жақсарту, ауруларды ерте кезеңде анықтау.

Зерттеудің мақсаты: балалардағы бронх демікпесі ерте анықтау және оны обструктивті бронхиттен ажыратуда спирография деректерін жасанды интеллект негізінде кешенді талдаудың тиімділігін бағалау.

Зерттеу барысында әкпенің сыртқы тыныс алу функциясының негізгі параметрлері (FEV1, FVC, FEV1/FVC, PEF, MEF25–75) қарастырылады. Кәпәлшемді деректерді әндеу ншін машиналық оқыту алгоритмдері қолданылып, диагностикалық модель кұрылады. Жасанды интеллект әдістері спирометриялық кәрсеткіштер арасындағы жасырын байланыстарды анықтауға мүмкіндік береді.

Нәтижелер бойынша FEV1 және FEV1/FVC кәрсеткіштері бронхиальды обструкцияны анықтауда негізгі индикаторлар болып табылады, ал MEF25–75 параметрлері жасырын функционалдық әзгерістерді анықтауда жоғары сезімталдық кәрсетеді. Пұсынылған модель бронх демікпесі диагностикалауда және оны обструктивті бронхиттен ажыратуда жоғары дәлдік кәрсетеді.

Қорытындылай келе, спирография деректерін жасанды интеллект арқылы кешенді талдау балалардағы бронх демікпесі ерте анықтаудың және дифференциалды диагностикалаудың тиімді кұралы болып табылады. Бұл тәсіл клиникалық шешім қабылдауды қолдауға және медициналық тәжірибеде цифрлық технологияларды енгізуге мүмкіндік береді.

ЖАСӨСПІРІМДЕР ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ КӨРСЕТКІШТЕРІ

Әкімжан М.Қ., Көшербеков Е.Т., Давлетгильдеева З.Г.

Өзектілігі: Қазіргі жасөспірімнің денсаулық көрсеткіші болашақта қоғамдық денсаулық жүйесіне әсер ететіні сәзсіз екені белгілі, себебі бүгінгі жасөспірімдердің денсаулығы – кез келген мемлекеттің ертеңгі интеллектуалдық, еңбектік, популяциялық және әскери потенциалы.

Заманауи жіктеу бойынша, жасөспірімдерге 10-18 жас аралықтарындағы жастарды жатқызамыз. Жасөспірім кезеңіндегі әдеттер ересек кезеңде дамиды созылмалы аурулардың себептері болып табылады және өмір сүру ұзақтығына, сапасына әсер етеді, ол себептерге физикалық белсенділіктің аз болуы, дұрыс әрі уақытылы тамақтанбау, салауатты өмір салтын ұстанбау, зиянды әдеттер, ерте жыныстық қатынасқа түсу.

Ең үлкен мәселелердің бірі цифрлық құрылғылардың күнделікті өмірде шамадан тыс қолданылуы (смартфондар, компьютер, планшет, сымсыз құлаққап және т.б.)

Тезисте жалпы білім беретін мекемелерде оқитын жасөспірімдерді (10-17 жас) кешенді медициналық қарап-тексеру нәтижелерінің көрсеткіштері келтірілген. Ең жиі анықталған аурулардың, құрылымына баға берілді. Алынған нәтижелер мектеп оқушыларына емдік-сауықтыру және алдын алу жұмыстарының бағытын анықтауға көмектеседі.

Мақсат: жасөспірім балалардың денсаулық көрсеткіштерін және патологиялық құрылымын анықтау.

Материалдар мен әдістер: Алматы қаласындағы ШЖҚ МКК «№15 қалалық емханаға» тіркелген 10, 12, 14, 15, 16, 17 жас аралығындағы мектеп оқушыларының (2582) профилактикалық медициналық қарап-тексерулер нәтижелерінің 2025 жылдағы көрсеткіштер және «Дамумед» МАЖ –нен алынған деректер қолданылды. Статистикалық әңдеу Windows Excel бағдарламасы әдісімен жүргізілді.

Нәтижелер бойынша, қаралған 2582 жасөспірімдердің 68% - ІІ денсаулық тобына, 18% - І денсаулық тобына, 12% - ІІІ денсаулық тобына, 8% - ІІІІ денсаулық тобына жіктелді.

ІІ денсаулық тобындағы ең жиі анықталғандары: тіс жегі-32,23 % , көз аурулары (миопия – 23,52%), физикалық даму ауытқулар- 7,18%, семіздік - 3,8%, тапшылықты анемия І дәрежелі – 2,79 % , ортопедиялық ауытқулар – 2,48% , , эндемиялық зоб дәрежелі – 2,74% анықталған және де басқа аурулар – 2,12%.

Қорытынды: Жасөспірімдердің денсаулығын кешенді бағалауда әртүрлі функционалдық ауытқулар тіркелді және созылмалы ауруларға өту қаупі жоғары екендігі анықталды, солардың ішінде көздің патологиясы (миопия), стоматологиялық (тіс жегі) тірек-қимыл аппаратының патологиялары, физикалық даму көрсеткіштердің ауытқуы (салмақ жеткіліксіздігі, артық салмақ, семіздік,) басымдылыққа ие. Яғни, ІІ топ денсаулығының басымдылығы жасөспірімдер арасында морфофункционалдық бұзылыстардың жиі таралғанын көрсетті және дер

кезінде емдеу мен динамикалық бақылау жүргізудің маңыздылығын анықтады.

Балалар арасында профилактикалық іс-шараларды педиатрлар мен бейінді мамандардың пәнаралық қатынасымен қатар, оқушылардың ата-аналары және ұстаздар жиілігі түрде жүргізіп отыру өте маңызды.

МЕКТЕПТЕГІ БІЛІМ БЕРУ ЖҢЙЕСІНДЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ОРТАСЫН ЖЕТІЛДІРУ ТӘСІЛДЕРІ

*Тиленова Лаура Сарсенбаевна, «Қоғамдық денсаулық сақтау»
мамандығы бойынша 2 курс докторант, С.Ж. Асфендияров атындағы
Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ. Қазақстан*

Ғылыми жетекшілер:

*Кожекенова Жанат Асетовна, «Қоғамдық денсаулық сақтау»
Мектебінің деканы, м.ғ.к., С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық
Медицина Университеті, Алматы қ. Қазақстан*

*Аимбетова Гульшара Ергазиевна, «Қоғамдық денсаулық сақтау»
кафедрасының қауымдастырылған профессоры, м.ғ.к. С.Ж. Асфендияров
атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ. Қазақстан*

Өзектілігі. Әлем халқының шамамен 40% құрайтын балалар мен жасөспірімдер денсаулық тұрғысынан ең осал топ болып табылады. Балалардың құқықтары мен денсаулығын қорғау, олардың заңды міндеттерін қамтамасыз ету Қазақстанның ұлттық саясатының негізгі басымдықтарының бірі болып табылады. Соңғы жылдары ақпараттық қоғамға көшу, оқу бағдарламаларын жаңарту және күрделендіру балалар мен жасөспірімдердің бейімделу мүмкіндіктерін әлсіретіп, денсаулық көрсеткіштерінің төмендеуіне әкелді. Әлемдік зерттеулерге сәйкес, оқушылар арасындағы патологиялық ауытқулардың 15-40% білім беру ортасының қолайсыз факторларымен байланысты болуы мүмкін.

Зерттеудің мақсаты. Мектептегі білім беру жүйесінде денсаулықты сақтау ортасын жақсарту тәсілдеріне талдау жүргізу.

Материалдар мен зерттеу әдістері. Зерттеу әдістері Алматы қаласының 3 ауданынан (Алатау, Алмалы, Медеу) жалпы білім беретін орта мектептердің (1-4 бастауыш сыныптар, 5-9 орта сыныптар, 10-11 жоғары сыныптар) оқушыларының ата-аналарына сауалнама жүргізу арқылы әзірленді. Алматы қаласының аудандарынан жалпы білім беретін мектептер арасынан оқушылардың сыйымдылығы жоғары мектептер ішінен 1 мектеп таңдалды. Сауалнамаға 365 респондент қатысты.

Нәтижелер. Бастауыш сынып оқушыларының оқу мен демалыс арасындағы теңгерімнің бұзылуы (70,7%, $p=0,026$), ал жоғары сынып оқушыларында психоэмоционалдық күйзеліс деңгейінің артуы (28,6%, $p=0,003$) оқу процесін жас ерекшеліктеріне бейімдеудің қажеттілігін дәлелдейді. Тіс аурулары бастауыш және орта сыныптарда ең жоғары деңгейде тіркелді (76,4% және 76,9%), көз аурулары орта сыныптарда жиі

анықталды (24,9%, $p < 0,001$), ал хирургиялық (6,7%, $p = 0,001$) және қылақ аурулары жоғары сыныптарда жиі кездесті (6,7%, $p = 0,021$). Мектептердің желдетуіне келетін болсақ, респонденттердің 85,5 пайызы табиғи желдету бар деп жауап берді, жасанды желдету 72,7 пайызды құрады. Респонденттердің жарықпен қамтамасыз ету бойынша жауабы 100 пайызды көрсетті. Кабинеттерді жиіазбен қамтамасыз ету бойынша респонденттердің 69% қамтылғанын, 31% - ы қамтылмағанын көрсетті.

Қорытынды. Қазіргі оқу бағдарламасы оқушылардың жас ерекшелігіне сәйкес келмейтін ақпараттық жнктемеге толы. Көптеген оқушыларда шаршау, есте сақтау қабілетінің төмендеуі, мотивацияның азаюы байқалады. Сабақтарда сергіту жаттығулары мен белсенді қозғалыс элементтері жеткіліксіз. Пәндердің ұзақтығы бірдей болғанымен, психологиялық және физикалық жнктемесі әртнрлі, бұл эмоционалдық шаршауға әкеледі. Медициналық тексерулер жылына 1 рет қана өткізіледі. Көптеген мектептерде мейіргердің жұмыс уақыты шектеулі, алғашқы көмек көрсету мүмкіндігі аз.

3D МОДЕЛЬДЕУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫН БОЛАШАҚ ПЕДИАТРЛАРДЫҢ МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ПӘНДЕРДІ МЕНГЕРУІНДЕ ҚОЛДАНУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Тулаганова У.А., Био-Пед М014 тобы

Ғылыми жетекші: Абдрешов С.Н.

Зерттеу өзектілігі. Қазіргі медициналық білім беру жнйесінде болашақ педиатрлардың кәсіби құзыреттілігін қалыптастыруда морфологиялық пәндердің, атап айтқанда анатомия мен гистологияның рөлі ерекше. Балалар организмнің анатомиялық-физиологиялық ерекшеліктерін терең меңгеру үшін дәстнрлі оқыту құралдары, соның ішінде 2D атластар мен оқулықтар жеткіліксіз болып табылады. Себебі бала организмнің өсуі мен дамуы барысында мншелердің кеңістіктік және топографиялық өзгерістері динамикалық сипатқа ие. Осыған байланысты білім беру процесіне 3D модельдеу технологияларын енгізу өзекті бағыттардың бірі болып отыр.

Зерттеудің мақсаты - 3D визуализация құралдарының болашақ педиатрлардың морфологиялық пәндерді меңгерудегі білімін тереңдетудегі тиімділігін ғылыми тұрғыда бағалау.

Материалдар мен әдістер

Зерттеу жұмысы барысында медициналық жоғары оқу орны студенттері зерттеу нысаны ретінде алынды. Зерттеуде келесі әдістер қолданылды:

1) Салыстырмалы талдау әдісі — дәстнрлі оқыту мен 3D модельдеу технологияларын қолдану нәтижелерін салыстыру мақсатында қолданылды.

2) Сауалнама жнргізу — студенттердің 3D визуализацияға қатысты пікірін, қабылдау деңгейін және оқу мотивациясын анықтау үшін алынды.

3) Бақылау және тестілеу әдістері — білім сапасы мен оқу жетістіктерін бағалау мақсатында қолданылды.

4) Виртуалды анатомиялық платформаларды қолдану (мысалы, «Mozaik3D», «Anatomage») морфологиялық құрылымдарды 3D форматта зерттеу тиімділігін анықтау үшін қолданылды.

Виртуалды 3D модельдер анатомиялық құрылымдарды әртүрлі проекцияда қарастыруға, оларды әр бөлім бойынша зерттеуге мүмкіндік береді. Бұл студенттердің кеңістіктік ойлау қабілетін дамытып, кінрделі құрылымдарды жнйелі түрде қабылдауына ықпал етеді. Педиатрия саласында 3D технологиялардың маңызы ерекше. Баланың даму кезеңдеріндегі анатомиялық өзгерістерді салыстырмалы түрде зерттеу студенттердің қалыпты даму мен патологияны ажырату қабілетін қалыптастырады. Мысалы, жнрректің туа біткен ақауларын ншлшемді форматта зерттеу клиникалық ойлауды дамытуға және хирургиялық анатомия негіздерін меңгеруге мүмкіндік береді.

Нәтижелерді талқылау. Зерттеу нәтижелері көрсеткендей, 3D модельдеу технологияларын қолданған студенттердің оқу жетістіктері дәстүрлі әдістермен оқытылған топтармен салыстырғанда орта есеппен 22%-ға жоғары болды. Сонымен қатар, сауалнама нәтижелері бойынша студенттердің 85%-ы 3D визуализация кнрделі топографиялық материалды меңгеруді едәуір жеңілдететіні анықталды.

Қорытынды. Осылайша, 3D модельдеу технологиялары морфологиялық пәндерді оқытуда қосымша құрал ғана емес, білім беру сапасын арттырудың тиімді педагогикалық ресурсы болып табылады. Болашақ педиатрларды даярлау барысында аталған технологияларды қолдану клиникалық ойлауды ерте кезеңде қалыптастыруға және практикалық дағдыларды жоғары деңгейде меңгеруге мүмкіндік береді. Сондықтан медициналық жоғары оқу орындарында виртуалды білім беру ортасын дамыту — қазіргі заман талаптарына сәйкес келетін маңызды бағыт болып саналады.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ОССИФИЦИРУЮЩЕГО МИОЗИТА В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Интерны 7 курса Школы Педиатрии:

Балан В.В., Надирханова Д.Б., Әкрәмий Ж.П.

Научные руководители: Ержанова Г.Е, заведующая отделением общей педиатрии АО «Научный Центр Педиатрии и детской хирургии»

Актуальность. Оссифицирующий миозит (прогрессирующая оссифицирующая фибродисплазия) — редкое заболевание с частотой около 1 случая на 2 млн человек, характеризующееся гетеротопическим окостенением мягких тканей. В условиях первичного звена здравоохранения данная патология представляет диагностическую

сложность вследствие редкости и сходства с ревматологическими заболеваниями, что приводит к поздней верификации диагноза и прогрессированию процесса.

Цель. Продемонстрировать особенности течения и диагностики оссифицирующего миозита у ребенка на уровне поликлиники и подчеркнуть роль раннего выявления в практике врача первичного звена.

Материал и методы. Проведен анализ клинического случая пациентки с длительным анамнезом заболевания, включающий данные амбулаторного наблюдения, консультации узких специалистов, лабораторные и инструментальные методы исследования (УЗИ мягких тканей, КТ органов грудной клетки, биопсия образования).

Результаты. Со слов матери, патологический процесс отмечался с рождения в подлопаточной области справа с постепенным распространением на плечо и кисть. Первоначально пациентка наблюдалась с диагнозом ювенильной склеродермии. В динамике отмечались боли, ограничение движений, формирование контрактур. При обследовании выявлены участки фиброза по данным УЗИ, а также множественные оссификаты в области ребер, лопатки и мягких тканей грудной клетки по данным КТ. Морфологическое исследование подтвердило диагноз оссифицирующего миозита. Лабораторные показатели носили неспецифический характер. В условиях поликлиники проводилось динамическое наблюдение, коррекция терапии и маршрутизация пациента к профильным специалистам. Назначена патогенетическая терапия (тофацитиниб, алендронат, дипиридамол), на фоне которой отмечена стабилизация процесса.

Выводы. Оссифицирующий миозит требует высокой настороженности со стороны врачей первичного звена. Ранняя диагностика возможна при комплексной оценке клинической картины и своевременном направлении на инструментальные методы исследования. Ошибочная первичная диагностика приводит к прогрессированию заболевания и инвалидизации. Важную роль играет междисциплинарный подход и динамическое наблюдение пациента в условиях поликлиники. Своевременное начало терапии позволяет замедлить прогрессирование и улучшить качество жизни пациента.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАТРОФИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Сагади Еркежан, Педиатрия 23-003

*Научный руководитель: Тургимбекова Н.Ж., кафедра Пропедевтика
детских болезней, ассистент профессора
НАО КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова*

Актуальность. Паратрофия остаётся одной из актуальных проблем педиатрии раннего возраста, что обусловлено ростом частоты нарушений

питания, ранним искусственным вскармливанием и несбалансированным рационом. Данное состояние способствует формированию метаболических нарушений и снижению адаптационных возможностей детского организма.

Цель исследования. Оценить клинические проявления и метаболические изменения при паратрофии у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проведено обследование 40 детей в возрасте от 9 месяцев до 3 лет с признаками паратрофии находившихся под наблюдением педиатра. Оценивались антропометрические показатели, характер питания, клинические проявления, данные общего анализа крови. Статистическая обработка проводилась с использованием стандартных методов.

Результаты. В ходе обследования установлено, что у всех детей отмечалось превышение возрастных нормативов массы тела, при этом у 65% наблюдалось дисгармоничное физическое развитие за счёт избыточного отложения подкожно-жировой клетчатки. У 70% детей выявлено снижение мышечного тонуса и пастозность мягких тканей. Анализ характера питания показал, что у 75% обследованных имело место несбалансированное питание с избыточным содержанием углеводов и жиров при относительном дефиците белка. Нарушения режима кормления (частые перекусы, несоблюдение интервалов между приёмами пищи) отмечались у 60% детей. Клинически у 55% детей выявлялась бледность кожных покровов, у 40% — склонность к аллергическим реакциям (кожные высыпания, диатез), у 50% — функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (срыгивания, метеоризм, неустойчивый стул). Частые острые респираторные заболевания в анамнезе отмечены у 45% пациентов. По данным общего анализа крови у 35% детей выявлены признаки лёгкой анемии, у 30% — относительный лимфоцитоз, что может свидетельствовать о снижении неспецифической резистентности организма. Полученные данные подтверждают наличие выраженных клинико-метаболических нарушений у детей с паратрофией, ассоциированных с нерациональным питанием и функциональной незрелостью обменных процессов.

Выводы. Паратрофия у детей раннего возраста сопровождается выраженными клинико-метаболическими нарушениями, обусловленными несбалансированным питанием. Ранняя диагностика, коррекция рациона и формирование рациональных пищевых привычек являются ключевыми мерами профилактики дальнейших метаболических расстройств.

ТЕМЕКІНІҢ ЖАСӨСПІРІМДЕР ОРГАНИЗІМІНЕ ЗИЯНДЫ ӘСЕРІ

Түзелханова А.Б Мед24-023қ

Ғылыми жетекші: Умбетова Л.Ж, Ерғазина М.Ж

Өзектілігі. Соңғы жылдары жастар арасында темекі және вейп қолдану артып, денсаулыққа қауіп тәндіруде. Олар тыныс алу жолдарын зақымдап, қабынуды күшейтіп, иммунитетті әлсіретеді. Нәтижесінде түрлі аурулардың қаупі артады. ДДСПҒ мәліметі бойынша, жыл сайын 7 млн-нан астам адам темекіден қайтыс болады. Сондықтан алдын алу шараларын күшейту маңызды.

Мақсаты. Жасөспірімдер арасында темекі және электронды темекінің (вейп) тұтынуының организмге, оның ішінде мұрын-жұтқыншақ шырышты қабығы эпителийінің цитологиялық жағдайына әсерін кешенді түрде бағалау.

Материалдар мен әдістер. Зерттеу барысында ғылыми әдебиеттерді талдау, салыстыру, жинақтау, жасөспірімдер арасында сауалнама жүргізу және цитологиялық зерттеу әдістері қолданылды. Сауалнама мектеп және университет жасындағы 27 жасөспірім арасында өтті. Қатысушылар 4 топқа бөлінді: негізгі топ (темекі шегетіндер ≈18,5 %), салыстырмалы топ 1 (вейп қолданушылар ≈18,5 %), салыстырмалы топ 2 (екеуін қатар қолданатындар ≈18,5 %) және бақылау тобы (темекі шекпейтіндер≈44,5 %).

Мұрын-жұтқыншақтың шырышты қабығынан материал стерильді тампонмен алынып, заттық әйнекке жағылып, кептірілді. Жағынды спирт-ацетон ерітіндісінде бекітіліп, Романовский-Гимза және Май-Грюнвальд әдістерімен боялды.

Цитологиялық зерттеу Karl Zeiss «AxioLab 5» микроскопы арқылы жүргізілді. Суреттер AxioCam камерасы мен Labscope бағдарламасы көмегімен түсіріліп, TIFF форматында сақталды.

Нәтижелер мен талқылау. Сауалнама нәтижелері студенттердің басым бөлігі электронды темекі туралы хабардар екенін көрсетті: 82%-ында вейп қолданатын таныстары бар, 72%-ы оның зиянын біледі, ал 84%-ы дәстүрлі және электронды темекінің айырмашылығын түсінеді. Бұл деректер вейптің жастар арасында кең таралғанын дәлелдейді. Цитологиялық зерттеу нәтижелері қалыпты жағдайда мұрын-жұтқыншақ шырышты қабығы көп қатарлы кірпікшелі эпителиймен қапталғанын көрсетті. Бұл кезде кірпікшелі жасушалар, аз мөлшерде бокал тәрізді жасушалар және сирек иммундық жасушалар анықталды.

Ал темекі және электронды темекі қолданушыларда бірқатар патологиялық өзгерістер байқалды. Табак түтіні мен вейп құрамындағы никотин, шайыр және канцерогендердің әсерінен кірпікшелі жасушалар азайып немесе жойылып, мукоцилиарлы клиренс бұзылады. Сонымен қатар бокал тәрізді жасушалардың гиперплазиясы нәтижесінде шырыш секрециясы артады. Ғзақ тітіркену салдарынан жалпақ жасушалы метаплазия дамиды. Қабыну белгілері ретінде нейтрофилдер мен

макрофагтардың кәбеюі, лейкоциттік инфильтрация анықталды. Кейбір жасушаларда дистрофиялық өзгерістер (цитоплазма вакуолизациясы, ядросыздану) байқалды. Осы өзгерістер мукоцилиарлы клиренстің бұзылуына, созылмалы қабыну ндерісінің дамуына және ұзақ уақыт темекі мен вейп қолданғанда преканцероздық өзгерістер қаупінің артуына әкелуі мүмкін.

Қорытынды. Зерттеу темекі мен вейптің мұрын-жұтқыншақ эпителийінде айқын өзгерістер туғызатынын көрсетті: жасуша зақымдануы, қабыну және мукоцилиарлы клиренстің бұзылуы. Бұл созылмалы қабыну, ринофарингит және ісік даму қаупін арттырады. Зиян әсері қолдану ұзақтығы мен тәріне байланысты, ал аралас қолдануда ең жоғары болады. Сондықтан алдын алу мен ерте анықтау маңызды.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ПЕДИАТРИИ

Садыкова А.Ж., Мырзабекова Г.Т., Ибрашева К., Турсунметова Д.

Актуальность. В последние годы технологии искусственного интеллекта (ИИ) активно внедряются в различные области медицины, включая педиатрию. Особую значимость это направление приобретает в связи с необходимостью ранней диагностики заболеваний у детей, высокой вариабельностью клинических проявлений и ограниченными возможностями проведения инвазивных методов исследования. В отличие от взрослой медицины, педиатрия требует адаптации алгоритмов с учетом возрастных анатомо-физиологических особенностей, что делает внедрение ИИ более сложным, но одновременно более перспективным.

Цель исследования. Провести анализ зарубежных научных источников, посвященных применению искусственного интеллекта в педиатрии, с конкретизацией областей использования, оценкой достоверности данных и перспектив клинического внедрения.

Материалы и методы. Проведен аналитический обзор зарубежных публикаций за 2024–2026 годы, включая систематические обзоры, метаанализы и оригинальные исследования. Всего проанализировано более 30 научных источников, индексируемых в международных базах данных (PubMed, Scopus, Web of Science), а также рекомендации международных организаций. В анализ включены исследования, посвященные клиническому применению ИИ в радиологии, неонатологии, интенсивной терапии, генетике и клинической аналитике данных.

Результаты. Анализ показал, что наиболее широкое и доказанное применение ИИ в педиатрии наблюдается в следующих направлениях:

1. Радиология и медицинская визуализация.

Наиболее развитой областью является применение ИИ для анализа медицинских изображений:— Рентгенография: автоматическое распознавание пневмонии, туберкулеза, врожденных аномалий грудной

клетки. Алгоритмы компьютерного зрения позволяют выявлять инфильтраты, изменения лёгочного рисунка и другие патологические признаки.

— Компьютерная томография (КТ): используется для оценки поражения лёгких, диагностики черепно-мозговых травм, внутричерепных кровоизлияний, опухолевых процессов.

— Магнитно-резонансная томография (МРТ): применяется для выявления врожденных аномалий центральной нервной системы, нарушений миелинизации, опухолей головного мозга.

— Ультразвуковая диагностика: анализ эхокардиографии (врожденные пороки сердца), нейросонографии у новорожденных, а также абдоминальных исследований.

Именно в радиологии ИИ демонстрирует наибольшую точность, сопоставимую с врачами-экспертами, что связано с наличием больших размеченных датасетов.

2. Неонатология и интенсивная терапия. ИИ активно применяется в отделениях интенсивной терапии новорожденных:

- прогнозирование неонатального сепсиса;
- оценка риска дыхательной недостаточности;
- прогнозирование летальности;
- анализ параметров мониторинга (ЧСС, сатурация, дыхание) в режиме реального времени.

Алгоритмы позволяют выявлять ухудшение состояния раньше клинических проявлений.

3. Анализ электронных медицинских данных.

ИИ используется для обработки больших массивов клинической информации:

- анализ электронных историй болезни;
- выявление факторов риска;
- прогнозирование исходов заболеваний;
- поддержка клинических решений врача.

4. Генетика и редкие заболевания.

ИИ применяется для интерпретации геномных данных:

- анализ секвенирования;
- выявление мутаций;
- диагностика редких наследственных заболеваний;
- сопоставление фенотипа и генотипа.

5. Педиатрическая хирургия и другие области. В хирургии ИИ используется для предоперационного планирования, анализа изображений и прогнозирования осложнений. Также ведутся разработки в области дерматологии, офтальмологии и кардиологии.

Несмотря на значительный потенциал, анализ зарубежных источников показывает ряд ограничений. Во многих исследованиях отсутствует внешняя валидация моделей, что ограничивает их применение в разных популяциях. Отмечается риск алгоритмической предвзятости, особенно при использовании нерепрезентативных выборок. Также остаются

нерешенными вопросы интерпретируемости алгоритмов и этического использования данных детей.

Выводы. Искусственный интеллект уже занимает важное место в современной педиатрии, особенно в области анализа медицинских изображений и мониторинга состояния пациентов. Наиболее убедительные результаты получены в радиологии, где алгоритмы демонстрируют высокую диагностическую точность. Вместе с тем широкое внедрение ИИ в клиническую практику требует дальнейших исследований, стандартизации подходов, повышения прозрачности алгоритмов и соблюдения этических принципов. Перспективным направлением является интеграция ИИ в повседневную клиническую практику с сохранением ведущей роли врача в принятии решений.

ПРОБЛЕМЫ НИЗКОЙ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КАЗАХСТАНЕ

**И.Х.ЕСІМБЕКОВА, І.Қ.Исаева, І.Ж.М.НУРМАХАНОВА*

*ІКазакский Национальный медицинский университет С.Д.Асфендиярова
(Алматы, Казахстан)*

Актуальность По данным Всемирная организация здравоохранения, распространённость расстройств аутистического спектра (РАС) в мире составляет в среднем 1 случай на 100–160 детей [1]. В США показатель достигает 1 на 31 ребёнка, при этом мальчики болеют в 3–4 раза чаще девочек [2]. В Республике Казахстан проблема ранней диагностики РАС остаётся актуальной. По данным информационной системы «Электронный регистр диспансерных больных», на 1 марта 2025 года под динамическим наблюдением находятся 12 807 детей и подростков (0–17 лет) с диагнозом РАС [3]. Несмотря на наличие нормативной базы, включая приказ Министра здравоохранения РК № ҚР ДСМ-25 от 15.03.2022, регламентирующий применение скринингового теста М-СНАТ, в практике первичного звена его использование ограничено [4]. Современные исследования подтверждают высокую эффективность раннего вмешательства: начало коррекционной работы в 18 месяцев обеспечивает более выраженное развитие речи, социальной коммуникации и адаптивных навыков по сравнению с более поздним началом помощи.

Цель исследования: оценить особенности и ограничения раннего выявления расстройств аутистического спектра у детей младшего возраста с использованием модифицированного скринингового теста М-СНАТ.

Задачи 1. Определить распространённость риска РАС среди детей 3–5 лет по результатам М-СНАТ. 2. Проанализировать основные проблемы выявления РАС на основе контент-анализа публичных обсуждений в социальных сетях. 3. Разработать практические рекомендации по оптимизации скрининга и маршрутизации пациентов в условиях поликлиники.

Материалы и методы. Исследование проведено в 2024–2025 гг. на базе городских поликлиник города Алматы. Включены дети 3–5 лет с документально подтверждённым диагнозом РАС. Используются анкетирование родителей, анализ медицинской документации и проведение теста М-СНАТ (20 вопросов с ответами «да/нет»), направленного на выявление риска РАС.

Результаты. В исследовании участвовали 168 детей: 3 лет — 29,2%, 4 лет — 32,7%, 5 лет — 38,1%. Мальчики составили 70,2%, девочки — 29,8%. По результатам М-СНАТ низкий риск выявлен у 27% детей, средний — у 69%, высокий — у 4%. Контент-анализ социальных сетей показал, что основными проблемами выявления РАС являются низкая осведомлённость родителей (25–30%), сочетание симптомов с другими расстройствами (15–20%), стереотипы о «классическом» аутизме (≈15%), недоступность диагностики (10–15%) и стигматизация диагноза (10–12%).

Выводы. Для повышения выявляемости необходимы обязательный скрининг, интеграция инструмента в электронные системы, повышение квалификации специалистов и информирование родителей.

ЖРВИ КЕЗІНДЕ АНТИБИОТИКТЕРДІ НЕГІЗСІЗ ҚОЛДАНУДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ САЛДАРЫ МЕН ДӘЛЕЛДІ МЕДИЦИНАҒА СӘЙКЕС ТИІМДІЛІГІ

*Андасова А.Ғ., Қалдыбаева Ф.З., Нұрмахан М.М.. Тобы П21-013қ
Ғылыми жетекші: Тажиева К.Н.*

Өзектілігі:

Жедел респираторлы вирустық инфекциялар (ЖРВИ) балалар арасында ең жиі кездесетін аурулардың бірі болып табылады. Алайда кәптеген жағдайларда бұл аурулардың қоздырғышы вирус болғандықтан, антибиотиктер тиімді әсер етпейді. Соған қарамастан, антибиотиктер тәжірибеде жиі және негізсіз тағайындалады. Бұл антибиотикке төзімділіктің (антибиотикке резистенттіліктің) артуына, пациенттерде жанама әсерлердің пайда болуына және қажетсіз ем жүргізілуіне әкеледі. Қазіргі таңда антибиотикке төзімділік бәрінен бөлек әлем бойынша қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы маңызды мәселелердің бірі болып саналады. Сондықтан ЖРВИ кезінде антибиотиктерді негізсіз қолдану мәселесін зерттеу практикалық денсаулық сақтау үшін өзекті болып табылады.

Мақсаты: вирустық инфекцияларда антибиотиктердің тиімділігі мен қауіптері туралы дәлелдер жинау; негізсіз антибиотик қолданудың клиникалық және қоғамдық салдарын көрсету; дәлелді медицина (evidence-based medicine) принциптеріне сәйкес тиімді емдеу стратегияларын ұсыну.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Зерттеу Алматы қаласы Жетісу ауданының ҚЕ №11 ШЖҚ КМК-де жүргізілді. ЖРВИ диагнозы қойылған

балалардың амбулаторлық карталары талданды. Барлығы 91 бала зерттелді. Балалар екі топқа бөлінді: бірінші топ — антибиотикалық терапиямен емделген науқастар, барлығы 17 бала; екінші топ — вирусқа қарсы препараттар мен симптоматикалық ем қабылдаған пациенттер, барлығы 74 бала.

Зерттеу нәтижелері.

Зерттеу барысында қызбаның ұзақтығы, катаральды белгілердің ұзақтығы, аурудың жалпы ұзақтығы, асқыну жиілігі және жағымсыз дәрілік реакциялар талданды. Қызбаның ұзақтығы 29 балада 3 күн, 4 балада 5 күннен ұзақ, 8 балада 1–2 күн, 38 науқаста субфебрильді температура байқалды, қалған балаларда температура болмады. Катаральды белгілер 42 балада айқын болды, қалғандарында әлсіз немесе болмады. Аурудың жалпы ұзақтығы 35 балада 10 күннен ұзақ, 12 балада 7 күннен ұзақ, қалған балаларда 5 күнге дейін болды. Асқыну жиілігі 2 балада пневмония, 4 балада бронхит ретінде тіркелді. Жағымсыз дәрілік реакциялар 2 балада аллергия, 4 балада дисбактериоз, 1 балада диспепсия түрінде байқалды. Зерттеу барысында антибиотиктерді қолдану қызба мен қалпына келтіру уақытының қысқаруына әкелмейтіні анықталды. Антибиотик қабылдаған 17 баланың 9-ында аурудың ұзақтығы 10 күннен ұзақ, 8 балада 7 күннен ұзақ болды. Екі топтағы асқынулардың жиілігі айтарлықтай ерекшеленбеді: антибиотик қабылдаған балалардың 3-інде және антибиотик қабылдамаған балалардың 3-інде асқыну байқалды. Сонымен қатар антибиотиктермен емделген балаларда жағымсыз дәрілік реакциялар, соның ішінде диспепсиялық құбылыстар мен аллергиялық реакциялар жиі тіркелді.

Қорытынды:

Алынған мәліметтер негізінде келесі қорытындылар жасауға болады. Біріншіден, антибиотиктер амбулаториялық балаларда ЖРВИ асқынбаған жағдайда тиімсіз. Антибиотик қабылдамаған 74 балада аурудың ұзақтығы көбінесе 5 күннен аспады, тек 4 балада 7 күннен ұзақ болды. Екіншіден, антибиотиктерді қолдану асқыну қаупін төмендетпейді. Үшіншіден, антибиотиктерді негізсіз тағайындау жанама әсерлер қаупінің жоғарылауымен қатар жүреді. Сондықтан антибиотикалық терапия тек нақты клиникалық көрсеткіштер болған жағдайда ғана тағайындалуы тиіс.

Зерттеудің практикалық маңыздылығы балалардағы ЖРВИ кезінде амбулаториялық емдеуді оңтайландыруға, антибиотиктердің негізсіз тағайындалуын азайтуға, дәрігерлер мен ата-аналар арасында түсіндіру жұмыстарын жүргізуге және антибиотикке төзімділіктің алдын алуға мүмкіндік береді. Алынған нәтижелер балалардағы ЖРВИ емдеуде клиникалық ұсыныстарды қатаң сақтау және амбулаторлық тәжірибеде антибиотиктерді негізсіз қолданудан бас тарту қажеттілігін көрсетеді.

РАЗДЕЛ 2 НЕОНАТОЛОГИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Асетов Ж.А., Магистрант «Медицина»

Научный руководитель: д.м.н., профессор Жанаспаев М.А.

НАО «Медицинский университет Семей, город Семей, Казахстан»

Актуальность. Внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) остаётся одной из ведущих причин заболеваемости и инвалидизации у недоношенных новорождённых. Несмотря на развитие неонатальной помощи, оптимальная тактика хирургического лечения данной патологии требует дальнейшего совершенствования, особенно у детей с экстремально низкой массой тела.

Цель исследования. Оценить возможности совершенствования хирургического лечения ВЖК у недоношенных детей на основе клинико-инструментального анализа.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе Перинатального центра г. Семей в 2015–2026 гг. Дизайн – проспективное одноцентровое исследование с ретроспективным компонентом. В исследование включены 53 недоношенных новорождённых с ВЖК: 39 детей составили ретроспективную группу и 14 — проспективную. Критерии включения: гестационный возраст 27–32 недели, масса тела при рождении 800–1500 г, наличие ВЖК, проведение полного обследования и последующее наблюдение не менее 6 месяцев. Применялись клинические, инструментальные (нейросонография, компьютерная томография) и статистические методы (критерии Манна–Уитни, Краскела–Уоллиса, точный критерий Фишера).

Результаты. Установлено, что большинство детей были рождены на сроке 27–30 недель гестации. Преобладали пациенты с экстремально низкой массой тела (<1000 г). Гендерное распределение было относительно равномерным. Сравнительный анализ ретроспективной и проспективной групп не выявил статистически значимых различий по гестационному возрасту ($\chi^2=0,512$; $p=0,775$) и массе тела при рождении ($\chi^2=1,104$; $p=0,576$), что свидетельствует о сопоставимости групп. Использование комплексного диагностического подхода позволило объективно оценивать состояние пациентов и обосновывать показания к хирургическому вмешательству.

Выводы. Сформированная выборка является репрезентативной для оценки хирургического лечения ВЖК у недоношенных детей. Сопоставимость групп обеспечивает корректность анализа эффективности

лечебных подходов. Применение комплексной диагностики способствует оптимизации тактики ведения пациентов и может служить основой для совершенствования хирургических методов лечения данной патологии.

СОСТОЯНИЕ МИНИ-ПУБЕРТАТА У МАЛЬЧИКОВ, РОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Гулиева Камиля¹, Галеева Дания², Абдримова Ш.Б.³, Сейсебаева Р.Ж.

*¹резидент по специальности «Педиатрия», ²резидент по специальности «Акушерство и гинекология», НАО «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова»,
³молодой ученый, г.Алматы, Казахстан*

Научный руководитель: Нурғалиева Ж.Ж.¹, Ильмуратова С.Х.²

¹КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова, кафедра амбулаторно-поликлинической педиатрии, ²Международный Клинический Центр Репродуктологии «PERSONA», г.Алматы, Казахстан

Актуальность. В условиях роста возраста материнства, увеличения распространенности бесплодия и снижения фертильности наблюдается устойчивое увеличение числа детей, зачатых с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Несмотря на широкое внедрение методов ИКСИ и переноса размороженных эмбрионов, остаются недостаточно изученными отдалённые последствия ВРТ для здоровья потомства. Особый интерес представляет период мини-пубертата, характеризующийся транзитной активацией гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы и повышенной секрецией гормональных маркеров (АМГ, ингибин В), отражающих активность тестикулярной ткани.

Цель. Оценить взаимосвязь уровней гонадных маркеров (АМГ, ингибин В) с показателями физического развития и состоянием мочеполовой системы у мальчиков, зачатых с применением ВРТ, в контексте обеспечения здорового развития и формирования репродуктивного здоровья в рамках достижения Цели устойчивого развития 3 – обеспечения здоровья и благополучия для всех возрастных групп.

Материалы и методы: обследованы 43 мальчика в возрасте 0-6 месяцев (средний возраст 4,59 месяца), зачатых с применением ВРТ. Проведена оценка антропометрических показателей (рост, масса тела, SDS по WHO и Aukology), клинический осмотр, ультразвуковое исследование почек и мошонки, а также определение уровней АМГ и ингибина В. Статистический анализ включал методы описательной статистики и корреляционный анализ Спирмена. Исследование выполнено в рамках научного проекта ГФ МОН РК (ИРН AP26100341) с одобрением локального этического комитета.

Результаты. У большинства детей показатели физического развития соответствовали возрастным нормам; отклонения включали избыточную массу тела (18,6%), ускоренный рост (20,9%) и дефицит массы (2,9%). Патология мочеполовой системы выявлена у 16,3% пациентов, включая

гидроцеле и крипторхизм. Средний уровень ингибина В составил $369,48 \pm 17,57$ пг/мл и соответствовал возрастной норме. Концентрация АМГ ($169,57 \pm 12,89$ нг/мл) была статистически повышена ($SDS+2,70$), при этом у 42% детей отмечались экстремально высокие значения.

Установлено, что секреция гонадных гормонов не зависела от антропометрических показателей. При дефиците массы тела отмечались максимальные уровни АМГ. Выявлена статистически значимая корреляция между объемом яичек и уровнями ингибина В ($r=0,496$; $p<0,001$) и АМГ ($r=0,41$; $p<0,01$), что подтверждает их диагностическую значимость.

Выводы. У мальчиков, зачатых с применением ВРТ, выявлена высокая активность репродуктивной оси в период мини-пубертата независимо от нутритивного статуса. Ингибин В сохраняет стабильные значения и отражает функциональную активность клеток Сертоли, тогда как АМГ демонстрирует более выраженную вариабельность. Обнаруженная корреляция гормональных показателей с объемом гонад подтверждает их роль как маркеров функционального состояния тестикулярной ткани.

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕРТВорождаемости НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ

*Салем Е.А., Аширбеков Г.К., Тажиметов Б.М., Алишериева У.А.,
Бастемиева Б.Е.*

Актуальность. В экологически неблагоприятных территориях, как правило увеличивается частота патологического течения беременности, рост мертворождаемости, ухудшение физического развития детей и в целом повышение заболеваемости среди детородных женщин. Более интенсивным воздействием неблагоприятных экологических факторов (загрязнение атмосферного воздуха, питьевой воды и почв, а также неблагоприятные условия труда) определяется специфика рисков проживания в городской местности.

Целью исследования является необходимость ведения специального мониторинга состояния здоровья городского населения и выявления его нарушений, связанных с состоянием окружающей среды.

Материал и методы. В спектр факторов, негативно воздействующих на репродуктивное здоровье человека, входит антропогенное загрязнение окружающей среды различными химическими веществами. Исследователи отмечают особую опасность токсического воздействия на организм гормоноподобных соединений, способных вызывать нарушения функционирования репродуктивной системы мужчин и женщин на цитологическом уровне, а также, накапливаясь в организме матери, передаваться детям, вызывая в их организме еще до рождения необратимые патологические изменения, в том числе летальные. Исследователями доказана положительная корреляционная связь между

загрязнением атмосферного воздуха бенз(а)пиреном и частотой рождения детей с пороками сердца. Подробный обзор исследований характера влияния токсических веществ, поступающих в организм человека с пищей, косметикой, атмосферным воздухом и питьевой водой, а также «унаследованных от родителей». Исследование проводилась по статистическим данным по Алматинской области.

Результаты. Так, за последние 15-20 лет характеризовались снижением качества акушерской помощи - ростом кровотечений (в общем, с 33,3 на 100 родов до 39,3), родового сепсиса (с 1,03 до 1,84‰), аномалий родовой деятельности (с 96,5 до 135‰), а также летальности при кесаревом сечении (с 0,12 до 0,17-0,18 на 100 оперированных). Неблагоприятная динамика перинатальной патологии характеризовалась ростом антенатальной мертворождаемости (с 5,17‰ до 5,98‰), перинатальной смертности доношенных плодов и детей (с 4,16 до 6,53-6,55‰), сепсиса новорожденных (с 0,46 до 0,59‰), гемолитической болезни (с 6,11‰ до 10,4‰), частоты родовой травмы новорожденных (с 23,8‰ до 32,7‰), что предопределило высокую заболеваемость детей на последующих этапах их развития.

Выводы. Обсуждая проблему снижения репродуктивного здоровья населения, указывает на необходимость дополнительных научных исследований экологических факторов, что дает практические рекомендации в формировании системы охраны здоровья родителей и будущего ребенка. Для этого предлагается проведение научно обоснованных мероприятий по профилактике пренатальной патологии еще до наступления беременности или в самом ее начале посредством организации специализированной консультативной помощи супружеским парам, планирующим беременность, особенно тем, которые подвергаются воздействию вредных производственных факторов и проживают на экологически неблагополучных территориях.

На основании статистического мониторинга численности и структуры родившегося в последние годы - потомства (родившихся живыми и мертвыми, умерших в период младенчества, а также «потерянных» плодов при спонтанных и вынужденных абортах) выявлена сопряженность динамики репродуктивных потерь с показателями рождаемости, что свидетельствует о единстве репродуктивного процесса, включающего все этапы раннего онтогенеза.

ЖНҚТІЛҚТІ ЖОСПАРЛАУ ЖӘНЕ ЕРТЕ КЕЗЕҢДЕГІ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ШАРАЛАРДЫҢ ШАЛА ТУЫЛУДЫ АЗАЙТУДАҒЫ РӨЛІ

*Әділнұрқызы А. Рахтаева А.
Ғылыми жетекшісі: Жуманбаева К.Р.*

Өзектілігі. Шала туу әлемдік денсаулық сақтау саласының басты мәселелерінің бірі болып табылады. ДДҒ мәліметтері бойынша жылына 15 миллион бала мерзімінен бұрын туады. Қазақстанда шала туу көрсеткіші 5.8-7.2%-ды құрайды. Шала туған балалардың перинатальды әлім-жітім деңгейі жоғары, ұзақ мерзімді неврологиялық, респираторлық және дамудағы ауытқулар қаупі бар. Жнктілікті жоспарлау және ерте профилактикалық шаралар шала туу жиілігін азайтуда маңызды рөл атқарады.

Мақсаты. 2025 жылы туған балалардың медициналық құжаттарын талдау арқылы жнктілікті жоспарлау кезеңіндегі және ерте гестациялық кезеңдегі профилактикалық шаралардың шала туу жиілігіне әсерін бағалау.

Материал және әдістер. 2025 жылдың шілде-желтоқсан айларында перинатальды орталықта туған 414 баланың медициналық тарихы ретроспективті талданды. Зерттеу кезінде аналардың есепке тұру мерзімі, анемияның тнзетілуі, инфекциялардың емі, УДЗ мониторингі және басқа клиникалық-анамнестикалық сипаттамалар талданды. Статистикалық әндеу Microsoft Excel бағдарламасында жнргізілді, сипаттамалық статистика және салыстырмалы талдау қолданылды.

Нәтижелер. Зерттелген 414 баланың ішінде 156-ы (37.7%) шала туған, 258-і (62.3%) мерзімінде туған. Ерте есепке тұрған әйелдерде (≤ 12 апта, $n=387$) шала туу жиілігі 36.8% құраса, кеш есепке тұрғандарда ($n=27$) 51.9% болды. Анемиямен кнрес жеткіліксіз болды: 298 әйелде (72.0%) жеңіл дәрежелі, 41-де (9.9%) орташа-ауыр дәрежелі анемия тіркелді. ВУИ қаупі немесе инфекциялар 352 жағдайда (85.0%) анықталды. УДЗ мониторингі 406 жнкті әйелде (98.1%) кемінде 3 рет жнргізілді. Шала туудың негізгі себептері: преэклампсия (57.1%), ХФПН (48.7%), кәп жнктілік (14.7%), ИЦН (11.5%). Профилактикалық шараларды толық алған әйелдерде шала туу қаупі 23.5%-ға төмен болды.

Қорытындылар

1. Зерттелген топтағы шала туу жиілігі (37.7%) халықаралық деректерден жоғары, бұл профилактикалық шаралардың жеткіліксіздігін көрсетеді.
2. Ерте есепке тұру (≤ 12 апта) шала туу қаупін 15.1%-ға азайтады.
3. Анемияның кең таралуы (81.9%) фолий қышқылы мен темір препараттарының жеткіліксіз қолданылуын көрсетеді.
4. Кешенді профилактикалық шаралар (ерте есепке тұру, анемия тнзету, инфекциялар емі, тұрақты мониторинг) шала туу қаупін статистикалық маңызды деңгейде азайтады.
5. Преэклампсия мен ХФПН-ды ерте анықтау және басқару шала туудың алдын алудың басты бағыттары болып табылады.

РАНГОВАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО СЕПСИСА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

*Чернышева ЕА. Искендерова АМ.,
Научный руководитель: Боконбаева. С Дж.
КГМА им.И.К.Ахунбаева, г.Бишкек, Кыргызстан.*

Актуальность. Ранний неонатальный сепсис (РНС) – одно из тяжелых заболеваний перинатального периода с крайне неблагоприятным течением и исходом. По данным ЮНИСЕФ почти в 75% случаев смерти новорожденных в стране приходится на первые два дня жизни.

Цель исследования. Оценить ранговую значимость комплекса экологических факторов риска (медико-биологических и социальных), на развитие РНС у недоношенных детей.

Материалы и методы. Объект исследования 180 недоношенных новорожденных детей первых 3-х дней жизни. Из них 90 с РНС и 90 условно здоровых недоношенных детей. Изучены и ранжированы медико-биологические и социальные предикторы РНС у недоношенных детей. Статистическая обработка проведена SPSS 16.0.

Результаты В ранговой значимости факторов риска развития РНС ведущее место занимают два абсолютных предиктора, которые отсутствуют в контрольной группе: новорожденные с экстремально низкой массой тела и 22-27 недель гестации. Далее по ранговой значимости следуют отягощенный акушерский анамнез матерей: экстремально короткий (до 1 года) онтогенетический интервал (OR=4,63), самопроизвольные выкидыши (OR=4,23), замершие беременности (OR=3,69). В структуре заболеваемости матерей лидируют болезни сердечно сосудистой системы (OR=1,41), дыхательной системы (OR=1,26), стрессовые ситуации (OR=1,09), генитальная патология (OR=2,49). В патологии течения беременности и родов ранговой значимы преэклампсия (OR=10,796), патология околоплодных вод (OR=10,82), хориоамниотиты (OR=7,25), дородовое излитие околоплодных вод (OR=3,93) и асфиксия в родах (OR=4,21). Из социальных факторов рангово значимы: внутренняя миграция (OR=3,5), низкий образовательный уровень матерей (OR=2,21), неблагоприятные бытовые условия (OR=2,30)

Выводы:

1. Выявлен и ранжирован комплекс медико-биологических и социальных факторов риска развития РНС у недоношенных детей.
2. В ранговой значимости предикторов РНС у недоношенных детей ведущее место занимают абсолютные риски: экстремально низкая масса тела и срок гестации 22-27 недель.
3. Для совершенствования адресно направленных лечебно-профилактических программ актуально не только выявление предикторов РНС, но и определение их ранговой значимости.

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ СКРИНИНГТІК БАҒДАРЛАМАЛАР АРҚЫЛЫ ТҒҚЫМ ҚУАЛАЙТЫН АУРУЛАРДЫ ЕРТЕ ДИАГНОСТИКАЛАУ

*Токтабаева Б.Ж. - доцент Д.М.Тусупова атындағы педиатрия
кафедрасының қауымдастырылған профессоры
КеАҚ «Семей Медицина университеті», Семей қаласы,
Қазақстан Республикасы*

Өзектілігі: Қазіргі уақытта сирек кездесетін аурулар мен бұзылыстардың 9000-ға жуық түрі белгілі және олардың саны өнөмі әсіп келеді. ДДҒ мәліметтері бойынша тҒҚЫМ қуалайтын аурулардың болжамды саны 10000 – ға жетуі мүмкін. Ал науқастардың саны бәкіл әлем халқының 10%-ын құрайды. Сирек кездесетін аурулардың 80%-ы генетикалық түрде және кез-келген жаста кәрінуі мүмкін.

Зерттеу мақсаты: Амбулаторлық-емханалық буын деңгейіндегі тҒҚЫМ қуалайтын аурулардың бастапқы диагностикасы.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Қазақстандағы профилактикалық тексерулердің бұйрықтары: "Қазақстан Республикасында педиатриялық көмек кәрсетуді ұйымдастыру стандартын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2022 жылғы 15 наурыздағы № ҚР ДСМ-25 бұйрығы (23.04.2023)., ҚР Денсаулық сақтау министрінің 25.08.2021 № ҚР ДСМ-91 "скринингті ұйымдастыру ережелері" бұйрығы.

Зерттеу нәтижелері: Амбулаторлық-емханалық буын деңгейіндегі тҒҚЫМ қуалайтын аурулардың (ТА) бастапқы диагностикалық скринингінде неге мән берілуі керек:

1. Анамнестикалық деректер: ата-аналардың тұрғылықты ауданы мен жері, туыстық неке, ұлты, анасында кәсіби зияндылықтың болуы, экологиялық жағдай., ананың акушерлік-гинекологиялық анамнезі (әздігінен түсік түсіру, әлі туылу, туа пайда болған даму ақаулары және ТА бар балалардың туылуы, ерте жастағы балалардың қайтыс болуы), отбасындағы басқа балалар, олардың денсаулық жағдайы., осы жнктіліктің барысы. Тұрлықтың әлсіз қозғалысы, науқастың ерте анамнезі: туу кезіндегі салмақтық-әсу кәрсеткіштері (гипопластикалық және диспластикалық типтегі ТҒҚДТ, макросомия, макро - және микроцефалия, жнктілік мерзімінің сәйкес келмеуі). Әмірдің бірінші жылындағы физикалық және психомоторлық даму динамикасы (артта қалу, кідіріс, нйлесімсіздік).

2. Науқасқа тән сыртқы белгілермен бірге әртүрлі дисморфияны анықтауға баса назар аудару арқылы клиникалық-морфологиялық тексеру . Баланы объективті тексерудің негізгі мақсаты тҒҚЫМ қуалайтын аурулардың клиникалық кәріністерін анықтау және тҒҚЫМ қуалайтын аурулардың портреттік диагностикасын жнргізу болып табылады. Әсіресе, баланың әсуі мен даму динамикасындағы фенотипті бағалау әте маңызды. Дисморфияның кәріністері баланың әсуіне қарай пайда болуы мүмкін.
Объективті бағалау негізінде дисморфия 3 топқа бөлінеді:

1. Альтернативті белгілері бар немесе жоқ (преурикулярлық папилломалар, мойын фистулалары, алақанның төрт саусақты қатпарлары және т. б.);

2. Әлшеу белгілері: соматометрия әдісімен анықталады (белгінің сандық мәндері). Мысалы, ұзару, қысқару, нлкею, кішірею және т. б. (бой, қол, аяқ, дене және жоғарғы беттің ұзындығының кәрсеткіштері); арахнодактилия, брахидактилия, макроцефалия, микроцефалия және т. б.);

3. Сипаттамалық белгілерге терінің және оның қосалқыларының, жұмсақ тіндердің және т.б. өзгеруі жатады. Оларды бағалау үшін метафоралық салыстырмалы сипаттамалар қолданылады (терідегі дақтар "снт қосылған кофе", "кұс беті", "ысқырған бет", "эльф беті" және т. б.).

Қорытындысы: Барлық жаңа туған нәрестелер мен 18 жасқа дейінгі балаларды жаппай тексеру және скринингтік бағдарламаны кеңейту арқылы пациенттің фенотиптік белгілері бойынша тұқым қуалайтын аурудың болуын ерте кезеңде болжауға, диагноз қоюға және максималды әсер ету үшін уақтылы тиімді емдеуді бастауға: ауыр зардаптардың алдын алу және балалардың өмірін сақтауға мүмкіндік бар.

НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЁННЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ: ОТ НЕОНАТАЛЬНОГО ЭТАПА К АМБУЛАТОРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

Интерны 7 курса Школы Педиатрии:

Балан В.В., Надирханова Д.Б., Әкрәмий Ж.П.

Научные руководители:

*Акмарал Абикулова, PhD, ассоциированный профессор, кафедра
«Политика и менеджмент здравоохранения», КазНМУ им. С.Д.*

Асфендиярова

*Божбанбаева Нышангуль Сейтбековна, доктор медицинских наук,
заведующая кафедрой «Неонатология» КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова,*

Актуальность. Некротический энтероколит (НЭК) является одним из наиболее тяжёлых заболеваний недоношенных новорождённых с высоким риском летальности. После выписки из стационара дети группы риска находятся под наблюдением врача педиатра и медицинской сестры в рамках патронажной службы. Ранняя идентификация факторов риска, таких как переливание эритроцитарной массы, низкая масса тела при рождении и тромбоцитопения, имеет ключевое значение для обеспечения непрерывности медицинской помощи и профилактики неблагоприятных исходов на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Цель. Оценить факторы риска развития НЭК у новорождённых и определить клинически значимые предикторы, применимые для амбулаторного наблюдения и ранней профилактики.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 479 недоношенных новорождённых. Оценивались клинико-демографические показатели, включая гестационный возраст, массу тела при рождении, уровень гемоглобина, наличие сепсиса, тромбоцитопении и переливания эритроцитарной массы. Используются:

однофакторный анализ — для выявления ассоциаций между переменными и НЭК;

многофакторный логистический регрессионный анализ — для определения независимых предикторов (расчёт adjusted OR);

сравнительная оценка клинических показателей (гестационный возраст, масса тела, гемоглобин, наличие сепсиса, тромбоцитопении, переливания эритроцитов).

Результаты. Установлено, что переливание эритроцитарной массы значительно чаще проводилось у пациентов с НЭК (89,5% против 21,3%, $p < 0,001$) и являлось независимым фактором риска (OR = 12,7). Также значимыми факторами являлись тромбоцитопения (OR = 3,58) и низкая масса тела при рождении ($p < 0,001$).

С практической точки зрения, данные факторы доступны врачу педиатру на этапе выписки и амбулаторного наблюдения, что позволяет формировать группу высокого риска и усиливать патронаж в условиях поликлиники.

Практическая интерпретация для амбулаторного звена:

дети после переливания эритроцитов — группа очень высокого риска; дети с экстремально низкой массой тела — приоритет для частого наблюдения;

тромбоцитопения — маркер неблагоприятного течения, требующий усиленного контроля.

Выводы. Недоношенные дети с историей переливания эритроцитарной массы, низкой массой тела при рождении и тромбоцитопенией относятся к группе высокого риска развития НЭК и требуют усиленного патронажного наблюдения. Врачу педиатру и медицинской сестре первичного звена необходимо учитывать данные факторы при динамическом наблюдении для раннего выявления осложнений и обеспечения преемственности между стационарным и амбулаторным этапами медицинской помощи.

РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МЛАДЕНЦЕВ: ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ШКАЛА ХАММЕРСМИТА (HAMMERSMITH INFANT NEUROLOGICAL EXAMINATION, NINE)

Абдрахманова Г.М.¹, Эбдибекова Н.Р.¹

¹Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.

Асфендиярова,

Алматы, Казахстан.

Актуальность. Неврологические заболевания у младенцев остаются одной из ведущих причин инвалидизации и задержки психомоторного развития. Ключевым направлением современной педиатрии и детской неврологии является раннее выявление признаков нарушений, что позволяет своевременно начать коррекцию и улучшить прогноз. В этом контексте особое значение приобретают стандартизированные шкалы оценки моторного развития, в частности — Шкала Хаммерсмита (Hammersmith Infant Neurological Examination, HINE).

Цель исследования. Оценить возможности применения шкалы Хаммерсмита для раннего выявления неврологических нарушений у младенцев с риском неблагоприятного нейроразвития. Материалы и методы.

HINE представляет собой клинический инструмент, разработанный для детей в возрасте от 2 до 24 месяцев. Шкала включает оценку позы, движений, мышечного тонуса, рефлексов и поведенческих реакций. Применение HINE занимает около 10–15 минут, не требует сложного оборудования и может использоваться как в условиях специализированных центров, так и в педиатрической практике.

Результаты. Многочисленные исследования показали, что низкие баллы по HINE в возрасте 3–6 месяцев коррелируют с высоким риском развития детского церебрального паралича и других двигательных нарушений. Суммарная оценка позволяет выделить детей, нуждающихся в динамическом наблюдении и ранней реабилитации. Кроме того, HINE демонстрирует высокую воспроизводимость и надёжность при применении специалистами различного уровня подготовки. В нашем случае мы провели в поликлиническом уровне оценку по HINE, у детей с неврологическим перинатальным анамнезом оценено 10 младенцев. Из них у 2-х детей были низкие баллы по HINE. Что позволило своевременно оценить и разработать план лечения.

Заключение. Ранняя диагностика неврологических заболеваний у младенцев возможна при использовании доступных и валидированных инструментов, таких как шкала Хаммерсмита. Включение HINE в рутинную практику педиатров и неонатологов способствует своевременному выявлению группы риска и формированию индивидуальной программы медицинского сопровождения.

ЧАСТОТА АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА RANKL С УРОВНЕМ 25(OH)D У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ: ИССЛЕДОВАНИЕ В КАЗАХСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Жумалина А.К., Ким И.С.

*Западно-Казахстанский медицинский университет им. М. Оспанова,
Актобе, Казахстан*

Актуальность. В настоящем исследовании изучается ассоциация маркеров костного метаболизма и уровня витамина D (25(OH)D) с полиморфизмами гена RANKL у детей первого года жизни в казахской популяции. Дефицит витамина D является одной из наиболее распространенных проблем у детей первого года жизни и может приводить к нарушениям формирования костной ткани. Метаболизм витамина D тесно связан с процессами костного ремоделирования, в регуляции которых важную роль играет ген RANKL, регулирующий активность остеокластов и обмен костной ткани. Однако данные о генетических факторах, влияющих на уровень 25(OH)D у детей раннего возраста, особенно в казахской популяции, остаются ограниченными. Изучение ассоциации полиморфизмов RANKL с уровнем сывороточного 25(OH)D может способствовать лучшему пониманию генетических механизмов нарушений костного метаболизма у детей первого года жизни и иметь практическое значение.

Цель исследования: Определить частоту аллельных вариантов гена RANKL (rs 9594738, rs 9594759) и оценить их связь с уровнем витамина D у детей до года в казахской популяции.

Материалы и методы. Обследованы 197 детей до года, рожденных в г. Актобе. Всем детям проведено клиническое обследование, забор венозной крови для выделения ДНК (набор «ДНК-Кровь-М-100», ООО «ТестГен», Россия). Генотипирование проводили методом ПЦР. Уровень витамина D определяли электрохемилюминесцентным иммуноанализом. Для статистической обработки использовались непараметрические критерии и метод «дерево решений».

Результаты и обсуждение. Преобладающими вариантами в выборке оказались генотип CC и аллель C по обоим анализируемым полиморфизмам. Снижение уровня витамина D зарегистрировано у 81,7 % обследованных детей. При сопоставлении генетических вариантов с концентрацией витамина D статистически значимых различий не получено. В то же время применение метода «дерево решений» выявило ассоциацию генотипа TT полиморфизма rs 9594759 с более высоким риском нарушений костного метаболизма.

Выводы.

1. Снижение уровня витамина D отмечено у 81,7% детей.
2. В казахской популяции детей до года наиболее распространены генотип CC и аллель C гена RANKL.
3. Выявлена ассоциация генотипа TT rs 9594759 с повышенным риском нарушений костного метаболизма.

ВЛИЯНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЦП У ДЕТЕЙ Г. АЛМАТЫ

*Сейсебаева Р.Ж., Нурғалиева Ж.Ж., Шим В.Р., Бокетова Б.Н.,
Тажиева К.Н., Ажахметова М.З.*

Актуальность. В настоящее время детский церебральный паралич занимает ведущее место в структуре хронических болезней детского возраста.

Цель исследования. Проанализировать влияние осложнений беременности, родов и неонатального периода на формирование детского церебрального паралича у детей г. Алматы для достижения Целей устойчивого развития, направленных на снижение детской заболеваемости и инвалидизации, а также улучшение охраны материнского и детского здоровья.

Материалы и методы. В настоящей работе выполнено ретроспективное исследование факторов риска развития ДЦП у 145 детей г. Алматы, обратившихся за помощью в общественный фонд «Добровольное общество Милосердие». Анализировалась первичная медицинская документация участников и их матерей: выписка из роддома, история развития новорожденного, история родов, обменно-уведомительная карта, выписка из стационара.

Результаты исследования и обсуждения. ДЦП в возрасте от 6 месяцев до 17 лет 66% - мальчики и 34% – девочки, в возрасте от 8 до 12 лет - 46,2%, от 3 до 7 лет - 33,1%, 13 до 17 -17,9%. В структуре клинических форм ДЦП спастическая диплегия - 33,8% и 23,4% выставлена смешанная форма ДЦП. Часто встречались женщины в возрасте от 18 до 30 лет - 60,7%, старше 30 лет-31%. Первородных-26,9%, повторно беременные -73,1%. Анемия -60,7%, УПБ -55,2% и тяжелая преэклампсия (46,2%). Чаще встречались ОРВИ, ОРЗ во время беременности (42,1%), внутриутробные инфекции (ВПГ, ЦМВ, токсоплазмоза, уреаплазмоза и хламидиоза) - 38,3%. У 29% - заболевания крови, 18,6% - патология эндокринной системы. В 17% случаев встречалась патология плодных оболочек. В 51% случаев были преждевременные роды, в 35,2% в родах отмечалась асфиксия, а хроническая гипоксия наблюдалась у 25,5% новорожденных. Тугое обвитие пуповины встречалось в 6,9%, слабость родовой деятельности в 8,3%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - 7,6% случаев, длительный безводный период были в 13,1%. Оперативные роды отмечены в 33,1% случаев. Недоношенные дети составили 54,0%, доношенные дети - 39,0% и переношенные -7,0%. 46,2% новорожденных родились с массой тела от 2500-3999гр., 35,2% новорожденных родились с НМТ при рождении и 5,5% новорожденных родились с ЭНМТ. Гипербилирубинемия выявлена в 33,8% случаев, ядерная желтуха выявлена в 9,7%. ГБН встречалась в 9,7%. Неонатальные судороги встречались в 28,3%. Травмы шейного отдела

позвоночника встречались в 15,2%. Тяжелые инфекции с септическим состоянием отмечались 11,7%. ПЛМ выявлена в 6,9%. Кисты головного мозга в 9,0%. При НСГ выявлена ЦИ II степени в 31,7 %, в 51,0 % выявлены ПВК III степени и в 38,6%. ВЖК II степени обнаружены у 47,6%, III степени были выявлены в 35,2% и IV степени в 16,6%.

Заключение. Исследование показало, что ДЦП чаще встречается у мальчиков, преимущественно в возрасте 8–12 лет. Наиболее распространенной клинической формой является спастическая диплегия. В структуре факторов риска значимую роль играют осложнения беременности (анемия, преэклампсия, инфекции), патология родов (преждевременные роды, асфиксия, оперативное родоразрешение) и неонатальные нарушения (недоношенность, гипербилирубинемия, судороги, внутричерепные кровоизлияния). Полученные данные подтверждают мультифакторный характер формирования ДЦП с преобладанием перинатальных поражающих факторов.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЮ РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С МАЛЫМ РАЗМЕРОМ ПЛОДА ДЛЯ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА

Мустафазаде ТШ.

Казахстанско - Российский медицинский университет

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Рождение детей с малым размером плода для гестационного возраста (МРПГВ) остается значимой проблемой современной перинатологии в связи с высоким вкладом в структуру перинатальной заболеваемости и смертности, а также с формированием отдаленных метаболических, иммунных и нейроразвитийных нарушений.

Цель. Систематизировать современные данные о предикторах рождения детей с МРПГВ с акцентом на диагностические подходы, факторы риска и механизмы нарушения фетоплацентарного взаимодействия.

Материалы и методы. Проанализировано более 40 публикаций с учетом уровня доказательности за 2017-2025 гг. Поиск выполнен в базах PubMed, Scopus, Web of Science и отечественных источниках. Включены оригинальные исследования, обзоры и метаанализы, посвященные МРПГВ при одноплодной беременности.

Результаты. Современные диагностические стратегии МРПГВ основаны на интеграции ультразвуковой фетометрии, доплерометрии маточно-плацентарного кровотока и биохимических маркеров первого триместра. Комбинированные модели, включающие PAPP-A, PlGF, sFlt-1 и показатели кровотока в маточных артериях, повышают чувствительность выявления МРПГВ до 70-80% при уровне ложноположительных результатов около 10%. Во втором триместре оценка скорости роста плода (growth velocity) увеличивает диагностическую точность до 85-90%.

Факторы риска включают метаболические и сосудистые нарушения, хроническое воспаление, а также неблагоприятные экологические и социальные условия, увеличивающие риск МРПГВ на 20–30%.

Патогенетической основой МРПГВ является плацентарная дисфункция, сопровождающаяся гипоперфузией и нарушением ангиогенеза. Иммунологические изменения включают дисфункцию децидуальных НК-клеток, повышение уровней провоспалительных цитокинов (TNF- α , IL-6) и нарушение иммунной толерантности.

Выводы. МРПГВ формируется в результате комплексного взаимодействия иммуновоспалительных, сосудистых и метаболических механизмов, лежащих в основе плацентарной дисфункции. Интеграция клинических, биохимических и иммунологических маркеров повышает точность раннего прогнозирования и обосновывает разработку персонализированных подходов к ведению беременности. Перспективным направлением является внедрение мультидисциплинарных моделей, объединяющих достижения акушерства, неонатологии и иммунологии.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТЕЙ С МАЛЫМ РАЗМЕРОМ ПЛОДА ДЛЯ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА

Мустафазаде ТШ.

*Бухарский государственный медицинский институт,
Казахстанско -Российский медицинский университет*

Актуальность. Рождение детей с малым размером плода для гестационного возраста (МРПГВ) остается актуальной проблемой неонатологии в связи с высокой частотой нарушений постнатальной адаптации, инфекционно-воспалительных осложнений и формированием отдаленных метаболических и иммунных нарушений.

Цель. Оценить клинико-иммунологические показатели новорожденных с МРПГВ и определить их роль в формировании нарушений постнатальной адаптации.

Материалы и методы. Проведено клинико-иммунобиохимическое исследование доношенных новорожденных, рожденных от одноплодной беременности без врожденных пороков развития и инфекционной патологии. Оценивались клинические параметры раннего неонатального периода, показатели интерферонового звена иммунитета.

Результаты. У новорожденных с МРПГВ выявлены признаки нарушенной постнатальной адаптации, сочетающиеся с выраженной дисфункцией интерферонового ответа. Отмечено снижение спонтанной продукции IFN- α в 2 раза ($r = -0,82$), что отражает дефицит базальной активности врожденного иммунитета и ослабление противовирусного барьера. При этом индуцированная продукция IFN- α существенно не отличалась от контрольных значений, что указывает на сохранность компенсаторных резервов иммунной системы. Одновременно

зарегистрировано повышение спонтанной продукции IFN- γ в 2,0 раза при снижении индуцированной продукции в 4,2 раза ($p < 0,05$), что свидетельствует о несостоятельности адаптивного иммунного ответа и напряженности иммунорегуляторных механизмов.

Выводы. Клинико-иммунологические изменения у новорожденных с МРГВ характеризуются формированием специфического профиля интерферонового статуса, отражающего дисбаланс врожденного и адаптивного иммунного ответа. Интеграция клинических, иммунологических и биохимических показателей повышает точность раннего прогнозирования неблагоприятных исходов и обосновывает необходимость персонализированных подходов к ведению новорожденных данной группы.

ЦИТОКИНОВЫЙ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ ДИСБАЛАНС У НОВОРОЖДЕННЫХ С МАЛЫМ РАЗМЕРОМ ПЛОДА ДЛЯ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Мустафазаде ТШ.

*Казахстанско -Российский медицинский университет
Бухарский государственный медицинский институт,*

Актуальность. Малый размер плода для гестационного возраста (МРГВ) представляет собой одну из наиболее значимых проблем современной перинатологии, ассоциированную с высоким риском перинатальной смертности, неонатальной заболеваемости и формированием отдаленных кардиометаболических нарушений. В рамках современной концепции фетального программирования МРГВ рассматривается как мультифакторный синдром, обусловленный нарушением фетоплацентарного взаимодействия, включающего иммуновоспалительные, ангиогенные и эндотелиальные механизмы.

Цель. оценить особенности иммунологических и биохимических маркеров у новорожденных с МРГВ и определить их прогностическую значимость.

Материалы и методы. В исследование включено 72 доношенных новорожденных: 40 с МРГВ (масса тела ниже 10-го перцентиля по стандартам INTERGROWTH-21st) и 32 -без признаков задержки внутриутробного роста. Определение цитокинов и ангиогенных факторов проводилось методом иммуноферментного анализа. Уровень аутоантител к эндотелиальным клеткам (HUVEC) оценивали стандартными иммунологическими методами. Статистическая обработка данных включала U-критерий Манна–Уитни и корреляционный анализ Спирмена при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. У новорожденных с МРГВ выявлены достоверно более высокие уровни TNF- α ($p < 0,01$), что свидетельствует о наличии системной

воспалительной активации и эндотелиальной дисфункции. В 41% случаев у новорожденных основной группы выявлены аутоантитела к HUVEC, что указывает на вовлечение иммунопатологических механизмов в развитие плацентарной дисфункции. Корреляционный анализ продемонстрировал наличие умеренной обратной связи между уровнем TNF- α и массой тела при рождении ($r = -0,52$; $p < 0,05$), что подтверждает патогенетическую роль провоспалительных цитокинов в ограничении внутриутробного роста.

Выводы. Таким образом, у новорожденных с МРГВ формируется характерный иммунобиохимический профиль, включающий повышение TNF- α , снижение IFN- γ и наличие аутоантител к эндотелию, что отражает сочетание системной воспалительной активации, эндотелиальной дисфункции и плацентарной гипоперфузии. Полученные результаты обосновывают значимость иммунобиохимических маркеров как ранних предикторов неблагоприятных перинатальных исходов и подтверждают необходимость их интеграции в расширенные диагностические алгоритмы для персонализированной стратификации риска и оптимизации ведения новорожденных с МРГВ.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И МАРШРУТИЗАЦИИ ПАЦИЕНТА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ (МВПР) В ПЕРИОДЕ НОВОРОЖДЕННОСТИ

*Интерны Школы Педиатрии второго года обучения группы П19-018р
Журавлев Н.С., Коновалова К.Д., Куанышбек А.А.*

Научные руководитель:

*Шим Виктор Робертович, магистр медицинских наук, ассистент
профессора*

Актуальность

Множественные врожденные пороки развития (МВПР) встречаются с частотой до 2-3% среди новорожденных и являются одной из основных причин младенческой смертности и инвалидности. Наибольшую сложность представляют комбинации критических врожденных пороков сердца (ВПС) с аномалиями опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы (ЦНС). Данный клинический случай демонстрирует необходимость мультидисциплинарного подхода и активной пренатальной диагностики для своевременного определения тактики ведения и реабилитационного прогноза у пациентов с сочетанной тяжелой патологией.

Цель. Представить клинический случай крайне тяжелого течения МВПР у ребенка первого года жизни, оценить эффективность комплексного подхода к диагностике, лечению и реабилитации, а также обосновать

необходимость раннего направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ).

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской карты амбулаторного/стационарного больного (форма 031/у) ребенка, 31.08.2025 г.р. Используются данные клинического осмотра, инструментальных методов (ЭхоКГ, НСГ, ЭКГ, рентгенография, аудиологический скрининг), лабораторных исследований, а также результаты консультаций узких специалистов (кардиохирург, невролог, ортопед, реабилитолог).

Результаты. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с пренатально выявленными МВПР (гипоплазия правых отделов сердца, аномалии конечностей). Родился в 41 неделю, масса 3155 г, оценка по Апгар 6/7 баллов.

Заключительный диагноз: ВПР (Q71.0) — агенезия левого предплечья и кисти, гипоплазия левой плечевой кости. ВПС (Q22.1, Q21.2) — единственный желудочек сердца левожелудочкового типа, полная форма атриовентрикулярной коммуникации, гипоплазия правого желудочка, стеноз легочной артерии с обструкцией ВОПЖ, СН 2, ФК 2.

Фоновая патология (G96.8) включает темповую задержку моторного развития, синдром мышечной гипотонии и вегето-висцеральный синдром. В неонатальном периоде отмечались церебральная депрессия и ВЖК 1 степени, в течение первого года жизни — частые госпитализации по поводу обструктивных бронхитов, ЦМВИ и ДН 1–2 степени.

Выводы. Данный случай демонстрирует тяжелое сочетание патологии (ВПС, ВПР конечностей, гипоксически-ишемическое поражение ЦНС), требующее мультидисциплинарного подхода. Ситуация осложнялась тем, что пренатальная диагностика проводилась в другой республике, из-за чего её качество и достоверность оставались неочевидными для местных специалистов. Отсутствие единых протоколов и преемственности данных не позволило своевременно верифицировать диагноз, что привело к дефектам маршрутизации и задержке перевода пациентки в профильный стационар. Состояние ребенка осложняется частыми респираторными инфекциями на фоне гемодинамических нарушений, иммунодефицитного состояния (аплазия тимуса) и ВПР опорно-двигательного аппарата, что ухудшает качество жизни и прогноз.

РАЗДЕЛ 3

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗНАНИЙ И ОТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР К ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Маханбеткулова Д.Н.¹

¹Кафедра сестринского дела, Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Актуальность. В современных условиях развития здравоохранения доказательная сестринская практика (Evidence-Based Nursing Practice, EBNP) рассматривается как ключевой компонент обеспечения качества и безопасности медицинской помощи. Внедрение EBNP позволяет повысить эффективность клинических решений, снизить риск неблагоприятных исходов и обеспечить более персонализированный уход за пациентами. Успешная реализация доказательной практики требует от медицинских сестёр наличия сформированных компетенций, включающих способность выявлять пробелы в знаниях, формулировать клинические вопросы, осуществлять поиск и критическую оценку научной информации, а также внедрять полученные данные в практическую деятельность. В этой связи особую актуальность приобретает оценка уровня готовности медицинских сестёр к применению принципов доказательной практики.

Цель исследования — оценить уровень знаний, навыков и отношения медицинских сестёр к доказательной сестринской практике.

Материалы и методы. Исследование проводилось в период с января по март 2025 года и носило поперечный (cross-sectional) характер. В исследовании приняли участие 468 медицинских сестёр. Сбор данных осуществлялся с использованием стандартизированного опросника, включающего блоки, направленные на оценку частоты применения ключевых компонентов EBNP (формулирование клинических вопросов, поиск и критическая оценка информации, внедрение знаний в практику), а также самооценку исследовательских и информационно-аналитических навыков по шкале от 1 до 7. Статистический анализ проводился с использованием описательных методов.

Результаты. Анализ полученных данных показал, что большинство медицинских сестёр демонстрируют положительное отношение к доказательной практике и готовность к её внедрению. Так, более 70% респондентов указали, что они «иногда» и чаще формулируют клинические вопросы при выявлении дефицита знаний, осуществляют поиск научной информации и анализируют её достоверность, а около 70% применяют полученные знания в профессиональной деятельности.

Важным показателем является высокий уровень профессиональной мотивации: около 50% респондентов полностью согласны с тем, что

доказательная практика является основой качества медицинской помощи. Более 70% медицинских сестёр демонстрируют готовность к обмену знаниями и взаимодействию с коллегами, что свидетельствует о формировании культуры профессионального сотрудничества.

Самооценка компетенций показала, что большинство респондентов оценивают свои навыки на среднем и высоком уровне, однако исследовательские навыки (формулирование научных вопросов, анализ доказательств) оцениваются ниже, что указывает на необходимость их дальнейшего развития. Несмотря на общую позитивную тенденцию, выявлены проблемные зоны: около 25–30% медицинских сестёр редко или никогда не используют ключевые элементы доказательной практики, что свидетельствует о неоднородности уровня сформированности EBNP-компетенций.

Выводы. Результаты исследования показывают, что медицинские сёстры в целом демонстрируют положительное отношение к доказательной практике, готовность к внедрению научных знаний и высокий уровень профессиональной мотивации. Вместе с тем выявленный разрыв между установками и практическим применением принципов EBNP указывает на необходимость усиления образовательных и организационных мер, направленных на развитие исследовательских компетенций и системное внедрение доказательной практики.

ТЕКУЩИЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ ПАТРОНАЖНЫХ СЕСТЕР В РАМКАХ ПРОГРАММЫ УППМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

*Аталыкова Г.Т., Бокетова Б.Н., Усенова Т.Р.
Кафедра АПП, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова*

Актуальность. В рамках государственной программы «Денсаулық» (2016-2019годы) в медицинских учреждениях Республики Казахстан на амбулаторном уровне была внедрена универсально-прогрессивная модель патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста (УППМ). Эта программа была внедрена с целью улучшения показателей здоровья, развития, благополучия женщин и детей. Необходимость внедрения новой патронажной службы назрела в связи с тем, что прежняя система домашних посещений беременных женщин и детей раннего возраста не достигала в достаточной степени целей устойчивого развития, которые были приняты ООН. В настоящее время программа УППМ внедрена и работает во всех медицинских учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в РК и вплетена в работу центров развития и раннего вмешательства (ЦРРВ), которые открываются на амбулаторном уровне. Структура ЦРРВ включает в себя: кабинет врача-педиатра, осуществляющего осмотр пациентов и супервизию, кабинет патронажных сестер, кабинет развития ребенка, ресурсный центр по питанию, кабинет по проведению аудиологического и психофизического

скринингов. Кроме того, в отделении ЦРРВ ведет прием детский невролог, детский ЛОР.

Цель. Текущий анализ работы патронажных сестер по программе УППМ в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Проведен текущий анализ работы службы патронажных сестер в структуре ЦРРВ (в течении трех месяцев) в одной из поликлиник г. Алматы. Использованы методы описательного анализа. Методы соответствовали основным этическим принципам.

Результаты. В ЦРРВ работают 5 патронажных сестер. Средний возраст патронажных сестер составляет 35-45 лет. В течении дня патронажная сестра посещает от 7 до 8 пациентов в возрасте до 3-х лет. Длительность посещений составляет от 30 до 40 минут. Специалисты патронажной службы в своей работе используют пациент-центрированный подход. Так, по результатам проведения психофизического скрининга за первый квартал 2026 года были выявлены и направлены в ПМПК 52 пациента, которым был выставлен диагноз задержки речевого развития (ЗРР). По данным аудиологического скрининга выявлено 5 детей с тугоухостью. Среди детей в возрасте до 6 месяцев 184 ребенка находятся на исключительно грудном вскармливании (ИГВ), что составляет 95%. Среди детей от 6 месяцев до 2 лет грудное вскармливание продолжают получать 1000 детей (89%). В ходе патронажных визитов медицинские сестры активно применяют критерии оценки, входящие в «треугольник потребностей». Так, по данным визитов в течении первого квартала 2026 года наблюдается тенденция активного участия родителей, особенно отцов в воспитании детей. Эта тенденция особенно видна в молодых семьях. Отцы читают детям, играют с детьми, интересуются здоровьем свои детей. Среди отцов старшего поколения такая вовлеченность отмечается реже.

По результатам патронажных визитов выявляются в семьях преимущественно умеренные риски. Эти риски обусловлены проблемами со здоровьем и проблемами в социальной сфере (съемное жилье, недостаточность финансовых средств, работа одного из родителей в дневное или ночное время). В подобных ситуациях используется прогрессивный пакет патронажной помощи, с приглашением междисциплинарной группы (МДГ) и составления индивидуального плана раннего вмешательства (ИПРВ). В МДГ для составления ИПРВ входят специалисты разных областей здравоохранения, социальной защиты, образования.

Заключение. Пациент-центрированный подход в работе специалистов патронажной службы позволяет оперативно реагировать на ранние признаки нездоровья у пациентов детского возраста, на соблюдение прав ребенка. УППМ устраняет неравенства и предоставляет равный жизненный старт каждому ребенку, независимо от места проживания, уровня образования родителей и социально-экономического статуса.

Вывод. Патронажная служба оказывает своевременную и многостороннюю помощь детям и семьям на этапе амбулаторно-поликлинической службы.

ДӘРІГЕРЛЕР МЕН МЕДБИКЕЛЕРДІҢ ПЕДИАТРИЯЛЫҚ ПРАКТИКАДА АНТИБИОТИКТЕРДІ РАЦИОНАЛДЫ ҚОЛДАНУ ТУРАЛЫ БІЛІМІ

Абдрахманова Г.М.¹, Куракбаев К.К.²

¹ *С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы, Қазақстан*

² *«ВШОЗ» Қазақстан медицина университеті Алматы, Қазақстан.*

Кіріспе. Диагностикалық және емдеу хаттамаларының болуына қарамастан, педиатрияда иррационалды антибактериалды препараттарды тағайындау жаһандық мәселе болып қала береді. Дәрігерлер мен медбикелер антибиотикалық терапияны басқаруда негізгі рөл атқарады, бірақ олардың дәрі-дәрмектерді пұтымды қолданудың заманауи принциптері туралы білімі ннемі бақылауды және жаңартуды қажет етеді.

Зерттеу мақсаты: Дәрігерлер мен орта деңгейдегі медицина қызметкерлерінің балалардағы тыныс алу жолдарының инфекцияларын пұтымды антибиотикалық терапия және емдеу хаттамаларын сақтау туралы кәсіби білімдерін бағалау.

Материалдар мен әдістер: Ақсай балалар оралығында 30 медицина қызметкерінің (10 дәрігер және 20 медбике) анонимді сауалнамасы жүргізілді. Зерттеу дизайны сипаттамалық кәлденең зерттеу болды. Сауалнамаға жедел респираторлық вирустық инфекцияларға арналған бастапқы терапияны таңдау, бактериялық инфекция критерийлері және жергілікті тәзімділік деректері туралы хабардарлық туралы сұрақтар кірді.

Нәтижелері: Талдау кәрсеткендей, дәрігерлердің 85%-ы жедел тонзиллитке антибиотик тағайындау кәрсеткіштерін дұрыс анықтайды, бірақ 5%-ы оларды вирустық инфекцияларда «асқынулардың алдын алу ншін» қолдануға мнмкіндік береді. Медбикелер арасында 92%-ы антибиотиктерді сұйылту және сақтау процедуралары туралы білген, бірақ респонденттердің тек 40%-ы ата-аналарды өзін-өзі емдеудің қауіптері туралы хабардар етеді. Мамандардың тек 15%-ы антибиотиктерге тәзімділіктің қауіптері туралы ннемі хабардар болған. Дәрігерлер ата-аналардың қысымын және «жылдам әсер» кнтуді пұтымды тағайындаудың негізгі кедергілері ретінде атады.

Қорытынды: Негізсіз профилактикалық антибиотикалық терапияға қатысты медициналық қызметкерлер ншін ннемі білім беру тренингтері және бастапқы медициналық-санитарлық кәмек деңгейінде микробқа қарсы кнтім бағдарламаларын енгізу қажет. Зерттеу жалғасады.

РАЗДЕЛ 4 ВОПРОСЫ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ В ПЕДИАТРИИ

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ЕСТЕСТВЕННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ОРГАНИЗМА У ДЕТЕЙ 7-18 ЛЕТ ПРИ ЗАРАЖЕНИИ SARS-COV-2 ИНФЕКЦИЕЙ

*Махмутов Р.Ф., Бобровицкая А.И., Лихобабина О.А.
ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк, Россия*

Актуальность. Клинические проявления при заражении SARS-CoV-2 инфекцией характеризуются широкой вариабельностью и длительностью проявлений симптомов. Нарушение функции иммунной системы имеет первостепенное значение, поскольку в периоде реконвалесценции при заражении SARS-CoV-2 инфекцией, она продолжает интенсивно вырабатывать защитные агенты (Махмутов Р.Ф., с соавт., 2025).

Цель. Изучить состояние естественной резистентности организма у детей 7-18 лет, при заражении SARS-CoV-2 инфекцией.

Материал и методы. Проведено ретроспективное изучение историй болезни 120 детей (изучаемая группа (ИГ)), болевших SARS-CoV-2 инфекцией в период 2021-2022 гг. (диагноз подтвержден ПЦР). Группу контроля составили 30 здоровых детей такого же возраста (референсные значения (РЗ)). Изучены показатели гемограммы РЗ: НЭК $0,5 \pm 0,05$ усл. ед., КФП $471,0 \pm 12,5$ усл. ед., ИЛП $618,0 \pm 17,8$ усл. ед., АНО $337,0 \pm 17,8$ усл. ед., ЛИИ $0,62 \pm 0,09$ усл. ед., ЛИИм $1,3 \pm 0,5$ усл. ед., РОН $0,71 \pm 0,07$ усл. ед., ИРО $50-100$ усл. ед., ИСЛК $1,96 \pm 0,56$ усл. ед., ИЛГ $4,56 \pm 0,37$ усл. ед., ИГ $0,3 \pm 0,5$ усл. ед., ИЛСОЭ $1,87 \pm 0,76$ усл. ед., ИК $1,80 \pm 0,46$ усл. ед., ЯИЭ $0,05-0,1$ усл. ед. Детям ИГ назначали терапию по стандартам лечения SARS-CoV-2 инфекции. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 13.3 (разработчик StatSoft.Inc).

Результаты. Показатель НЭК у детей ИГ на момент госпитализации был повышен на 24,00% ($0,62$ усл. ед.), к моменту выписки – в пределах РЗ ($0,51$ усл. ед.). Показатель КФП у детей ИГ на момент госпитализации был повышен на 67,59% ($789,38$ усл. ед., $p < 0,05$), к моменту выписки – на 43,01% ($673,56$ усл. ед., $p < 0,05$). Показатель ИЛП у детей ИГ на момент госпитализации был снижен на 45,04% ($339,62$ усл. ед., $p < 0,05$), к моменту выписки – на 49,82% ($310,10$ усл. ед., $p < 0,05$). Показатель АНО у детей ИГ на момент госпитализации был снижен на 51,56% ($163,25$ усл. ед., $p < 0,05$), к моменту выписки – в пределах РЗ ($327,91$ усл. ед.). Показатель ЛИИ у детей ИГ на момент госпитализации и при выписке был в пределах РЗ ($0,59$ усл. ед. и $0,60$ усл. ед. соответственно). Показатель ЛИИм у детей ИГ на момент госпитализации был повышен практически в 3 раза ($4,03$ усл. ед., $p < 0,001$), к моменту выписки – в 8 раз ($10,04$ усл. ед., $p < 0,001$). Показатель РОН у детей ИГ на момент госпитализации был повышен на

67,60% (1,19 усл. ед., $p<0,05$), к моменту выписки – на 71,83% (1,22 усл. ед., $p<0,05$). Показатель ИРО у детей ИГ на момент госпитализации был повышен в 4,5 раза (448,27 усл. ед., $p<0,001$), к моменту выздоровления – в 5 раз (511,91 усл. ед., $p<0,001$). Показатель ИСКЛ у детей ИГ на момент госпитализации был снижен на 56,12% (0,86 усл. ед., $p<0,05$), к моменту выздоровления – на 25,51% (1,46 усл. ед., $p<0,05$). Показатель ИЛГ у детей ИГ на момент госпитализации был повышен на 46,3% (6,67 усл. ед., $p<0,05$), к моменту выписки – на 28,73% (5,87 усл. ед., $p<0,05$). Уровень показателя ИГ у детей ИГ на момент госпитализации был повышен на 84,00% (0,92 усл. ед., $p<0,05$), к моменту выздоровления – на 56,00% (0,78 усл. ед., $p<0,05$). Показатель ИЛСОЭ у детей ИГ на момент госпитализации был снижен на 27,22% (136,1 усл. ед., $p<0,05$), к моменту выздоровления – на 40,96% (110,4 усл. ед., $p<0,05$). Показатель ИК у детей ИГ на момент госпитализации и при выписке был в пределах РЗ (1,70 усл. ед. и 19,0 усл. ед.). Показатель ЯИЭ у детей ИГ был повышен практически в 3 раза (0,28 усл. ед. и 0,29 усл. ед., $p<0,001$).

Выводы. Включение индексов естественной резистентности организма в алгоритм обследования детей 7-18 лет, в период заражения SARS-CoV-2 инфекцией, способствует своевременности постановки диагноза, назначению адекватной терапии, формированию методов реабилитации, для уменьшения лечебно-диагностического наблюдения и снижения значимых социально-экономических последствий в постковидный период.

ЗНАЧИМОСТЬ ПАССИВНОЙ ИММУНИЗАЦИИ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОТ РЕСПИРАТОРНО- СИНЦИТИАЛЬНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ажахметов Мадияр, Суиндикова Алина

Научный руководитель: Ажахметова М.З.

Кафедра амбулаторно-поликлинической педиатрии КазНМУ им. С.Д.

Асфендиярова,

г. Алматы, Республика Казахстан

Введение. Респираторно-синцициальная вирусная инфекция (РСВ) является одной из ведущих причин тяжёлых инфекций нижних дыхательных путей у детей раннего возраста [1,2]. Наиболее уязвимую группу составляют глубоко недоношенные дети и пациенты с бронхолегочной дисплазией (БЛД). Высокая частота госпитализаций и осложнений обуславливает необходимость оценки клинико-демографических характеристик данной категории пациентов и обоснования значимости пассивной иммунопрофилактики РСВ [3,4].

Методы. На базе кабинета катамнеза Центра перинатологии и детской кардиохирургии г. Алматы проведён ретроспективный анализ 30 историй болезни детей с установленным диагнозом бронхолегочной дисплазии. В исследование включены пациенты, находившиеся на диспансерном

наблюдении. Оценивались гестационный возраст, масса тела при рождении, способ родоразрешения, оценка по шкале Апгар, пол ребёнка и возраст первой госпитализации. Статистическая обработка выполнена методом описательной статистики с расчётом относительных показателей.

Результаты. Установлено, что в 61% случаев гестационный возраст составлял 27–31 неделю, а масса тела при рождении менее 3000 г отмечалась у 86% детей, из них у 35% регистрировалась экстремально низкая масса тела. Оценка по шкале Апгар 4–6 баллов выявлена у 57% новорождённых. Кесарево сечение проведено в 41% случаев. В структуре пациентов преобладали мальчики (59%). Наиболее частый возраст госпитализации — от 2 месяцев до 1 года (63%), что совпадает с пиком заболеваемости РСВ-инфекцией и подчёркивает клиническую значимость иммунопрофилактики.

Заключение. Результаты ретроспективного анализа подтверждают, что основную группу пациентов с БЛД составляют глубоко недоношенные дети с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении. Высокая частота госпитализаций в первый год жизни обосновывает необходимость ранней маршрутизации пациентов, катамнестического наблюдения и проведения пассивной иммунизации против РСВ как ключевого компонента профилактики тяжёлых респираторных осложнений.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВАКЦИНАЦИИ НА ЗАДЕРЖКУ ПСИХИЧЕСКОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Биргебай А.¹, Салыбек А.². Группа: П19-003

Научный руководитель: Тажиева К.Н.¹, Бокетова Б.Н.²,

¹Кафедра Амбулаторно-поликлинической педиатрии КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова

Актуальность. В последние годы отмечается рост числа детей с задержкой психического и речевого развития, включая расстройства аутистического спектра. Данные нарушения оказывают значительное влияние на когнитивные функции, социальную адаптацию и качество жизни ребенка. Одновременно в обществе сохраняются опасения относительно возможного влияния вакцинации на развитие детей, что приводит к отказам от иммунизации и снижению уровня коллективного иммунитета. Несмотря на это, международные исследования не подтверждают наличие причинно-следственной связи между вакцинацией и нарушениями нейроразвития, что обуславливает необходимость проведения дополнительных исследований на региональном уровне.

Цель исследования. Оценить возможное влияние вакцинации на психическое и речевое развитие детей и определить наличие связи между вакцинационным статусом и развитием задержек.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное клинико-статистическое исследование на базе городской поликлиники №11 г.

Алматы. В исследование включен 211 ребенок в возрасте до 15 лет, из них 63 ребенка с диагностированными нарушениями развития (задержка психического развития, задержка речевого развития, расстройства аутистического спектра) и 148 детей без отклонений. Критерии включения: наличие полной медицинской документации, данных о психомоторном и речевом развитии, а также сведений о вакцинации. Используются методы анализа амбулаторных карт, анкетирование родителей и статистическая обработка данных. Дополнительно проведен анализ научной литературы за последние 10 лет.

Результаты. Установлено, что у 70% детей развитие соответствовало возрастной норме, тогда как у 30% выявлены нарушения. Среди детей с задержками развития преобладали невакцинированные — 66,7%, частично вакцинированные составили 25,4%, полностью вакцинированные — 7,9%. Полученные данные не выявили причинно-следственной связи между вакцинацией и нарушениями психического и речевого развития. Напротив, у большинства детей с задержками отмечались значимые биологические и социальные факторы риска: перинатальная патология, гипоксия, недоношенность, наследственность, неблагоприятные социальные условия. Поствакцинальные реакции у привитых детей носили преимущественно легкий и кратковременный характер, серьезных осложнений не зарегистрировано.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют об отсутствии связи между вакцинацией и развитием психических и речевых нарушений у детей. Основными факторами риска являются биологические, генетические и социальные воздействия. Полученные данные подтверждают безопасность вакцинации и подчеркивают необходимость повышения информированности населения для предотвращения необоснованных отказов от иммунизации.

Ключевые слова: вакцинация, задержка психического развития, задержка речевого развития, аутизм, дети.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ МЕТОДОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Бегматов Журабек Ахматович

Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии

Актуальность: Проблемы профилактики и лечения послеоперационного болевого синдрома у травматологических пациентов пожилого возраста представляет очень актуальную задачу. Методика обезболивания после операции должна учитывать особенности и максимальной безопасности для пациента.

Цель исследования: разработать метод обезболивания у пациентов пожилого и старческого возраста после операций на тазобедренном суставе.

Материалы и методы. В исследование включены 56 пациентов пожилого возраста от 62 до 85 лет, которым выполнялись операции однополюсного эндопротезирования тазобедренного сустава. Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от способа послеоперационного обезболивания. В основной группе (n=30) применялось комбинированное. В контрольной группе (n=26) проводилось стандартное обезболивание.

Результаты. В контрольной группе повышение АДс и АДд составляло 25–35% от исходных значений, что говорит о нестабильной гемодинамике и неадекватном обезболивании. Показатели ЧСС и ОПСС на II, III и IV этапах исследования в контрольной группе также достоверно выше, чем в основной. Исследование эффектов МА показало, что низкоконцентрированные, а именно 0,1%-е растворы наропина и маркаина способны развивать достаточную по силе выраженности нервную блокаду, успешно купирующую болевой синдром после травматологических операций на тазобедренном суставе и бедре.

Выводы. Послеоперационное обезболивание на основе регионарной блокады поясничного сплетения и планового введения НПВП является более эффективным методом анальгезии после операций у пациентов пожилого и старческого возраста.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧЕРЕЗ ДВИЖЕНИЕ: ПРИМЕНЕНИЕ МЕДЕК-ТЕРАПИИ ПРИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

*Аққазина К.Р. резидент 2 года обучения 24ФМиР-10 группы по специальности Физическая медицина и реабилитация (взрослая, детская)
Научный руководитель: м.м.н Ибраева О.Ш.*

Актуальность. Гиперкинетическая форма церебрального паралича характеризуется выраженными нарушениями произвольного контроля движений, нестабильностью постуральной регуляции и снижением точности целенаправленных моторных действий, что существенно ограничивает функциональную активность ребёнка и его участие в повседневной жизни. Достижение стабильного моторного контроля традиционными методами остаётся сложной задачей. MEDEK-терапия направлена на активацию врождённых антигравитационных реакций через использование дистальных опор и минимизацию внешней поддержки. В отличие от традиционных методов MEDEK стимулирует спонтанную двигательную активность, провоцируя ребёнка к самостоятельному поиску постуральных решений. Метод основан на принципах моторного обучения и нейропластичности за счёт создания нестабильных условий и смещения

центра тяжести активируются автоматические постуральные реакции, что способствует формированию более эффективных двигательных стратегий.

Цель. Оценить эффективность применения МЕДЕК-терапии у ребёнка с гиперкинетической формой церебрального паралича.

Материал и методы. Пациентка, 6 лет, с диагнозом церебральный паралич, гиперкинетическая форма, с функциональным уровнем двигательной активности по классификации GMFCS II, прошла 5 курсов МЕДЕК. Продолжительность каждого курса составляла 14 дней, занятия проводились ежедневно, длительность одного занятия - 45 минут. Реабилитационная программа включала следующие методы: МЕДЕК-терапия применялась с целью стимуляции постурального контроля и формирования автоматических выпрямительных и защитных реакций. Использование дистальных захватов в области голени и лодыжек способствовало развитию самостоятельной стабилизации туловища и снижению влияния гиперкинетических движений за счёт активации антигравитационных механизмов. Лечебная физическая культура использовалась для укрепления мышечного корсета, улучшения координации движений и развития функциональных двигательных навыков, включая поддержание позы, переходы и ходьбу. Массаж применялся с целью нормализации мышечного тонуса, уменьшения выраженности гиперкинезов, улучшения микроциркуляции и подготовки мышечно-связочного аппарата к физической нагрузке. Клиническое наблюдение проводилось для оценки динамики состояния пациентки, мониторинга изменений двигательной активности и контроля эффективности проводимых реабилитационных мероприятий.

Результаты. После проведения 5 курсов МЕДЕК-терапии в составе комплексной реабилитации у пациентки отмечена положительная динамика двигательных функций. Клинически наблюдалось: улучшение постурального контроля и стабилизации туловища; формирование более выраженных выпрямительных и защитных реакций; снижение выраженности гиперкинетических движений при выполнении целенаправленных моторных задач; расширение функциональных возможностей: уверенное выполнение переходов из положения сидя в стоя, повышение устойчивости при ходьбе и изменении положения тела.

Выводы. Применение МЕДЕК терапии в составе комплексной реабилитации способствует улучшению крупной моторики, постурального контроля и функциональной независимости у детей с церебральным параличом гиперкинетической формы. Полученные результаты подтверждают эффективность данного метода у пациентов с II уровнем по GMFCS и обосновывают его включение в программы реабилитации.

ҚЫЗЫЛША АУРУЫНЫҢ ВАКЦИНА АРҚЫЛЫ АЛДЫН АЛУ СТРАТЕГИЯЛАРЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН ТАЛДАУ

¹ Тажиева К.Н., ² Калыкова У.А., ³ Төрехан Ә.Қ., ⁴ Серік А.А.

^{1,2,3,4} "С. Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті" ҚЕАҚ, Амбулаторлық-емханалық педиатрия кафедрасы, Алматы, Қазақстан Республикасы

Кіріспе және зерттеу мақсаты:

Жұқпалы аурулардың иммунопрофилактикасы – бұл профилактикалық егулер жүргізу арқылы жұқпалы аурулардың таралуын болдырмау, шектеу және жою мақсатында жүзеге асырылатын іс-шаралар жиісі. Жұқпалы аурулардың иммунопрофилактикасының маңыздылығы, иммунопрофилактиканың тиімділігі практикалық қолданудың ондаған жылдарында өзін дәлелдеген. Полиомиелит, дифтерия, сіреспе, қызылша, паротит сияқты жұқпалы аурулар вакцинацияның арқасында қазіргі уақытта өте сирек кездеседі. Жұқпалы аурулардың азаюы тұжымдық иммунитеттің жеткілікті деңгейімен қамтамасыз етіледі, бұл осы инфекциялардың таралуына және эпидемиялардың пайда болуына кедергі болып табылады. Тұжымдық иммунитеттің қажетті деңгейі-95%. Вакцинациядан бас тарту тұжымдық иммунитеттің төмендеуіне және жұқпалы аурулардың өршуіне әкеледі. Соңғы 20 жылда бәрібір әлем бойынша қызылшаға қарсы вакцинация 56 миллион әлімнің алдын алды.

Мақсаты: қызылшаға қарсы вакцинация стратегияларының қаншалықты тиімді екенін бағалау, аурудың таралуын азайтудағы әсерін анықтау және халықтың денсаулығын қорғау үшін ең тиімді алдын алу шараларын айқындау.

Зерттеу материалдары мен әдістері: Зерттеу Алматы қаласы Жетісу ауданының ҚЕ №11 ШЖҚ КМК-де жүргізілді. Бақылауда 0 жастан 15 жасқа дейінгі 8806 бала болды. 2023 жылғы қыркүйектің басынан 2024 жылғы ақпанға дейін (6 ай ішінде) қызылшамен ауырғандардың барлығы 306 адамды құрады.

Оның ішінде 0 жастан 15 жасқа дейінгі балалар - 230 (75%), оның ішінде 15 жасқа дейінгі оқушылар – 56 (24,3%), мектепке дейінгі мекемеге баратын балалар – 20 (8,7%), тұйымдастырылмаған балалар-154 (67%) (оның ішінде 1 жасқа дейінгі балалар-24).

15 жастан 18 жасқа дейінгі жасөспірімдер – 8 (2,6%), оның ішінде оқушылар 5 (62,5%), колледжде оқитындардар - 2 (25%), тұйымдастырылмаған - 1 (12,5%).

Ересектер-68 (22,2%), оның ішінде жүйелі әйелдер – 6 (8,8%).

Зерттеу нәтижелері.

Қызылшамен ауырғандардың ішінен вакцинацияланбағандар саны 215 адам (70,2%), ҚҚП екі дозасымен егілгендер 39 (13%), бір ғана дозамен егілгендер 35 (11,4%), қыжаттық растаусыз (келушілер, резидент емес, тіркелмеген) -15 (4,9%).

Вакцинацияланбаған 215 баланың 153-ін (71,2%) діни және жеке сенімдері бойынша бас тартушылар қырайды. 62 бала медициналық қарсы көрсетілімдерге байланысты (абсолютті және салыстырмалы) екпе алмағандар.

Қызылша ауруынан кейінгі 230 баланың 9 (4%)-ында асқынулар байқалды:

Оның ішінде 4 пневмония, 1 энцефалит, 1 гидроцефалия, 1 трахеобронхит, 2 стоматит.

Асқыну дамыған 9 баланың 7-і (77,7%) вакцинацияланбаған және олардың 5(56%) 1 жасқа дейінгі балалар болды.

Қызылша ошақтарында науқастармен байланыста болған балалар саны 247, ересектер саны 204 қырады. Эпидемияға қарсы іс-шаралар өткізілгеннен кейін 72 сағат ішінде 89 бала (36%) екпе алды.

Қызылша ошағынан карантин мерзімі аяқталғанға дейін байланыста болған 247 баланың 19-ы (7,7%) қызылшамен ауырып қалды (олардың барлығы бас тартуға байланысты вакцинацияланбаған).

Зерттеу барысында мыналар анықталды:

- 1 жасқа дейінгі балалардағы ауру ересек балаларға қарағанда ауыр өтеді
- вакцинацияланбаған балалар қызылшаның ауыр түрімен ауырады
- екі доза вакцинация алған балаларда бір доза алған балаларға салыстырғанда ауру сирек кездеседі, өйткені бірінші вакцинациядан кейін иммунитет 85-90% қалыптасады, ал екі вакцинациядан кейін пациенттердің 100%-ы қызылша тудыратын РНҚ вирусына төзімділікке ие болады.

- вакцинацияланбаған ерте жастағы балаларда қызылшаның асқыну қаупі жоғары болады.

- қызылшаның алдын алу кезінде вакцинация шешуші, қол жетімді және тиімді әдіс болып табылады. ҚР ДСМ профилактикалық егулердің ұлттық кәсіптік сәйкес балаларға қызылшаға қарсы жоспарлы вакцинация 12-15 ай жасында және ревакцинация-6 жаста жүргізіледі.

Қорытынды:

- Вакцинация аурудың ауыр ағымы мен асқынулардың алдын алады.
- Вакцинация ұжымдық иммунитетін қалыптастыруға ықпал етеді, бұл аурудың қоғамда таралу қаупін азайтады.

- Қызылшаға қарсы вакцинация жұқпалы аурумен күресудің қауіпсіз және тиімді әдісі болып табылады.

Түйінді сөздер: ұжымдық иммунитет, вакцинация, вакцинациядан бас тарту, қызылша инфекциясынан кейінгі асқынулар, алдын алу.

РАЗДЕЛ 5

РОЛЬ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ПРОГРЕССИВНОЙ МОДЕЛИ ПАТРОНАЖА В РАБОТЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА, ВОП

ЧАСТОТА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ОКСИДА АЗОТА В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ (FeNO) У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Сулов П.А., Солдатова К.К.

Научный руководитель: Овсянников Д.Ю.

Актуальность. Концентрация оксида азота (FeNO) в выдыхаемом воздухе служит неинвазивным биомаркером эозинофильного воспаления дыхательных путей. Данный метод используется в диагностике и мониторинге эффективности терапии бронхиальной астмы. Несмотря на доказанную клиническую ценность метода, частота применения метода в реальной амбулаторной практике остается недостаточно изученной.

Цель: определить частоту использования метода определения уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе у пациентов с бронхиальной астмой на амбулаторном приеме врача-пульмонолога.

Материал и методы. В исследовании приняли участие пациенты (n=637) с бронхиальной астмой в возрасте с 4 до 17 лет (Me 8; ИКР 6-11) посетившие амбулаторный прием пульмонолога в ООО «Медико-оздоровительный центр Южный» за период с 11.07.2025 по 07.03.2026 гг. Все пациенты были распределены на 2 группы, в зависимости от пола. Определение FeNO во выдыхаемом воздухе проводилось с помощью прибора NIOX VERO. Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью статистических формул программы Microsoft Office Excel 365 с оценкой медианы и интерквартильного размаха.

Результаты. Определение уровня FeNO в выдыхаемом воздухе было проведено 96 пациентам с бронхиальной астмой, из них 27 девочкам (Me 17, ИКР 7-22), и 69 мальчикам (Me=13, ИКР 8-22). Частота использования метода составила 15% (96/637), из них с целью оценки эффективности проводимой терапии - в 85,4% (82/96) случаев, тогда как с целью первичной диагностики астмы - в 12,5% (12/96), а с целью дифференциальной диагностики кашля - в 2,1% (2/96) случаев. При анализе 96 выполненных исследований установлено, что среди мальчиков уровень FeNO был ниже 7 pbb у 12 пациентов (17,4%), в диапазоне от 7 pbb до 12 pbb у 20 пациентов (29%), выше 12 pbb у 37 пациентов (53,6%). Среди девочек, количество с уровнем FeNO ниже 7 pbb составило 5 пациентов (18,5%), в диапазоне от 7 pbb до 12 pbb у 5 пациентов (18,5%), выше 12 pbb у 17 пациентов (63%).

Вывод. Несмотря на неинвазивность и высокую информативность, частота определения уровня FeNO в выдыхаемом воздухе у пациентов с

бронхиальной астмой составила 15% (96/637), что может быть обусловлено низкой доступности данного метода диагностики.

РОЛЬ АЛИМЕНТАРНОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Байжанова Г. Ж. Акрамова Х.А.

Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность. Грудное вскармливание является оптимальным видом питания для детей первых лет жизни и оказывает комплексное влияние на рост, развитие и здоровье ребёнка в дальнейшем. Сбалансированная микробиота в раннем возрасте способствует правильному формированию иммунной системы, метаболических процессов и снижает вероятность развития хронических заболеваний в будущем.

Цель исследования. Изучить влияние типа питания на проявления различных форм функциональных нарушений кишечника (ФНК) на фоне анемии у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 144 ребёнка раннего возраста. Группу составили с (ФНК), диагностированными на фоне анемии различной степени тяжести. Проведен сбор перинатального анамнеза, а также комплекс лабораторное обследование, что позволило выявить сопутствующие дефицитные состояния, ассоциированные с анемическим синдромом и нарушениями кишечной функции. По нашим данным, распределение детей по полу было следующим: 86 мальчиков (59,7%) и 58 девочек (40,2%).

Результаты и обсуждение. Среди 144 детей с функциональными нарушениями кишечника наибольшую долю составили случаи неуточнённых функциональных расстройств кишечника у 76 пациентов (52,7%). Функциональная диарея диагностировалась у 41 ребёнка (28,0%), тогда как функциональный запор (K59.0) отмечен у 27 детей (19,3%). Анализ характера вскармливания показал, что среди детей с ФНК и различными степенями анемии выявлены определённые закономерности, отражающие роль раннего питания в формировании патологического состояния. В группе ФНК у детей с анемией I степени преобладало естественное вскармливание (11,8%), тогда как на искусственном вскармливании находилось лишь 5,2% детей. При II степени анемии выявлено доминирование естественного вскармливания (43,4%), однако отмечалась значительная доля смешанного и искусственного (по 14,4%). При III степени анемии отмечался относительный баланс между типами вскармливания: 10,5% детей находились на естественном, 2,6% — на искусственном и 3,9% — на смешанном вскармливании. Это указывает, что при более выраженной анемии сохраняется высокая зависимость от

смешанного и искусственного вскармливания. В группе функциональная диарея у детей с анемией I степени удельный вес естественного вскармливания составил 17,0%, а смешанного — 12,9%, что подчеркивает снижение роли исключительно грудного вскармливания. При анемии II степени преобладало естественное вскармливание (36,5%), однако в 20,0% случаев дети находились на искусственном питании, что указывает на его возможную роль в прогрессировании нарушений. У детей с III степенью анемии доминировало исключительно искусственное вскармливание (9,7%), что может рассматриваться как один из факторов риска более тяжелого течения. В группе функциональный запор при анемии I степени на грудном вскармливании находилось 29,6% детей, тогда как смешанное питание составило 3,9%. При II степени анемии доля естественного вскармливания снизилась (18,5%), а смешанного и искусственного — возросла (по 18,5% и 11,1%). При III степени анемии наблюдалась выраженная тенденция к смешанному и искусственному вскармливанию (по 7,4% и 3,7%).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что анте- и перинатальные факторы риска играют ключевую роль в формировании функциональных нарушений кишечника у детей с анемией. Среди них наибольшее значение имеют кесарево сечение, хронические заболевания у матери и осложнённое течение беременности. Данные обстоятельства диктуют необходимость комплексных профилактических мер и тщательного диспансерного наблюдения за детьми из группы риска. Кроме того, результаты исследования указывают на половые различия: мальчики оказались более уязвимыми к развитию функциональных нарушений кишечника в условиях анемии.

РАЗДЕЛ 6

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ВЗГЛЯД НА ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ТАКТИКА ДОГОСПИТАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ АНАФИЛАКТИЧЕСКОГО ШОКА У ДЕТЕЙ

Альмухамбетова Э.Ф.

НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность

Анафилактический шок у детей относится к наиболее опасным неотложным состояниям, развивающимся стремительно и сопровождающимся угрозой жизнеопасных нарушений дыхания и гемодинамики. Частота анафилаксии в педиатрии ежегодно увеличивается, что связано с ростом аллергических заболеваний, пищевой сенсибилизации и распространённостью лекарственных и поствакцинальных реакций. Успех лечения во многом определяется действиями медицинских работников на догоспитальном этапе, поскольку именно первые минуты определяют исход.

Цель

Охарактеризовать ключевые этапы догоспитального ведения анафилактического шока у детей и определить наиболее эффективные мероприятия, направленные на стабилизацию жизненно важных функций до госпитализации.

Материалы и методы

Проанализированы современные протоколы и алгоритмы неотложной помощи детям с анафилактическими реакциями, а также практические подходы догоспитального этапа, включая оценку состояния, устранение причинного фактора, фармакотерапию и тактику обеспечения проходимости дыхательных путей. В анализ включены данные клинических наблюдений, отражающие особенности течения анафилаксии в детском возрасте.

Результаты

Анафилактический шок у детей чаще развивался на фоне пищевых аллергенов, лекарственных средств и укусов насекомых. Наиболее ранними признаками состояния являлись крапивница, отёк губ и век, затруднённое дыхание, изменение голоса, свистящие хрипы, а также снижение артериального давления. Эффективность догоспитальной помощи определялась скоростью выполнения ключевых мероприятий: прекращение контакта с аллергеном, укладка ребёнка с приподнятыми нижними конечностями, обеспечение свободного дыхания и немедленное введение адреналина внутримышечно в передне-боковую поверхность бедра. Использование адреналина сопровождалось быстрым улучшением

дыхания, уменьшением отёка и стабилизацией гемодинамики. Дополнительными мероприятиями являлись ингаляции кислорода, введение глюкокортикостероидов. Своевременное начало терапии позволяло предупредить развитие каскада жизнеугрожающих расстройств и уменьшить риск повторной волны анафилаксии.

Выводы

Анафилактический шок у детей требует немедленного реагирования, поскольку прогрессирование симптомов происходит в течение минут. Наиболее значимым фактором успешного ведения является раннее внутримышечное введение адреналина на догоспитальном этапе.

Алгоритм помощи должен включать устранение аллергена, обеспечение проходимости дыхательных путей, подачу кислорода, использование глюкокортикостероидов с последующей госпитализацией в стационар.

Важным компонентом профилактики осложнений является обучение родителей и воспитателей правилам распознавания ранних признаков анафилаксии.

НЕБУЛАЙЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИСТУПОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ДЕТЕЙ

Альмухамбетова Э.Ф.

*НАО «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика
Казахстан*

Актуальность

Приступы бронхиальной астмы у детей часто требуют оказания неотложной помощи. Эффективность лечения во многом определяется правильным выбором бронходилататора и способом его доставки в дыхательные пути. Небулайзерная терапия обеспечивает быстрое достижение терапевтического эффекта при бронхиальной обструкции и остаётся одним из наиболее удобных и безопасных методов ингаляционного введения препаратов у детей.

Цель

Оценить эффективность небулайзерного введения комбинированного бронходилататора Беродуал при лечении приступов бронхиальной астмы у детей на догоспитальном этапе.

Материалы и методы

В основу анализа положены данные о применении небулайзерной терапии с препаратом Беродуал у пациентов с приступами удушья. Проведена оценка клинического состояния до и после ингаляции, исследованы изменения бронхиальной проходимости, динамика симптомов и необходимость дополнительных медикаментов. В работе учитывались правила применения небулайзеров и требования к проведению ингаляционной терапии у детей.

Результаты

Использование Беродуала через небулайзер обеспечивало быстрое купирование приступа: в 97,2% случаев улучшение наступало уже в течение 10–15 минут после ингаляции. Отмечалось выраженное уменьшение бронхиальной обструкции, что подтверждалось увеличением показателей функции внешнего дыхания: прирост объема форсированного выдоха на 1й секунде (ОФВ₁) достигал 11,5% через 15 минут, 17,1% через 30 минут и до 18,6% через 60 минут после терапии. Применение Беродуала через небулайзер позволяло добиться стабильного клинического эффекта и значительно снижало потребность в дополнительной медикаментозной терапии — необходимость в дополнительном введении бронхоспазмолитиков возникала лишь у 5,6% пациентов. Количество повторных обращений уменьшалось: повторные вызовы отмечались в 5,6% случаев, что было ниже, чем в группе традиционной терапии. Побочные эффекты при ингаляционном введении отсутствовали, что делает данный метод предпочтительным для догоспитального этапа оказания помощи детям.

Выводы

Небулайзерная терапия с использованием комбинированного бронходилататора Беродуал является эффективным и безопасным методом лечения приступов бронхиальной астмы у детей на догоспитальном этапе. Данный способ доставки препарата обеспечивает быстрое улучшение состояния, способствует снижению нагрузки на службы экстренной помощи и уменьшает вероятность госпитализации.

ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГАХ У ДЕТЕЙ

АЛЬМУХАМБЕТОВА Э.Ф.

*НАО «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика
Казахстан*

Актуальность

Фебрильные судороги у детей раннего возраста — частая причина экстренного обращения. Приступ возникает на фоне лихорадки и нередко становится первым заметным проявлением инфекции, поэтому решающими являются быстрое распознавание состояния, обеспечение безопасности ребенка и своевременное начало противосудорожных и жаропонижающих мероприятий до госпитализации.

Цель

Описать клинико-организационные особенности вызовов к детям с фебрильными судорогами и обосновать тактику неотложной помощи на догоспитальном этапе по данным службы скорой медицинской помощи г. Алматы.

Материал и методы

Проведён ретроспективный анализ карт вызовов Городской станции скорой медицинской помощи г. Алматы у детей с судорожным синдромом на фоне гипертермии. Оценивали вероятную причину лихорадки, время дебюта приступа от начала заболевания, уровень температуры, объём неотложных мероприятий и маршрутизацию.

Результаты

Ведущим фоном для развития приступа выступали острые респираторные вирусные инфекции — 89,7% случаев; среди них эпизоды, расценённые как ОРВИ с нейротоксикозом, составили 17,2%. Менингиты выявлены в 5,6% наблюдений. Поствакцинальная связь (корь, АКДС) отмечена в 5,8% случаев. По времени возникновения приступа преобладал ранний дебют: у 86,4% детей судороги развивались в первые сутки заболевания. Температурный уровень на момент приступа чаще превышал 39 °С; диапазон 38–39 °С зарегистрирован у 27,5% пациентов. Догоспитальная тактика включала приоритетные меры по предотвращению аспирации и поддержанию проходимости дыхательных путей (поворот головы набок, доступ свежего воздуха) с одновременным мониторингом дыхания и гемодинамики. Для купирования судорог применяли диазепам 0,5% по 0,1 мл/кг в/м или в/в; при неполном эффекте препарат повторяли через 15 минут в дозе 2/3 от начальной. Все дети были доставлены в инфекционное отделение.

Выводы

1) На догоспитальном этапе фебрильные судороги чаще ассоциированы с инфекционной патологией, преимущественно с ОРВИ, включая случаи с нейротоксикозом; реже причиной являются менингиты и поствакцинальные реакции. 2) Для большинства эпизодов характерно развитие приступа в первые сутки лихорадочного заболевания и при высокой температуре. 3) Эффективность догоспитальной помощи обеспечивается параллельным выполнением мер безопасности (дыхательные пути, профилактика аспирации), антипиретической терапии и ступенчатого противосудорожного лечения с последующей обязательной госпитализацией. 4) Профилактика повторных критических ситуаций требует целевого обучения родителей правилам первой помощи при лихорадке и судорогах.

ФАТАЛЬНОЕ ТЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ДВУСТОРОННЕЙ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА С АСИММЕТРИЧЕСКОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Омирзакова А., Канафина А.

Бакалавриат, 5 курс, Педиатрия

Научные руководители: Койшыбаева К.Ж., Желдибаева У.Т.

Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Семей»,

г. Семей, Республика Казахстан

Актуальность: Внебольничная пневмония у детей с врожденной патологией сердца характеризуется высоким риском развития тяжелой дыхательной и сердечной недостаточности. Наличие обструкции выходного отдела левого желудочка и выраженной недостаточности митрального клапана способствует быстрому формированию легочной гипертензии, отека легких и декомпенсации кровообращения.

Цель работы: провести клинико-anamnestический анализ фатального исхода внебольничной двусторонней пневмонии у ребенка с асимметрической гипертрофической кардиомиопатией.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ медицинской документации ребенка трех лет, находившегося на стационарном лечении в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Результаты. Ребенок состоял на диспансерном учете у кардиолога с диагнозом асимметрическая гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходного отдела левого желудочка, выраженной митральной недостаточностью и легочной гипертензией. В анамнезе — миоэктомия и пластика митрального клапана, послеоперационно — полная блокада левой ножки пучка Гиса

Заболевание началось остро с лихорадки и катаральных явлений. На фоне нарастания одышки и гипоксемии ребенок экстренно госпитализирован в крайне тяжелом состоянии (дыхательная недостаточность III степени, сердечная недостаточность III ФК). Рентгенологически — двусторонняя инфильтрация легких, по ЭхоКГ — выраженная митральная регургитация и легочная гипертензия

Выявлены метаболический ацидоз, гиперкапния и электролитные нарушения. Несмотря на проведение ИВЛ, антибактериальной терапии, инотропной поддержки и коррекцию метаболических нарушений, развились отек легких и острая сердечно-дыхательная недостаточность с последующей остановкой кровообращения. Реанимационные мероприятия без эффекта, констатирована биологическая смерть

Заключение: Внебольничная двусторонняя пневмония у ребенка с асимметрической гипертрофической кардиомиопатией явилась триггером декомпенсации хронической сердечной недостаточности с развитием отека легких и летального исхода. Представленный клинический случай демонстрирует необходимость ранней госпитализации, интенсивного

мониторинга и междисциплинарного ведения детей с тяжелой врожденной кардиальной патологией при развитии инфекционных заболеваний дыхательных путей.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ БОДИПЛЕТИЗМОГРАФИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДИФФУЗИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Солдатова К.К., Пальцева А.Е., Суслов П.А.
Научный руководитель: Овсянников Д.Ю.*

Актуальность. В современной педиатрии основным методом оценки функции внешнего дыхания при бронхиальной астме остается спирометрия. Однако, она направлена, прежде всего на выявление обструктивных нарушений, а рестриктивные и смешанные нарушения можно лишь заподозрить. Для уточнения вида нарушений функции внешнего дыхания требуются дополнительные методы исследования – бодиплетизмография (БПГ) и определение диффузионной способности легких (ДСЛ). Эти методы позволяют уточнить характер вентиляционных нарушений и оценить состояние газообмена на альвеолярно-капиллярной мембране.

Цель: оценить диагностическую информативность бодиплетизмографии и исследования диффузионной способности легких у детей с бронхиальной астмой.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», в которое было включено 19 детей от 6 до 17 лет с диагнозом «Бронхиальная астма». Всем пациентам было проведено комплексное исследование функции внешнего дыхания с помощью спирометрии, бодиплетизмографии и определения диффузионной способности легких методом однократного вдоха, которые проводились на приборе GANSHORN PowerCube, Германия. Оценка показателей осуществлялась по системе должных величин GLL.

Результаты. По результатам спирометрии нормальные показатели функции внешнего дыхания выявлены у 3 пациентов. Обструктивный тип вентиляционных нарушений зарегистрирован у 4 детей, у 6 детей нельзя было исключить рестриктивные нарушений и у 6 - смешанные нарушения.

Среди детей с нормальными параметрами спирометрии (3 ребенка) нормальные показатели БПГ выявлены у 2 детей, тогда как у одного ребенка обнаружено изолированное повышение остаточного объема легких и внутригрудного объема.

У детей с обструктивными нарушениями по данным спирометрии (4 ребенка) БПГ подтвердила наличие обструкции и выявила признаки гиперинфляции и воздушных ловушек во всех случаях.

Особый интерес представляла группа пациентов (6 детей), у которых по данным спирометрии предполагались рестриктивные нарушения. Среди этих детей, по результатам бодиплетизмографии, нормальные показатели общей емкости легких выявлены у 2 детей. Истинный рестриктивный тип вентиляционных нарушений подтвердился только у 1 ребенка, тогда как у 3 детей отмечались признаки гиперинфляции и воздушных ловушек, соответствующие обструктивному типу нарушений.

У пациентов со смешанными нарушениями по данным спирометрии проведение БПГ позволило уточнить характер выявленных изменений. У большинства пациентов этой группы – у 5 из 6 детей – отмечались обструктивные нарушения с признаками гиперинфляции и воздушных ловушек. Смешанный тип вентиляционных нарушений подтвердился лишь у одного ребенка.

Показатели ДСЛ во всех исследуемых группах в большинстве случаев оставался в пределах нормы, однако, у части пациентов отмечались изменения альвеолярного объема и невентилируемого пространства.

Выводы. Полученные результаты свидетельствует о том, что спирометрия не всегда достоверно отражает характер вентиляционных нарушений у детей с бронхиальной астмой. Применение бодиплетизмографии и DLCO способствует более точной диагностике рестриктивных и обструктивных нарушений, за счет выявления признаков гиперинфляции и воздушных ловушек, что позволяет более точно оценить состояние дыхательной системы у детей.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Солдатова К.К., Пальцева А.Е., Малышев О.Г.

Научный руководитель: Овсянников Д.Ю.

Актуальность. Оценка состояния органов дыхания имеет большое значение для диагностики и наблюдения за здоровьем пациентов с интерстициальными заболеваниями легких (ИЗЛ). Спирометрия (СМ) – самый распространенный и доступный метод исследования функции внешнего дыхания (ФВД) в педиатрии, но ее информативность ограничена, поскольку она не может дать полноценную картину легочных объемов и не позволяет оценить газообменную функцию легких. Существуют дополнительные методы оценки ФВД, такие как бодиплетизмография (БПГ) и исследование диффузионной способности легких (ИДСЛ, DLCO), направленные на выявление типа вентиляционных нарушений и оценку альвеолярно-капиллярного транспорта газов.

Цель: оценить значимость БПГ и ИДСЛ в комплексной диагностике функции внешнего дыхания у детей с различными ИЗЛ.

Материал и методы. В исследование, которое проводилось на базе ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», было включено 11 детей от 6 до 17

лет с интерстициальными заболеваниями легких, такими как «гиперсенситивный пневмонит» (2 ребенка), «идиопатический гемосидероз легких» (1 ребенок), «десквамативная интерстициальная пневмония» (1 ребенок), «организующаяся пневмония» (1 ребенок), «пластический бронхит» (1 ребенок), а также «облитерирующий бронхиолит/синдром облитерирующего бронхиолита в структуре хронической реакции «трансплантат против хозяина» с поражением легких» после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (суммарно 5 детей). Всем пациентам проведено комплексное исследование ФВД, включавшее СМ, БПГ и ИДСЛ методом однократного вдоха, которые проводились на приборе GANSHORN PowerCube, Германия. Оценка показателей осуществлялась по системе должных величин GLL.

Результаты. При анализе СМ у 2 детей показатели ФВД находились в пределах возрастной нормы. Признаки рестриктивных нарушений выявлены у 3 пациентов, обструктивных – у 4 детей, а смешанных – у 2 пациентов. У детей с нормальными показателями СМ при проведении БПГ и ИДСЛ патологических изменений не выявлено. В группе детей, у которых по данным СМ отмечались рестриктивные нарушения (3 пациента), БПГ подтвердила рестриктивный характер изменений у 2 детей. У одного ребёнка вместо ожидаемой рестрикции выявлены признаки обструкции, сопровождавшиеся гиперинфляцией лёгких и формированием воздушных ловушек, что характерно для экспираторного коллапса бронхов на фоне гиперинфляции. У одного ребенка отмечалось снижение показателя DLCO, при этом у всех детей отмечалось уменьшение альвеолярного объема. У детей с обструктивными нарушениями по данным СМ (4 пациента) результаты БПГ полностью подтвердили наличие обструктивного типа вентиляционных расстройств. У всех пациентов этой группы выявлялись признаки гиперинфляции и воздушных ловушек, показатели ИДСЛ оставались в пределах нормы. В группе пациентов со смешанными нарушениями вентиляции по данным СМ (2 ребёнка) БПГ позволила уточнить характер вентиляционных изменений. У одного пациента смешанный тип нарушений подтвердился, тогда как у второго ребёнка выявлены признаки обструкции с гиперинфляцией легких и наличием воздушных ловушек.

Выводы. Результаты одной лишь СМ не всегда позволяют точно определить характер нарушений функции внешнего дыхания у детей с ИЗЛ, что требует комплексного подхода. Проведение БПГ и ИДСЛ позволяет выяснить, какой именно тип функциональных нарушений легких наблюдается у ребенка, что повышает точность диагностики и позволяет врачу скорректировать тактику лечения, в зависимости от выявленных изменений. В частности, в результате, данного исследования у одного ребенка была выявлена псевдорестрикция, связанная с экспираторным коллапсом бронхов на фоне гиперинфляции.

СТРУКТУРА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА У ДЕТЕЙ Г АЛМАТЫ

Сейсебаева Р.Ж., Нурғалиева Ж.Ж., Арыстаналиев А.Е., С. С. Кокаева, Шим В.Р., Бокетова Б.Н., Ажахметова М.З.

Актуальность. Пневмонии занимают ведущее место в структуре детской заболеваемости и смертности. Заболеваемость пневмониями в мире составляет 15–20 на 1000 детей первых 3 лет жизни. Детская смертность от пневмоний составляет около 1,1 млн случаев.

Цель исследования. Изучить структуру возбудителей внебольничных пневмоний у детей раннего возраста в г. Алматы для достижения Целей устойчивого развития, направленных на снижение детской заболеваемости и смертности, а также совершенствование профилактики и лечения инфекционных заболеваний у детей.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 1925 историй болезни детей с пневмонией, проходивших лечение в отделении пульмонологии ДГКБ №2 г. Алматы за период 2018–2020 гг. Из них у 1273 пациентов в возрасте от 1 месяца до 18 лет были изучены результаты микробиологических исследований. Проанализированы данные бактериологических посевов мокроты, мазков из зева, содержимого трахеостомы и плевральной жидкости на патогенную микрофлору.

Результаты исследования и обсуждения. В результате анализа гендерно-возрастной структуры исследуемой группы установлено, что среди детей с диагнозом пневмония преобладали мальчики по сравнению с девочками (54,0% против 46,0%, $p < 0,01$). В возрастной структуре, согласно периодизации Н.П. Гундобина, наибольшую долю составили дети 1–3 лет (37,0%). Дети дошкольного возраста (3–6 лет) и грудного периода (29 дней–12 месяцев) представлены в равной степени — по 23%. Доля детей младшего школьного возраста (7–11 лет) составила 11,0%, тогда как наименьший показатель отмечен у детей старшего школьного возраста (12–18 лет) — 6,0%.

По результатам исследования в возрастной структуре преобладали дети дошкольного периода (1–3 года) — 37,0%. Доля детей дошкольного возраста (3–6 лет) и грудного периода (29 дней–12 месяцев) была одинаковой и составила по 23%.

Среди возбудителей наиболее часто выявлялся *Str. viridans* (40%), а также *S. pneumoniae* (17%). Частота встречаемости микроорганизмов варьировала в зависимости от возраста. У детей 1–12 месяцев *Str. viridans* выявлялся в 46% случаев, *S. pneumoniae* — в 22%, *S. aureus* — в 8%, *Str. agalactiae* и *E. coli* — по 0,6%. Аналогичная тенденция отмечалась у детей 1–3 лет, где доля *Str. viridans* составила 35%, *S. pneumoniae* — 13,8%. У детей 3–6 лет *Str. viridans* выявлялся в 41,2% случаев, *S. pneumoniae* — в 13,5%. В группе 7–11 лет чаще регистрировался *S. pneumoniae* (15,7%).

Среди подростков 12–18 лет *Str. viridans* выявлялся в 44,6%, *S. pneumoniae* — в 19,1% случаев.

Заключение. У детей раннего возраста с внебольничной пневмонией преобладают пациенты 1–3 лет, а в этиологической структуре ведущими возбудителями являются *Str. viridans* и *S. pneumoniae* с вариацией частоты в зависимости от возраста. Это подчёркивает необходимость учёта возрастных особенностей при диагностике и выборе антибактериальной терапии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ПРИ АБДОМИНАЛЬНОЙ БОЛИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ

Махмутов Р.Ф., Новиков Г.А.

ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России, г. Донецк, Россия

Актуальность. Абдоминальная боль является неспецифическим маркером многих состояний у детей дошкольного возраста (Махмутов Р.Ф., с соавт., 2025). Лейкоцитарные индексы позволяют выявлять степень воспалительного ответа, выраженность эндотоксикоза в том числе и при абдоминальной боли у детей дошкольного возраста (Махмутов Р.Ф., с соавт., 2025).

Цель. Оценить эффективность лейкоцитарных индексов при проведении дифференциальной диагностики абдоминальной боли у детей дошкольного возраста.

Материал и методы. Обследовано 75 детей (функциональные нарушения кишечника (ФНК, n=40), острый аппендицит (ОА, n=35)). Здоровые дети составили контрольную группу (КГ, n=55). Изучены показатели гемограммы, при госпитализации, с расчетом лейкоцитарных индексов (Махмутов Р.Ф., с соавт., 2025). Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 13.3 (разработчик StatSoft.Inc).

Результаты. Нагрузочный эритроцитарный коэффициент. В группе с ФНК его значение ($0,53 \pm 0,33$ усл.ед.) не отличалось от КГ ($0,43 \pm 0,24$ усл.ед., $p < 0,05$). В группе с ОА выявлено его повышение ($0,88 \pm 0,77$ усл.ед.) относительно КГ и ФНК ($p < 0,01$), что подтверждает его диагностический потенциал как маркера при этих патологиях.

Иммуно-лимфоцитарный потенциал. В группе с ФНК значение ($287,21 \pm 272,83$ усл.ед.) было ниже КГ ($646,99 \pm 265,64$ усл.ед., $p < 0,001$). В группе с ОА выявлено его снижение ($147,41 \pm 177,88$ усл.ед.) относительно КГ ($p < 0,001$) и ФНК ($p < 0,01$), что согласуется с его ценностью как маркера иммуносупрессии.

Лейкоцитарный индекс интоксикации. В группе с ФНК значение ($0,86 \pm 1,29$ усл.ед.) было выше КГ ($0,33 \pm 0,59$ усл.ед., $p < 0,01$). В группе с ОА выявлено его увеличение ($4,84 \pm 5,58$ усл.ед.) относительно КГ и ФНК

($p < 0,001$), что согласуется с его ценностью для выявления гнойно-деструктивных форм.

Лейкоцитарный индекс интоксикации модифицированный. В группе с ФНК значение ($2,88 \pm 2,42$ усл.ед.) было выше КГ ($0,88 \pm 0,68$ усл.ед., $p < 0,001$). В группе с ОА выявлено его повышение ($4,37 \pm 2,92$ усл.ед.) относительно КГ ($p < 0,001$) и ФНК ($p < 0,01$), что согласуется с тяжестью воспалительного процесса и эндотоксикоза.

Реактивный ответ нейтрофилов. В группе с ФНК значение ($9,21 \pm 15,36$ усл.ед.) было выше КГ ($0,88 \pm 1,29$ усл.ед., $p < 0,001$). В группе с ОА выявлено его повышение ($15,54 \pm 13,07$ усл.ед.) относительно КГ ($p < 0,001$). Несмотря на значимый рост, реактивный ответ нейтрофилов существенно снижает диагностическую надежность.

Индекс резистентности организма. В группе с ФНК значение ($33,59 \pm 12,66$ усл.ед.) выше КГ ($19,52 \pm 25,53$ усл.ед., $p < 0,05$). В группе с ОА выявлено его снижение ($5,82 \pm 9,69$ усл.ед.) относительно КГ и ФНК ($p < 0,001$), что отражает снижение резистентности организма при ОА.

Индекс сдвига лейкоцитов крови. В группе с ФНК значение ($3,02 \pm 2,57$ усл.ед.) было выше КГ ($1,01 \pm 0,78$ усл.ед., $p < 0,001$). В группе с ОА выявлено его повышение ($4,51 \pm 2,88$ усл.ед.) относительно КГ ($p < 0,001$). Перекрывающиеся значения при ФНК ($Me = 2,33$) и ОА ($Me = 3,76$) ограничивает его диагностическую специфичность.

Выводы. Выявлен высокий дифференциально-диагностический потенциал комбинации индексов НЭК, ИЛП, ЛИИ, ЛИИм, РОН, ИРО, ИСЛК при ФНК и ОА у детей дошкольного возраста. Значимые различия по этим маркерам, вероятно, при бактериальном воспалительном процессе (ОА - выраженное повышение НЭК, ЛИИ, ЛИИм, РОН, ИСЛК и значительное снижение ИЛП, ИРО) указывают на перспективность их комплексного применения в практическом здравоохранении.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*Султан Г.Н., гр. П22-011
Умбетова Л.Ж.*

Актуальность. Внебольничная пневмония (ВП) остается одной из ведущих причин заболеваемости и госпитализации детей, особенно в условиях роста числа пациентов с сопутствующей патологией и на фоне изменения этиологической структуры возбудителей [1, 2]. Отсутствие единых клиничко-рентгенологических критериев и низкая доля предварительного амбулаторного обследования (28,3%) затрудняют своевременную диагностику и повышают риск осложнений [3, 4].

Цель. Выявить клинико-эпидемиологические, лабораторные и рентгенологические особенности внебольничной пневмонии у детей в условиях многопрофильного стационара.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 815 историй болезни детей с ВП, госпитализированных в ДГКБ №2 г. Алматы в период с 01.01.2024 по 31.12.2024. Оценивались демографические данные, структура пневмоний по формам, наличие осложнений, лабораторные и рентгенологические показатели.

Результаты и обсуждение. Проведенный ретроспективный анализ 815 случаев внебольничной пневмонии (ВП) у детей, госпитализированных в 2024 году, выявил ряд клинико-эпидемиологических особенностей. Преобладали мальчики (55%). Наиболее уязвимой группой были дети первого года жизни (37%), далее – старше 3 лет (43%) и 1–3 лет (20%). У 53% пациентов пневмония развивалась на фоне сопутствующей патологии, чаще заболеваний дыхательной системы (35%), крови (20,7%) и ЦНС (19,3%), что увеличивает риск тяжелого течения. Симптомы у 31% детей сохранялись 4–7 дней до госпитализации, у 25,3% – до 14 дней. Основными проявлениями были малопродуктивный кашель (72%), одышка (72,8%), ослабленное дыхание (72%) и хрипы (86%). Лабораторные изменения были умеренными: у 61,3% уровень лейкоцитов оставался нормальным. Ведущим возбудителем являлся *Streptococcus pneumoniae* (35%), также выявлялась *Mycoplasma pneumoniae* (6,3%). Рентгенологически преобладали очагово-сливные (35%) и очаговые (21%) формы, чаще с правосторонней локализацией (46%). Двустороннее поражение отмечалось в 40% случаев. Осложнения наблюдались у 9,4% детей, чаще в виде экссудативного плеврита. Дыхательная недостаточность I степени выявлена у 56,6%, II степени – у 15,4%. У 70% пациентов сроки госпитализации не превышали 10 дней. Полученные данные подтверждают значимость сопутствующей патологии, атипичных возбудителей и пневмококковой инфекции в развитии ВП у детей и необходимость ранней диагностики и профилактики.

Выводы. Внебольничная пневмония у детей чаще встречается у мальчиков, нередко протекает на фоне сопутствующей патологии и сопровождается малопродуктивным кашлем и хрипами. Преобладают очагово-сливные правосторонние формы, ведущая роль принадлежит пневмококку. Требуется усиление профилактики у детей раннего возраста и групп риска.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОТЕКАЮЩИХ С БРОНХООБСТРУКТИВНЫМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

¹Файзиева У.Р. Doctor of Medical Sciences, docent, E-mail. ugilbibi@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0002-2089-1694>

²Нормаматов Д.Х., applicant, E-mail. dilmurod-0207@mail.ru
<https://orcid.org/0009-0006-6198-0649>

Термезский филиал Ташкентского государственного медицинского университета

Введение. Бронхообструктивный синдром (БОС) у детей раннего возраста является одной из ведущих причин госпитализации при заболеваниях нижних дыхательных путей. Анатомо-физиологическая незрелость дыхательной системы, особенности врождённого иммунитета и неблагоприятные экологические факторы способствуют формированию выраженной воспалительной реакции и склонности к рецидивированию болезни. Повторные эпизоды обструкции рассматриваются как фактор риска развития бронхиальной астмы.

Цель исследования. Оценить клинические и иммунологические особенности бронхообструктивного синдрома у детей 0–3 лет.

Материалы и методы. В исследовании использовали общеклинические, биохимические, иммунологические (ИФА).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ проспективного исследования клинических симптомов БОС у детей показал результаты изучения влияния факторов риска и иммунологических исследований на течение БОС у детей. Общее количество детей госпитализированных с БОС в проспективном клиническом исследовании составило 54 детей в возрасте от 3 мес до 3 лет 11 мес 29 дней. С 2022 г. по декабрь 2024 г. проводилось наблюдение за больными, находившимися на лечении в отделениях пульмонологии, патологии детей грудного возраста и реанимации. Клинические формы были следующие: острый обструктивный бронхит – 18 (34%) детей; рецидивирующий обструктивный бронхит – 19(35%) детей; бронхиолит - 17 (31%) детей; контрольная группа - 20 практически здоровых детей. Клиническое обследование включало: оценку приступов удушья и частота экспираторной одышки, измерение температуры тела (гипертермия), перкуссия и аускультацию лёгких, определение сатурации кислорода (SpO₂). Иммунологическое исследование: Методом ИФА определяли сывороточные уровни TNF-α, IFN-γ и IL-18. Статистическая обработка проводилась с использованием критерия χ^2 и t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Экспираторная одышка наблюдалась у 100% детей. Снижение SpO₂ отмечалось 94% больных детей, у 35% детей, чаще при бронхиолите. Уровень TNF-α во всех клинических группах был достоверно выше контрольных значений ($p < 0,001$). Максимальная концентрация отмечена при бронхиолите

(19,37±1,10 пг/мл), что в 2,9 раза превышало показатели контроля. IFN- γ статистически значимо повышался при остром ($p<0,001$) и рецидивирующем бронхите ($p<0,01$), однако при бронхиолите достоверных различий не выявлено ($p>0,05$). IL-18 был значительно повышен во всех группах, наиболее выражено при бронхиолите (104,85±3,18 пг/мл; $p<0,001$), превышая контроль почти в 3 раза. Бронхиолит характеризовался более длительным течением (≥ 14 дней) по сравнению с острым обструктивным бронхитом (≥ 7 дней). Полученные данные подтверждают активацию системного воспалительного ответа при БОС у детей раннего возраста. Повышение TNF- α отражает активацию макрофагального звена врождённого иммунитета. Значительная гиперпродукция IL-18 указывает на выраженность воспалительной реакции и может служить маркером тяжести течения. Отсутствие достоверного повышения IFN- γ при бронхиолите свидетельствует о возможной функциональной незрелости клеточного иммунитета. Наиболее выраженный цитокиновый дисбаланс при бронхиолите объясняет более тяжёлое и затяжное течение заболевания.

Заключение. Бронхообструктивный синдром у детей 0–3 лет сопровождается выраженной активацией провоспалительных цитокинов. Наиболее значительные изменения цитокинового профиля выявлены при бронхиолите. Повышенные уровни TNF- α и IL-18 могут рассматриваться как маркеры тяжести воспалительного процесса. Иммунологический мониторинг целесообразен для формирования групп риска по развитию хронической бронхообструктивной патологии.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ С ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ТА

¹Файзиева У.Р., научный руководитель, д.м.н., доцент,

E-mail. ugilbibi@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-2089-1694>

²Изамов Т.И., соискатель кафедры пропедевтика детских болезней,
детские болезни и педиатрия в семейной врачевание.

E-mail. tohirizomov96@gmail.com. <https://orcid.org/0009-0006-2671-4943>

Термезский филиал Ташкентского государственного медицинского
университета. Узбекистан

Введение. Обструктивные заболевания дыхательных путей у детей, включая острый и рецидивирующий обструктивный бронхит, а также бронхиальную астму, остаются актуальной проблемой педиатрии. Патологии сопровождаются хроническим воспалением и нарушением иммунного гомеостаза. Ведущая роль в патогенезе принадлежит дисбалансу провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, а также, гиперпродукции иммуноглобулина Е, участвующего в аллергическом воспалении. Обструктивные заболевания дыхательной

системы занимают ведущее место в структуре хронической патологии детского возраста и представляют собой серьёзную медико-социальную проблему.

Цель. Определить особенности цитокинового профиля у детей раннего возраста с обструктивными заболеваниями дыхательных путей на основании анализа сывороточных уровней ключевых цитокинов и иммуноглобулина Е в зависимости от клинической формы патологии.

Материалы и методы исследование. В исследование включены 54 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, разделённые на группы: 1-группа включали больных детей с острым обструктивным бронхитом, рецидивирующим бронхитом и бронхиальная астма. Контрольная группа составили в количестве 15 здоровые дети. Иммунологические исследования проводились в лаборатории Иммунорегуляция в Институте иммунологии и геномики человека АН РУз. Уровни цитокинов TNF- α , IFN- γ , IL-17A, IL-4 и IgE определялись методом ИФА. Цитокины определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем «Вектор-бест» (Россия).

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием компьютерной программы «Statistica 6.0». Данные были статистически обработаны с использованием обычных подходов, результаты представлены как выборочное среднее (M) и стандартная ошибка среднего (m); медиана (Me), характеризующая центральную тенденцию, и верхний и нижнего квартили, характеризующие разброс значений показателя у 50% респондентов (Q1-Q3), где Q1- 25% перцентиль, Me - 50% перцентиль, Q3 - 75% перцентиль. Достоверность различий средних величин (p) сравниваемых показателей оценивали по критерию Стьюдента (t).

Результаты исследование и их обсуждение. Полученные нами результаты показали что, у детей с острым обструктивным бронхитом выявлено повышение TNF- α и IFN- γ , что отражало активацию врождённого и Th1-опосредованного иммунного ответа. При рецидивирующем бронхите и бронхиальной астме наблюдалось снижение IFN- γ и достоверный рост IL-4, IL-17A и IgE, что указывало на хронизацию воспаления и преобладание Th2/Th17-ответа. У детей с острым обструктивным бронхитом средний показатель составил $13,49 \pm 0,53$ пг/мл, что в 1,9 раза превышает значение контрольной группы ($7,11 \pm 0,24$ пг/мл). Установленное повышение было статистически значимым ($p < 0,001$) и отражало выраженную активацию врождённого иммунного ответа в ответ на инфекционный агент. У пациентов с рецидивирующим обструктивным бронхитом содержание TNF- α оказалось ещё выше и составило $17,83 \pm 0,71$ пг/мл, что в 2,5 раза выше контрольного уровня ($p < 0,001$). Стойкое повышение данного цитокина указывает на персистенцию воспалительного процесса в дыхательных путях и его переход в хроническую форму.

Максимальные значения TNF- α были зафиксированы в группе с бронхиальной астмой - $19,21 \pm 1,10$ пг/мл, что в 2,7 раза превышало

показатель у здоровых детей ($p < 0,001$). Полученный результат подчёркивает роль TNF- α не только в поддержании воспаления, но и в процессах ремоделирования дыхательных путей при астме. У детей с острым обструктивным бронхитом средний уровень IL-17A составил $5,54 \pm 0,47$ пг/мл, что в 1,4 раза выше, чем в контрольной группе ($3,91 \pm 0,27$ пг/мл) ($p < 0,01$) (табл.1.). Это подтверждает вовлечение Th17-клеток в патогенез острого воспаления дыхательных путей и активацию нейтрофильного компонента.

При рецидивирующем бронхите содержание IL-17A возросло ещё более значительно - до $7,30 \pm 0,29$ пг/мл, что в 1,9 раза превышает контрольные значения ($p < 0,001$). Данный факт указывает на устойчивую активацию Th17-звена, поддерживающего хронический воспалительный процесс.

Максимальное повышение IL-17A было выявлено в группе бронхиальной астмы, где его уровень достиг $9,68 \pm 0,41$ пг/мл, что в 2,5 раза выше, чем в контроле ($p < 0,001$). Анализ содержания IL-4 у детей с острым обструктивным бронхитом показал статистически значимое повышение по сравнению с контролем. Среднее значение составило $3,23 \pm 0,25$ пг/мл против $2,43 \pm 0,20$ пг/мл в контрольной группе ($p < 0,05$), что эквивалентно увеличению в 1,3 раза. Полученные данные, вероятно, свидетельствуют о компенсаторной активации Th2-клеток в ответ на острое воспаление с целью ограничения чрезмерной активности провоспалительных механизмов и предотвращения повреждения тканей дыхательных путей.

Заключение. Таким образом, в заключение можно сказать что, иммунологический профиль детей с обструктивной патологией дыхательных путей отражает стадию и характер воспалительного процесса. Установлено, что при остром обструктивном бронхите преобладает активация врождённого иммунного ответа (повышение TNF- α и IFN- γ), что обусловлено необходимостью быстрого противоинфекционного реагирования. При хронизации воспаления, особенно в случае рецидивирующего бронхита и бронхиальной астмы, происходит сдвиг в сторону Th2/Th17-направленного иммунного ответа. Это проявляется в виде достоверного повышения IL-17A, IL-4 и IgE при одновременном снижении или отсутствии изменений уровня IFN- γ . Данная тенденция подтверждает хронизацию воспалительного процесса и развитие аллергической сенсibilизации. Уровень сывороточных цитокинов и IgE обладает диагностической и прогностической значимостью в оценке тяжести и особенностей течения бронхообструктивной патологии у детей.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ «МАСКИ» ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

Абдурахманова С., Даубек И., Умарова С., Рахым Г.С.

Группа: 764, факультет «Общая медицина» НУО КРМУ, отделение соматической патологии ЦДНМП

Научный руководитель: Хитуова Л.К., к.м.н., ассоциированный профессор кафедры педиатрии с курсом ДИБ НУО КРМУ

Актуальность. Диффузные заболевания соединительной ткани у детей остаются значимой проблемой педиатрии в связи с их полиморфизмом клинических проявлений. Особое значение в клинической практике приобретают кожные проявления, которые в ряде случаев являются первыми признаками системного процесса и могут предшествовать развитию висцеральных поражений. Своевременное распознавание дерматологических симптомов позволяет заподозрить диффузное заболевание на ранних этапах и начать патогенетическую терапию. Несмотря на имеющиеся данные о клинических особенностях отдельных нозологических форм, сравнительный анализ структуры системных заболеваний соединительной ткани у детей с акцентом на кожные проявления в условиях реальной клинической практики представлен ограниченно, что обуславливает актуальность настоящего исследования.

Цель: Оценить спектр дерматологических проявлений при диффузных заболеваниях соединительной ткани у детей и их значение в ранней диагностике.

Материалы и методы исследования: 1. Клинический (анамнез, жалобы, объективный осмотр включая оценку кожных проявлений); 2. Лабораторный (клинический, биохимический-общий белок, СРБ, ЛЕ-клетки, РФ, микроэлементы; специальные иммунологические анализы); 3. Инструментальный (рентгенография и УЗИ суставов, КТ, ЭКГ, ЭхоКГ). Под наблюдением были 22 пациента в возрасте от 6 до 17 лет., которые лечились в отделение соматической патологии ЦДНМП г.Алматы. Среди обследованных пациентов преобладали девочки-16(73%), мальчики-6(27%). Анализ нозологической структуры: Системный склероз-10(45,5%), Ювенильный идиопатический артрит-6(27,3%). Overlap-синдромы-4(18,%). Системная красная волчанка-2(9,1%). Начало заболевания у всех больных соответствовало классическому, т.е. высокая температура тела (до 38-39С⁰), слабость, отеки и боли в суставах, утренняя скованность, лимфоаденопатия, и т.д. У большинства пациентов отмечались кожные проявления, нередко являвшиеся первыми признаками заболевания. При системной красной волчанке преобладали фотосенсибилизация и эритема по типу «бабочки». У пациентов с ювенильным дерматополимиозитом наблюдались гелиотропная сыпь и папулы Готтрона. При системном склерозе выявлялось уплотнение кожи, при васкулитах — сосудистые изменения (пурпура, телеангиэктазии). ОАК: анемия у 4(18%), лейкопения-2(9%), умеренный лейкоцитоз с нейтрофилезом и ускорение

СОЭ более 25 мм/ч.у всех 22 пациентов. Б/х крови: 2(9%) отмечалось повышение: КФК более 486 мкмоль/л, ЛДГ более 400 Ед/л, щелочная фосфатаза-230,7 Ед/л; у 5(23%)-повышение АСЛ-О (827-950 Ед/мл). У всех 22 детей – повышение СРБ и дефицит Вит.Д-меньше 11 нг/мл; у 3(14%) РФ+, у 18(82%) АНФ+ в титре 1:320. УЗИ коленных суставов: синовит у 12(55%), УЗИ ОБП: реактивные изменения лимфоузлов брюшной полости у 2(9%), ЭМГ: миогенные паттерны у всех больных; ЭКГ: ритм синусовый. Горизонтальное положение электрической оси сердца у 19(86%). ЭхоКГ: у 1 обнаружен ПМК 1 степени, у 2((%) - гипертрофия левого желудочка, тахикардия.

Дети получали: пульстерапию с метилпреднизолоном, внутрь преднизолон и метипред, методjekt+фолиевая кислота. ГИБП (тоцилозумаб), НПВП (ибуфен, диклофенак), наружно местно: кловейт, мометокс, такролимус), магнитотерапия, кинезотерапия, массаж, ЛФК; антибиотики, бициллинопрофилактику.

Вывод: Дерматологические проявления являются важным ранним диагностическим маркером диффузных заболеваний соединительной ткани у детей. Их своевременное распознавание позволяет ускорить постановку диагноза и начало лечения, что снижает риск развития тяжелых системных осложнений. Необходим мультидисциплинарный подход с участием педиатра, ревматолога и дерматолога.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЮВЕНИЛЬНОГО ИДИОПАТИЧЕСКОГО АРТРИТА (ПОЛИАРТИКУЛЯРНЫЙ ВАРИАНТ, HLA-B27-ПОЗИТИВНЫЙ) С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СИМФИЗИТОМ

Жумашева Ф.Ш, Курбанова Д.И., Каипназарова Ш.К.

*Группа: 764, факультет «Общая медицина» НУО КРМУ, отделение
соматической патологии ЦДНМП*

*Научный руководитель: Хитуова Л.К., к.м.н., ассоциированный
профессор кафедры педиатрии с курсом ДИБ НУО КРМУ*

Актуальность: Ювенильный идиопатический артрит, полиартикулярного варианта часто сочетается с аксиальными проявлениями, энтезитами и посттравматическими осложнениями (симфизит). Такие случаи требуют раннюю диагностику и полноценную терапию, включая ГКС и ГИБП, для предотвращения инвалидизации.

Цель: Анализировать особенности клинического течения и диагностики у ребёнка с ЮИА – посттравматическим разрывом лобкового симфиза с расхождением симфиза на 1 см.

Материалы и методы исследования: Мальчик, 11 лет. Дебют в августе 2025 г. после падения на шпагат: появились боли в тазобедренных суставах → через месяц болезненность в лобковой области при ходьбе → усиление болей в коленях, отёк правого колена, тугоподвижность пястно-

фаланговых суставов обеих кистей и обоих лучезапястных суставов. Клиническая картина: самочувствие страдает из-за болевого синдрома, выражен суставной синдром: в области обоих коленных суставов отёчность, больше выражена в правом коленном суставе, сустав находится в полусогнутом положении (контрактура), шаровидной формы, теплая на ощупь, болезненный при пальпации; боли и ограничение движений в обоих тазобедренных суставах и лобковой области; тугоподвижность и болезненность в обоих лучезапястных, плюсно-фаланговых суставах. Сосудистых нарушений нет: пульсация на дорзальной артерии стопы прощупывается хорошо, пальцы теплые на ощупь. Неврологических нарушений нет: чувствительность пальцев сохранена, тактильных нарушений нет. Мальчик ходит самостоятельно, но хромот. Со стороны внутренних органов патологии нет. ОАК: Эритроциты- $4,8 \times 10^{12}/л$, Нв-125 г/л, лейкоциты- $12,7 \times 10^9/л$, тромбоциты-405 $\times 10^9/л$, СОЭ-25 мм/ч. Б/х крови: глюкоза-6,73 ммоль/л, общий белок-88,7 г/л, кальций-2,4 ммоль/л, щелочная фосфатаза-170,7 Ед/л, креатинин-27,2 мкмоль/л. Вит.Д-32,10 нг/мл; СРБ 12,8–17,2 мг/л; РФ-отр., АЦЦП отр.; HLA-B27 положительный; АНФ титр 1:80 отр. МРТ коленных суставов: синовит, бурсит. МРТ тазобедренных суставов: МР-признаки следов жидкости в тазобедренных суставах с обеих сторон, симфизит. Рентгенография тазобедренных суставов: расхождение симфиза ~1,0 см. УЗИ коленного сустава: экссудат в верхнем завороте правого колена. ЭКГ: синусовая тахикардия, ч.с.с- 116 в минуту. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Диагноз: Ювенильный идиопатический артрит, полиартикулярный вариант, HLA-B27-позитивный, активность II ст., НФС II ст. Получал лечение в стационаре (12.02–23.02.2026г): Постельный режим + бандаж на таз; Цефтазидим, пульс-терапия с метилпреднизолоном, лиофилизат метипреда, метикура, метотрексат 30 мг/неделю, подкожно; пентоксифиллин, диклоген, ибупрофен, аспаркам, лацидофил, оmez. Выписан с улучшением: (уменьшились отёки и боли в области обоих коленных суставов, передвигается самостоятельно с хромотой) с рекомендациями: метотрексат 10 мг 1 раз в неделю, п/к, фолиевая кислота 5 мг, мелоксикам 7,5 мг $\times 2$ раза в день-14 дней, оmez 20 мг в день, витамин D 1000МЕ/сут+кальцецин; местно: димексид + диклофенак/ибупрофен мазь. Планируется инициация ГИБП (этанерцепт 0,8 мг/кг 1 раз в неделю) после консультации фтизиатра и отрицательного квантиферонового теста. Контроль: ОАК, б/х анализы крови каждые 2–4 нед, повтор МРТ/УЗИ больных суставов через 1 мес, КТ тазобедренных суставов через 2 мес.

Выводы: У ребёнка с HLA-B27-позитивным полиартикулярным ЮИА травма спровоцировала развитие симфизита с расхождением лонного сочленения. Комбинированная терапия (ГК+МТ+НПВП) дала быстрое улучшение, но для достижения ремиссии и предотвращения прогрессирования аксиального поражения требуется своевременный переход на ГИБП (ингибиторы ФНО- α). Случай демонстрирует важность ранней диагностики HLA-B27-ассоциированных вариантов ЮИА и

ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРИ ГИПЕРУРИКЕМИИ

Холмуродова Нодира

Студентка 517-группы лечебного факультета Самаркандского

Государственного Медицинского Университета

Самарканд, Узбекистан

Научный руководитель: PhD, Гойибова Н.С.

Актуальность: К настоящему времени показано, что механизмы артериальной гипертензии могут формироваться уже в детском и подростковом возрасте. По данным популяционных исследований, проведенных среди детей и подростков, частота повышения артериального давления у них составляет, в зависимости

от возраста, от 3 до 18%. Распространенность артериальной гипертензии (АГ) в регионах России может достигать в подростковом возрасте 4-18%. В дальнейшем у каждого третьего ребенка с имевшимся повышением АД формируется стойкая артериальная гипертензия.

Цель исследования: определить особенности состояния артериального давления у детей с хроническим пиелонефритом на фоне гиперурикемии.

Материал и методы: обследованы 32 ребенка с хроническим пиелонефритом на фоне уратурии с гиперурикемией (I- группа) и 24 детей с первичным хроническим пиелонефритом (II- группа).

Результаты исследования: Выявлено, что у детей с первичным хроническим пиелонефритом наиболее часто отмечается систолическая гипотония 32,1% или тенденция к ней в сочетании с диастолической нормотонией (17,8%). При этом у 28,6% детей этой группы было отмечено сочетание нормальных САД и ДАД, а у остальной части детей (21,4%) показатели САД и ДАД находились в разных перцентильных интервалах. У большинства обследованных основной группы (52,9%) уровень САД находился выше 75-й перцентили, в то же время примерно у 1/5 детей этой группы (23,5%) была отмечена систолическая гипертензия. При этом эти показатели были расценены как гипертензия белого халата, и при наблюдении в динамике диагноз АГ был поставлен в 11,7% случаев при отсутствии такового во 2 группе. Показатели ДАД у детей 1 группы также располагались преимущественно выше 75-й перцентили (50%), при том, что тенденцию к диастолической гипотонии выявили лишь у 2,9% детей данной группы. Диастолическое АД в основном находилось в пределах нормы (29,4%). Это свидетельствует о том, что в начальном периоде развития гипертензивного синдрома у больных хроническим пиелонефритом отмечается лабильность показателей САД, что, вероятно, связано с сохраняющейся активностью противогипертензионных

механизмов. При этом уровень ДАД менее подвержен колебаниям. Было установлено, что у детей первой группы существенно чаще встречался синдром вегетативных дисфункций (67,6% и 35,7%, $p < 0,01$ В обеих группах преобладал ваготонический тип вегетососудистой дистонии (44,1% и 21,4%), эйтония выявлялась в меньшем количестве (14,70% и 10,7%), в единичных наблюдениях имел место симпатикотонический тип вегетососудистой дистонии (2,95 и 3,6%).

Выводы: выявлено, что гиперурекемия влияет на развитие случаев эссенциальной артериальной гипертензии в группе детей с хроническим пиелонефритом и нарушением пуринового метаболизма.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА С САРКОИДОЗОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

*Шахбазова М.С., ординатор 1 года кафедры педиатрии
ФГАОУ ВО РУДН им. Патриса Лумумбы
Научный руководитель – д.м.н., проф. Овсянников Д.Ю.*

Актуальность. Саркоидоз – это системное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием неказеифицирующихся гранулем, мультисистемным поражением различных органов и активацией Т-клеток в месте гранулематозного воспаления с высвобождением различных хемокинов и цитокинов. Диагностируют данное заболевание по результатам оценки рентгенографии органов грудной клетки (ОГК), компьютерной томографии (КТ) ОГК и гистологического исследования. При объективном осмотре саркоидоз у детей до 4х лет может характеризоваться синдромом Блау (триада симптомов: увеит, артрит, эритема), у детей более старшего возраста саркоидоз чаще всего протекает бессимптомно. Диагностика детей с саркоидозом вызывает сложности в виду стертой клинической картины или ее отсутствия, а также из-за редкой встречаемости. Специфичность клинико-лабораторных проявлений у детей, в отличие от взрослых, выражена слабо, а дебют заболевания часто маскируется под ювенильный идиопатический артрит или туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует сложности дифференциальной диагностики и необходимость настороженности педиатров в отношении саркоидоза, что обуславливает его актуальность для практического здравоохранения.

Цель. Описание клинического наблюдения ребенка с саркоидозом и сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы. Было проведено исследование истории болезни, оценка инструментальных данных, гистологического исследования и проанализированы заключения осмотров пульмонолога ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ».

Результаты. Мальчик Н., 15 лет, с отягощенным соматическим анамнезом (сахарный диабет I типа), при диспансеризации был направлен в торакальное отделение ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ» для уточнения диагноза. Проведены рентгенография ОГК, КТ ОГК, гистологическое исследование патологических очагов (внутригрудных лимфатических узлов) по результатам которых был установлен диагноз саркоидоз внутригрудных лимфатических узлов. Из анамнеза известно, что в 7 лет наблюдались эпизоды затрудненного дыхания, со слов мамы ингаляционная терапия бронхолитиками была без эффекта, наследственность не отягощена. На момент осмотра жалоб не предъявлял, по результатам функциональных исследований отмечалось умеренное нарушение функции внешнего дыхания (ФВД) по рестриктивному типу, при пробе с бронхолитиком прирост объема форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) составил +6%. Кашля, одышки не отмечалось, физическую нагрузку переносил удовлетворительно. Так как у ребенка не было системных проявлений и жалоб, было принято решение продолжить динамическое наблюдение.

Вывод. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует, что саркоидоз у детей может протекать бессимптомно и выявляться случайно. Наличие клинической настороженности и проведение целенаправленной дифференциальной диагностики позволяют своевременно верифицировать диагноз, избежать необоснованного назначения терапии и обоснованно выбрать тактику динамического наблюдения.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ОФТАЛЬМОЛОГИИ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Адылова А.А., интерн 6 курса, ОМ 20-063р.

*Научный руководитель: Дошаканова А. Б., Казахский НИИ глазных
болезней*

Актуальность: Офтальмологические заболевания остаются одной из ведущих причин снижения качества жизни и инвалидности во всём мире. При этом, в структуре причин необратимой слепоты лидируют глаукома и заболевания сосудистой и сетчатой оболочек органа зрения. Глаукомой страдают более 80 млн человек, а заболевания сетчатки составляют до 17% госпитализаций. Значимой причиной потери зрения у лиц трудоспособного возраста является диабетическая ретинопатия, выявляемая у 25–30% пациентов с сахарным диабетом. В Казахстане отмечается рост распространённости глаукомы и диабетической ретинопатии, при этом сохраняются проблемы поздней диагностики и доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

Цель: Анализ современных данных о распространённости глазной патологии, ключевых достижений в диагностике и лечении, а также

перспективных направлений развития офтальмологии в XXI веке с акцентом на глобальные тенденции и ситуацию в Казахстане.

Материалы и методы: Проведён аналитический обзор научной литературы за последние 5 лет (2021–2025 гг.), включая клинические рекомендации, научные статьи, обзоры и метаанализы, а также данные национальных и международных исследований. Использованы методы сравнительного анализа, систематизации и обобщения данных.

Результаты и обсуждение: Ключевые достижения в диагностике, в том числе с использованием искусственного интеллекта, связаны с внедрением оптической когерентной томографии (ОКТ) и ОКТ-ангиографии, технологий Big Data, окуломики и телемедицины для выявления и дальнейшего динамического контроля при диабетической ретинопатии, глаукоме и возрастной макулярной дегенерации. Внедрение искусственного интеллекта и цифровых технологий способствует раннему выявлению заболеваний и формированию персонализированного подхода к диагностике и прогнозированию течения заболеваний.

В лечении значительный прогресс связан с применением анти-VEGF-терапии, микроинвазивной хирургии глаукомы (MIGS), в том числе в сочетании с фемтосекундной хирургией катаракты, а также развитием генной и клеточной терапии, внедрением роботизированной хирургии. Их использование позволило существенно снизить риск прогрессирования потери зрения при диабетической ретинопатии и возрастной макулярной дегенерации. По данным различных авторов, долгосрочные наблюдения в катамнезе до 10 лет показывают, что анти-VEGF-терапия снижает риск тяжёлой потери зрения по сравнению с естественным течением заболевания, у 90% пациентов достигается стабилизация зрения, а у 30–40% отмечается клинически значимое улучшение остроты зрения.

С начала 2000-х годов в Казахстане внедрены современные диагностические и хирургические технологии, включая фактоэмульсификацию катаракты, витреоретинальную и рефракционную хирургию, лазерные методы лечения. Приоритетными задачами остаются повышение доступности медицинской помощи и развитие скрининговых программ.

Заключение: Офтальмология XXI века характеризуется быстрым технологическим развитием при сохраняющейся высокой распространённости заболеваний. Дальнейший прогресс связан с цифровизацией и внедрением инновационных методов диагностики и лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РАДИОЛОГИИ В XXI ВЕКЕ В МИРЕ И В КАЗАХСТАНЕ (обзор литературы)

Адылов Д.А., резидент 1 курса

Научный руководитель: Имамбетова А.С., к.м.н., профессор кафедры радиологии КМУ "ВШОЗ", врач УЗД высшей категории, вице президент РОО "КАСУДМ".

Актуальность: Радиология является одной из ключевых областей современной медицины, обеспечивающей до 80–90% диагностической информации в клинической практике. В мире ежегодно выполняется более 3,5 млрд радиологических исследований, что подтверждает её фундаментальную роль в системе здравоохранения.

Согласно данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется свыше 19 млн новых случаев онкологических заболеваний, а в Казахстане — более 35 тыс. новых случаев. Значительная часть этих заболеваний выявляется с использованием методов лучевой диагностики. Современное развитие радиологии связано с внедрением персонализированной медицины, цифровых технологий и искусственного интеллекта, что расширяет возможности диагностики социально значимых заболеваний, включая сердечно-сосудистые и неврологические патологии, а также улучшает прогнозирование и контроль лечения. Радиология является стратегически важным направлением здравоохранения, обеспечивающим раннюю диагностику, повышение выживаемости пациентов и улучшение качества медицинской помощи как в мире, так и в Казахстане.

Цель исследования: Провести анализ современных тенденций развития радиологии в XXI веке, определить ключевые достижения и оценить перспективы развития лучевой диагностики в мире и Республике Казахстан.

Материалы и методы: Использован метод аналитического обзора научной литературы. Проведён анализ современных зарубежных и международных публикаций, посвящённых развитию радиологии, включая вопросы цифровизации, внедрения искусственного интеллекта и совершенствования методов визуализации.

Результаты и обсуждение: Современная радиология развивается по нескольким ключевым направлениям. Основными достижениями являются совершенствование методов медицинской визуализации, в том числе компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), ультразвуковую диагностику (УЗИ) и позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ). Значительное развитие получила цифровизация, включая внедрение телерадиологии, что обеспечивает хранение, передачу и дистанционный анализ медицинских изображений. Важным направлением является интервенционная радиология, позволяющая выполнять малоинвазивные лечебные вмешательства под контролем визуализации. Развитие гибридных технологий (ПЭТ/КТ, ПЭТ/МРТ),

внедрение искусственного интеллекта повысило точность диагностики за счёт объединения анатомических и функциональных данных. Современные тенденции включают снижение лучевой нагрузки, развитие 3D- и 4D-визуализации, внедрение молекулярной диагностики и интеграцию радиологии с другими медицинскими дисциплинами.

Перспективы развития в мире связаны с дальнейшим внедрением искусственного интеллекта, развитием молекулярной визуализации и переходом к предиктивной медицине. В Казахстане развитие радиологии характеризуется модернизацией оборудования, цифровизацией здравоохранения и внедрением телемедицины, однако сохраняется необходимость повышения доступности высокотехнологичной диагностики в регионах.

Заключение: Современные достижения радиологии в XXI веке значительно расширяют диагностические и лечебные возможности. Перспективы ее развития в Казахстане связаны с дальнейшей цифровизацией, внедрением искусственного интеллекта, гибридных технологий, молекулярной визуализации, переходом к предиктивной медицине и развитием персонализированной медицины.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

Жураева З.Р¹, Ахмеджанова З. И.², Ахмеджанов Р.И²

*Детская многопрофильная клиника Ташкентского государственного
медицинского университета*

*Институт иммунологии и геномики человека АН РУз
г.Ташкент, Узбекистан*

Взаимосвязь вегетативной нервной системы и иммунной проявляется в возможности реагировать на многочисленные общие регуляторные молекулы (цитокины, нейротрансмиттеры, глюкокортикоиды), которые составляют молекулярную основу сложного ответа на нарушения гомеостаза, вызванного воспалением, инфекцией. Мало изучены психофизиологические особенности темперамента в младшем детском возрасте. Заболевания органов дыхания у детей характеризуются высокой распространённостью и значительным влиянием на показатели детской смертности. Данный факт указывает на актуальность нашей дальнейшей работы

Цель исследования. Изучить особенности вегетативной нервной системы и типа темперамента у детей младшего возраста с бронхолегочной патологией.

Материалы и методы. Проведено исследование 60 детей младшего возраста, проходивших лечение в пульмонологическом отделении детской многопрофильной клиники Ташкентского государственного медицинского университета. Оценка ВНС с помощью ЧСС,

кардиального/симпатического барорефлекса и активности мышечных симпатических нервов (MSNA). Также было проведено исследование типа темперамента и клинико – лабораторные исследования (общий анализ крови и мочи), биохимические (общий белок, альбумин, , АЛТ, АСТ, С-реактивный белок, фибриноген, Вит Д3, кальций), и серологические маркеры инфекций (ЦМВ, ВПГ, хламидии, токсоплазма). Все дети были разделены на 2 группы 1 - 31 (51.6%) ребенок с внебольничной пневмонией, 2- 29 (48.4%) детей с острым бронхитом.

Результаты. Анализ результатов при изучении ВНС обнаружил, что значительно чаще наблюдались повышенная утомляемость, потливость, холодные конечности, колебания ЧСС- у детей 1 группы с внебольничной пневмонией(92%) в сравнение с детьми 2 группы с острыми бронхитом (35%). Исследование типа темперамента выявило, что в 1 группе детей с пневмонией : преобладали холерики-66.1%, меланхоликов было -9.7%, остальные имели смешанные типы. При бронхите выявлено преобладание смешанного типа с преобладанием фегматиков, холерик выявлено у 10.4%, меланхоликов у 17.3% детей.

Заключение. Измененные параметры ВНС были связаны с повышенным показателем активности заболевания, как в клинической так и лабораторной картине. Признаки вегетативной дисфункции — могут рассматриваться как диагностические и прогностические маркеры тяжести бронхолегочной патологии у детей. Темперамент является фундаментальной характеристикой в описании психологической организации человека. Выявленные поведенческие характеристики темперамента обнаружили свое отражение на показателях течения изученных заболеваний.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ.

Урунова Д.М., Ахмеджанова З.И., Каримов Д.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний¹

*Институт иммунологии и геномики человека АН РУз²
Central Asian University³*

Многочисленные исследования ВИЧ-инфекции, применение АРВТ перевело ВИЧ-инфекцию в разряд хронических заболеваний, с различными сопутствующими заболеваниями и до сих пор ставит новые вопросы, решение которых требует дальнейших исследований.

Материалы и методы. Нами проведено исследование 68 ВИЧ-инфицированных детей находящихся на учете в Республиканском центре по борьбе со СПИДом., клинический диагноз был подтвержден методом

иммуноблотинга. Оценка физического развития проводилась по стандартам ВОЗ с использованием антропометрических показателей и расчета индекса массы тела (ИМТ).

Результаты. У большинства пациентов выявлены выраженные отклонения антропометрических показателей. Дефицит массы тела отмечен у 45 из 68 детей (66,2%; 95% ДИ 53,7–77,3). Среди них масса тела ниже средней отмечена у 21 ребенка (46,7% от числа детей с дефицитом), низкая масса тела у 18 (40,0%), крайне низкая у 6 (13,3%) по стандартам ВОЗ. Лишь у одного пациента (1,5%; 95% ДИ 0,0–8,0) масса тела превышала средние возрастные значения. Снижение роста выявлено у 42 детей (61,8%; 95% ДИ 49,2–73,3). Из них рост ниже среднего зарегистрирован у 25 (59,5% от числа детей со снижением роста), низкорослость - у 14 (33,3%), крайне низкий рост - у 3 (7,1%). При оценке индекса массы тела установлено, что у 33 детей (48,5%; 95% ДИ 36,4–60,7)

ИМТ соответствовал возрастной норме ($\geq 18,6$), у 26 (38,2%; 95% ДИ 26,8–50,8) умеренному дефициту массы тела (16–18,5), у 9 (13,2%; 95% ДИ 6,2–23,6) выраженному дефициту. Сопоставление полученных данных показало, что оценка физического развития по стандартам ВОЗ является более информативной по сравнению с изолированным расчетом ИМТ, поскольку учитывает возрастные нормативы и позволяет более точно стратифицировать степень нутритивных нарушений у ВИЧ-инфицированных детей. Сравнительный анализ с общей амбулаторной группы выявил принципиальные различия. В общей группе преобладали подростки с массой тела ≥ 35 кг, без выраженного смещения в сторону низких весовых категорий, что отражало относительную клиническую стабильность пациентов на фоне АРТ. У детей которые получали стационарное лечение, напротив, выявлена высокая частота дефицита массы тела и задержки роста, что коррелирует с преобладанием III–IV стадий ВИЧ-инфекции.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что выраженность нарушений физического развития у ВИЧ-инфицированных детей тесно связана с тяжестью клинического течения заболевания. При стабильном состоянии на фоне антиретровирусной терапии антропометрические показатели преимущественно соответствуют возрастным нормам, тогда как при прогрессировании заболевания и необходимости госпитализации существенно возрастает риск формирования нутритивной недостаточности и задержки роста. Представленные результаты показывают необходимость комплексного мониторинга состояния здоровья ВИЧ-инфицированных детей с обязательной оценкой антропометрических показателей наряду с контролем вирусной нагрузки и уровня CD4-лимфоцитов.

ПВТ ПРИ ХГС У РЕБЕНКА: ЦЕНА ИГНОРИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ

Ордабаева А.Н

Научный руководитель: Балабек А.Н

Актуальность. В современной гепатологии эффективность противовирусной терапии (ПВТ) препаратами прямого противовирусного действия (ПППД) определяется не только выбором молекулы, но и качеством комплексного фармакологического менеджмента. Фармакологическая синергия и предиктивный анализ лекарственных взаимодействий (ЛВ) являются критическими детерминантами успеха, особенно у пациентов с коморбидными состояниями. Игнорирование межлекарственной несовместимости ведет к селекции резистентных штаммов и вирусологической неудаче.

Цель. Охарактеризовать влияние лекарственных взаимодействий на эффективность терапии на примере клинического случая ребенка с ХГС и острым промиелоцитарным лейкозом, проанализировав причины неудачи первого курса и стратегию успешного лечения.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ (АНАМНЕЗ И ПЕРВАЯ ПОПЫТКА ТЕРАПИИ)

Пациент Р., 12 лет (рост 159 см, вес 55 кг).

Диагноз: Хронический гепатит С (ХГС), 1 генотип. Исходные показатели: Вирусная нагрузка РНК ВГС — 2.0×10^5 МЕ/мл. Стадия фиброза F1 (6.1 кПа по данным эластометрии от 10.08.2022). HBsAg — отрицательно. Сопутствующая патология: Острый промиелоцитарный лейкоз. Анамнез отягощен многократными гемотранфузиями с июля 2022 г.

История первой неудачи (январь – июнь 2023 г.): В частном медицинском центре пациенту была назначена схема софосбувир 400 мг / ледипасвир 90 мг. Несмотря на предупреждения о возможной несовместимости с гематологическим лечением, терапия была начата параллельно с химиотерапией. В мае 2023 г. в схему был добавлен рибавирин (600 мг/сут), однако он был отменен через 16 дней в связи с тяжелой непереносимостью.

Критический анализ фармакологического менеджмента: Причина неудачи кроется в полном игнорировании лекарственных взаимодействий. Химиотерапевтические агенты (меркаптопурин, цитарабин, третиноин, метотрексат) являются субстратами или ингибиторами транспортных систем (таких как Р-гликопротеин), от которых зависит фармакокинетика ПППД. Кроме того, выраженная миелосупрессия на фоне лейкоза потенцировала токсичность рибавирина, делая невозможным поддержание адекватной дозировки. Продление курса до 24 недель не смогло компенсировать критическое снижение экспозиции препаратов.

Материал и методы. Объект исследования: Клиническое наблюдение пациента Р., 12 лет, с диагнозом: Хронический гепатит С (ХГС), 1 генотип,

стадия фиброза F1 (по Metavir), протекающий на фоне сопутствующей онкогематопатологии (острый промиелоцитарный лейкоз).

Методы исследования:

Клинико-anamнестический метод: ретроспективный анализ истории болезни, предшествующей противовирусной терапии (ПВТ) и оценка причин её неэффективности (рецидива).

Лабораторная диагностика: Молекулярно-генетические методы: ПЦР (качественное и количественное определение РНК ВГС, генотипирование).

Биохимический анализ крови: мониторинг уровней АЛТ, АСТ, билирубина, креатинина и других показателей в динамике. Общий анализ крови для оценки гематологического статуса.

Инструментальная диагностика: УЗИ органов брюшной полости. Непрямая эластометрия (Фиброскан) для оценки степени фиброза печени. Анализ лекарственных взаимодействий: оценка совместимости препаратов прямого противовирусного действия (ППВД) с цитостатической терапией (меркаптопурин, цитарабин, третиноин, метотрексат) согласно международным рекомендациям и протоколам.

Терапевтический подход: назначение ПВТ проводилось в соответствии с клиническими протоколами Республики Казахстан и международными рекомендациями (EASL 2024, AASLD/IDSA)

Результаты. Рецидив РНК ВГС обнаружена в августе 2023 г. (через 12 недель после завершения курса). **ПОВТОРНАЯ ТЕРАПИЯ: СТРАТЕГИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ** Стратегия «спасения» (salvage therapy) была разработана на основе Клинического протокола РК №181 (от 26.05.2023) и международных рекомендаций EASL 2024 и AASLD/IDSA.

Обоснование режима: При неудаче режима, содержащего ингибитор NS5A (ледипасвир), первой линией выбора является комбинация SOF/VEL/VOX. Однако в педиатрической практике, при недоступности воксилапревира, согласно экспертному консенсусу EASL 2024 и руководству AASLD, допустимой и эффективной альтернативой является пролонгированный пангенотипный режим с добавлением рибавирина.

Режим релечения (начало 28.10.2024, после завершения гематологического лечения):

Софосбувир 400 мг / Велпатасвир 100 мг (1 таб. в день).

Рибавирин в фиксированной дозе 1000 мг/сут (по 2 таб. утром и вечером).

Продолжительность: 24 недели.

Динамика супрессии виремии и биохимического ответа:

12 неделя ПВТ (21.01.2025): РНК ВГС — отрицательно.

Завершение ПВТ (15.04.2025): РНК ВГС — отрицательно.

УВО12 (14.07.2025): РНК ВГС — отрицательно.

УВО24 (07.10.2025): РНК ВГС — отрицательно.

К моменту завершения терапии (апрель 2025) отмечена полная нормализация трансаминаз: АЛТ снизилась до 22.55 Ед/л (с исходных 51.2 Ед/л), АСТ — до 19.17 Ед/л (с исходных 31.8 Ед/л).

Выводы. Фундаментальность ЛВ: Оценка лекарственных взаимодействий является не факультативным, а базовым этапом планирования ПВТ. Игнорирование ЛВ у мультиморбидных пациентов делает терапию заведомо неэффективной.

Цена ошибки: Игнорирование фармакологической несовместимости на первом этапе привело не только к рецидиву, но и к необходимости проведения значительно более длительного (24 недели) и более токсичного (из-за высокой дозы рибавирина) курса повторной терапии.

Приоритет стандартов: Успех релечения был обеспечен строгим соблюдением протоколов EASL и AASLD в части использования альтернативных схем при неудачах NS5A-содержащих режимов.

Финальный императив: Фармакологическая осведомленность врача и междисциплинарный подход (координация с гематологами) являются единственным залогом достижения УВО с первой попытки.

КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

*Садуақасова А.А.¹, Бақтыбек Б.М.¹, Тулебаева А.¹, Булабаева Г.Е.²,
Нуржанова Г.А.²*

¹ НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Республика Казахстан

² НАО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г. Алматы, Республика Казахстан

Ключевые слова: синдром Дауна, острый лимфобластный лейкоз, острый миелобластный лейкоз, GATA1, группы высокого риска, результаты терапии, дети.

Актуальность

Лейкемия у детей — это системный гемобластоз, сопровождающийся нарушением гемопоэза и замещением нормальных клеток крови незрелыми клетками лейкоцитарного ряда. В Казахстане ежегодно регистрируется около 600 детей с диагнозом злокачественного новообразования, из них 40% составляют лейкозы. В детской онкогематологии частота лейкозов составляет 4–5 случаев на 100 тысяч детского населения. Согласно статистике, острый лейкоз является самым распространённым злокачественным заболеванием детского возраста (около 30%). Наиболее часто злокачественные заболевания крови встречаются у детей в возрасте 2–5 лет.

Цель исследования

Сравнить клинико-лабораторные результаты терапии острого лимфобластного лейкоза и острого миелобластного лейкоза у детей с синдромом Дауна.

Материалы и методы исследования

В анализ включены 435 пациентов с синдромом Дауна, впервые получавших лечение в 2021–2024 гг. на базе онкологического и гематологического отделения НЦПиДХ. У 11 (2,5%) пациентов был диагностирован острый лейкоз. Всем пациентам проводились комплексные методы обследования и специфическая терапия согласно протоколам **AML BFM DOWN Syndrome, Протокол I, AIEOP 2009**.

Результаты терапии: проведён сравнительный анализ историй болезни, лабораторных данных, протоколов лечения и ответа на терапию у пациентов с синдромом Дауна и острым лейкозом. Сравнительный анализ проводился по следующим параметрам: количество зарегистрированных пациентов за 2021–2024 гг., пол, возраст на момент постановки диагноза, тип острого лейкоза, клинические проявления, лабораторные методы исследования (ОАК, миелограмма, цитогенетика, ИФТ, FISH), ответ на лечение, осложнения в ходе терапии, факторы риска, выживаемость и причины летальных исходов. Статистическая обработка данных проводилась с использованием общих статистических методов и программы Excel 2010.

Результаты исследования

Всего n=11 пациентов: в 2021 г. — 5 (45,4%), в 2022 г. — 1 (9,09%), в 2023 г. — 1 (9,09%), в 2024 г. — 4 (36,4%). По полу: девочки — 5 (45,5%), мальчики — 6 (54,5%). Средний возраст пациентов составил 4,6 года. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ) выявлен у 3 (27,3%) пациентов, острый миелобластный лейкоз (ОМЛ) — у 8 (72,7%).

По группам риска:

ОЛЛ — высокий риск у 3 (100%);

ОМЛ — высокий риск у 4 (50%), стандартный риск у 4 (50%).

По клиническим проявлениям:

При ОЛЛ гиперпластический синдром: гепатомегалия — 2 (66,7%), спленомегалия — 3 (100%), лимфаденопатия — 3 (100%), анемический синдром — 3 (100%), геморрагический синдром — 3 (100%).

При ОМЛ: гепатомегалия — 6 (75%), спленомегалия — 2 (75%), лимфаденопатия — 1 (12,5%), анемический синдром — 5 (62,5%), геморрагический синдром — 4 (50%), инфекционные осложнения — 6 (75%).

По лабораторным данным:

ОЛЛ: анемия I степени — 2 (66,7%), II степени — 1 (33,3%), III степени — 0; лейкоцитоз — 2 (66,7%), лейкопения — 1 (33,3%); тромбоцитопения — 3 (100%).

ОМЛ: анемия I степени — 5 (62,5%), II степени — 1 (12,5%), III степени — 2 (25%); лейкоцитоз — 6 (75%), лейкопения — 1 (12,5%); тромбоцитопения — 7 (87,5%).

Ответ на терапию:

При ОЛЛ ремиссия на 8-й и 15-й дни не достигнута, на 33-й день — у 3 (100%) пациентов.

При ОМЛ ремиссия на 15-й день достигнута у 8 (100%) пациентов.

Выживаемость:

ОЛЛ: выжили 2 (66,7%), летальный исход — 1 (33,3%);
ОМЛ: выжили 7 (87,5%), летальный исход — 1 (12,5%).

Заключение

Острые лейкозы у детей с синдромом Дауна чаще встречаются в возрасте до 5 лет и старше 10 лет, медиана возраста составила 4,6 года. По результатам исследования, частота встречаемости острого миелобластного лейкоза у детей с синдромом Дауна выше, чем острого лимфобластного лейкоза: ОЛЛ — n=3 (27,3%), ОМЛ — n=8 (72,7%).

Диагноз острого лейкоза у детей с синдромом Дауна чаще устанавливается в возрасте до 5 лет — n=8 (72,7%). В клинической картине ОЛЛ преобладает гиперпластический синдром — n=3 (88,9%), тогда как при ОМЛ доминирует геморрагический синдром — n=7 (87,5%). В ходе лечения ремиссия при ОЛЛ достигалась только на 33-й день, тогда как при ОМЛ — на 15-й день.

Основной причиной позднего выявления острого лейкоза у детей с синдромом Дауна является недостаточная онкологическая настороженность врачей первичной медико-санитарной помощи и низкая информированность родителей, что приводит к поздней диагностике и ухудшению прогноза заболевания. Для определения оптимальной тактики лечения необходимо внедрение широкого спектра молекулярно-генетических исследований. В целях своевременной диагностики и улучшения прогноза заболевания требуется повышение онкологической настороженности среди врачей ПМСП и профильных специалистов.

АЛЛОГЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ: ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Автор: Сабитова Рабия Фархадовна¹. Резидент 2 года по
специальности «Онкология и гематология детская» НАО «КазНМУ им.*

С.Д.Асфендиярова», г.Алматы, Казахстан

Руководители: к.м.н. Тулебаева А.², д.м.н. Ташенова Г.Т.

Введение. Аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (аллоТГСК) часто применяется для лечения лейкоза, особенно в случаях рецидивного и рефрактерного течения. Однако, несмотря на значительные успехи в современной трансплантации, ее проведение сопряжено с развитием различных осложнений, которые могут значительно ухудшить прогноз и качество жизни пациента. Одним из ключевых моментов, определяющих эффективность трансплантации, является профилактика и лечение посттрансплантационных осложнений, среди которых наиболее распространены инфекции, реакция трансплантат против хозяина (РТПХ), токсическое поражение внутренних органов и т.д. В связи с этим, требуется глубокий анализ факторов и причин, вызывающих их развитие.

Актуальность. Своевременно проведенная ТГСК может значительно повысить общую выживаемость у детей с острыми лейкозами. Несмотря на современные достижения в области трансплантации, риск развития тяжёлых осложнений после трансплантации остаётся высоким и требует тщательного изучения. Эффективность современных методов терапии во многом зависит от своевременного выявления факторов риска и индивидуализированного подхода к ведению пациентов, что делает данный исследовательский вопрос крайне актуальным.

Цель исследования: Оценить факторы риска развития осложнений в ранний посттрансплантационный период (+100 дней) после аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток у детей с острым лейкозом с целью определения прогностических маркеров, которые могут способствовать улучшению тактики ведения и лечения.

Материалы и методы. Для оценки факторов риска осложнений проведен ретроспективный анализ данных детей с острым лейкозом, перенесших трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток в период с 2019 по 2023 год (n=37) при АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии» (НЦПДХ). В рамках исследования были проанализированы клинические и лабораторные данные пациентов, определены факторы риска развития осложнений, проведена стратификация пациентов по группам риска развития осложнений, выявлена частота развития осложнений в ранний посттрансплантационный период и выживаемость после ТГСК.

Результаты и обсуждение. В период с 2019 по 2023 год аллогенная ТГСК проведена 37 детям с острым лейкозом, из них с острым лимфобластным лейкозом – 21, острым миелобластным лейкозом – 15, бифенотипическим лейкозом – 1. Распределение по гендерному признаку показало, что мальчики составили 51,4% (n=19), девочки – 48,6% (n=18). Возраст детей на момент проведения ТГСК варьировал от 1 до 17 лет, пик в группе 6-12 лет (54,1%), средний возраст - 7 лет. Выявлены наиболее часто встречающиеся осложнения: инфекционные осложнения - 78,4% (фебрильная нейтропения - 55,2%, пневмония неуточненная - 24,1%, активация ЦМВ - 20,7%), токсическое поражение органов - 64,9% (панкреатит - 70,8%, энтеропатия - 29,2%, мукозит - 20,8%, гепатит - 12,5%, эзофагит - 12,5%, дерматит - 8,3%, гастрит - 4,2%), миелотоксическая аплазия кроветворения - 27%, оРТПХ - 18,9% (по форме: кожная – 85,7%, кожная+кишечная – 14,3%; по степени: 1 степень – 71,4%, 2 степень – 14,3%, 3 степень – 14,3%). Выживаемость детей на +100 день после ТГСК составила 89,1%. Средняя продолжительность жизни после ТГСК среди числа умерших в ранний трансплантационный период (n=4) составила 78 дней. В зависимости от статуса заболевания на момент проведения ТГСК: выживаемость у детей в 1-ой ремиссии и с рефрактерным течением на +100 день составила 100% и 57,1%, соответственно. В зависимости от HLA-совместимости наиболее высокая выживаемость наблюдалась при совместимом родственном доноре (88,8%). На основании данных результатов, проведена стратификация

пациентов по группам риска развития осложнений на основании балльной системы, учитывая такие факторы риска, как возраст пациента на момент проведения ТГСК, статус основного заболевания, HLA-совместимость (тип донора), совместимость АВ0, клеточность CD34+, ЦМВ-статус, состояние микробиоты кишечника, наличие генетических мутаций. В зависимости от общего количества баллов, пациенты были распределены на 3 группы риска: менее 3-х баллов – группа низкого риска (18,9%), 4-9 баллов – среднего (75,7%), более 10 баллов - высокого (5,4%). Анализ данных показал, что осложнения чаще развивались среди пациентов группы высокого риска. Принимая во внимание вышеизложенные результаты, нами была разработана модель прогнозирования риска развития осложнений после ТГСК, которая может позволить индивидуализировать подход к лечению и дать основу для улучшения прогноза и снижения рисков осложнений. Данная модель требует дальнейшего исследования и корректировки для применения на практике в будущем.

Заключение. Таким образом, в ходе данного исследования нами выделены факторы риска такие, как возраст пациента, HLA-совместимость, статус заболевания, АВ0-совместимость, клеточность CD34+, ЦМВ-статус, состояние микробиоты кишечника, наличие генетических мутаций, – которые показали наибольшую значимость в развитии осложнений у детей с острым лейкозом. Оценка факторов риска является важным аспектом для повышения эффективности проведенной трансплантации и выживаемости пациентов. Данное исследование показывает необходимость и важность использования комплексного подхода к анализу данных и персонального подхода к ведению пациентов до и после ТГСК, что позволит улучшить профилактику и раннюю диагностику осложнений, а также повысить вероятность успешной ремиссии после трансплантации. Разработанная модель прогнозирования риска развития осложнений может позволить скорректировать тактику ведения конкретного пациента для предупреждения возможных осложнений.

КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПРОМИЕЛОЦИТАРНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ

Тажиев Д.Р.¹, Ташенова Г.Т.^{1 2}, Тулебаева А.^{1 2}

¹ НАО «Национальный медицинский университет им. С.Д.

Асфендиярова», г. Алматы, Республика Казахстан

*² НАО «Научный центр педиатрии и детской хирургии», г. Алматы,
Республика Казахстан*

Актуальность. Острый промиелоцитарный лейкоз (ОПЛ) — редкий вариант острого миелоидного лейкоза, характеризующийся накоплением

промиелоцитов и наличием характерной хромосомной транслокации t(15;17), приводящей к образованию химерного гена *PML/RAR α* . ОПЛ сопровождается выраженными коагулопатиями и составляет около 10% всех случаев острого миелобластного лейкоза, отличаясь тяжелым клиническим течением.

Цель: Изучить клинико-гематологические особенности течения ОПЛ у детей.

Материалы и методы: Проанализированы 163 истории болезни детей с острым миелоидным лейкозом, госпитализированных в НЦПиДХ в 2021–2023 гг. ОПЛ диагностирован у 12 пациентов (7,36%).

Результаты: Среди 12 пациентов с ОПЛ, преобладали девочки (58,33%). Наиболее часто заболевание встречалось в возрасте 10–15 лет (50%), средний возраст составил 10 лет. Цитогенетические изменения с гиперплоидией выявлены в 25% случаев. К группе высокого риска отнесены 58% пациентов. В дебюте заболевания лейкоцитоз наблюдался у 58% детей, тромбоцитопения у 80%, анемия у 75%. Нарушения гемостаза (гипокоагуляция) диагностированы у 75%. Геморрагический синдром отмечен у всех пациентов: кожные геморрагии (91,7%), десневые и кровотечения из полости рта (по 50%), кровоизлияния в склеру (50%), внутренние кровотечения в 33,3%, носовые кровотечения в 25%. Острое нарушение мозгового кровообращения наблюдалось в 33,3% случаев и сопровождалось летальным исходом. Все пациенты получали заместительную гемостатическую терапию. Два пациента скончались до начала программной химиотерапии (ПХТ). Лечение по протоколу AML-BFM 2004 + ATRA начато у 10 детей; ремиссия достигнута в 70% случаев. Выживаемость в группе низкого риска составила 80%, в группе высокого риска 20%.

Заключение: ОПЛ у детей встречается редко (7,36%) и сопровождается выраженным геморрагическим синдромом и коагулопатией. Тромбоцитопения (80%) и нарушения гемостаза (75%) в дебюте заболевания требуют своевременного назначения заместительной терапии. Несмотря на тяжёлое течение, проведение ПХТ позволяет достичь ремиссии у большинства пациентов.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТГСК У ДЕТЕЙ С ПРИОБРЕТЕННОЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ

Нәлібай С.С.¹, Тулебаева А.Б.¹

¹ НАО “КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова”, г. Алматы, Республика Казахстан

² НАО Научный центр педиатрии и детской хирургии, г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Апластическая анемия (АА) - это орфанное гематологическое заболевание, характеризующееся нарушением функции

костного мозга с гипо- или аплазией всех его клеточных линий. Это приводит к гипо- или панцитопении, что увеличивает риск инфекций, кровотечений и требует немедленного вмешательства.

Проблема терапии приобретенной апластической анемии (ПАА) остается актуальной, несмотря на то, что стали известны звенья патогенеза, предложены эффективные методы терапии.

Актуальность лечения приобретенной апластической анемии сохраняется на высоком уровне из-за сложности заболевания, высоких рисков осложнений. Современные методы лечения и диагностические технологии помогают улучшить прогноз для пациентов и дают надежду на полноценное восстановление.

Цель исследования: Оценить эффективность трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у детей с приобретенной апластической анемией (ПАА) в зависимости от различных факторов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 12 историй болезней у детей с клиническим диагнозом приобретенная апластическая анемия, которым была проведена ТГСК за период 2021-2023 год при АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии» (НЦПДХ). Пациенты разделены на 2 группы по степени тяжести, (согласно критериям Camitta В.М.):

Тяжелая АА - гранулоцитопения $< 0,5 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитопения $< 20,0 \times 10^9/\text{л}$. Сверхтяжелая (очень тяжелая) АА: гранулоцитопения $< 0,2 \times 10^9/\text{л}$. Эффективность терапии оценивалась по достижению пациентов полного или частичного гематологического ответа:

- полный гематологический ответ : достижение всех трех показателей – Нв > 110 г/л, гранулоциты $> 1500/\text{мкл}$ и тромбоциты $> 150000/\text{мкл}$;
- частичный гематологический ответ – Нв $> 90-110$ г/л, гранулоциты на $500/\text{мкл}$ выше, чем на момент диагностики и тромбоциты $> 30000/\text{мкл}$

Результаты. Основная возрастная группа – дети от 6 до 12 лет (50%). Средний возраст детей составил – 8 лет. При распределении по полу: мальчиков 8 (67%), девочек 4 (33%).

В результате исследования выявлено 5 пациентов (41,7%) с тяжелой АА и 7 пациентов с сверхтяжелой степенью тяжести (58,3%).

Полный гематологический ответ наблюдается у половины (n 6) исследованных пациентов. Частичного гематологического ответа достигли 5 детей (41,7%).

Летальный исход наблюдался только в 1 случае. Стоит отметить, что данный пациент поступил с сопутствующими заболеваниями в виде: БЭН II степени, гнойный отит.

В ходе исследования наблюдается корреляция между началом первых клинических симптомов заболевания и датой проведения ТГСК. Средний период между дебютом заболевания и датой ТГСК у детей с полным гематологическим ответом составил около 7 месяцев. У детей с частичным гематологическим ответом - 1 год 10 месяцев.

От родственного донора была проведена ТГСК 7 детям, из них 3 (43%) достигли полного гематологического ответа, 3 (43%) частичного и в 1 (14%) случае был летальный исход.

Среди детей с неродственной алло ТГСК полного гематологического ответа достигли 3 пациента (60%) и 2 пациента достигли частичного гематологического ответа (40%).

При ТГСК от неродственного донора посттрансплантационные осложнения встречались чаще (80%), чем после ТГСК проведенной от родственного донора (14,3%): в виде РТПХ, фебрильной нейтропении.

Выводы.

1. ТГСК является первой линией терапии, при наличии гистосовместимого донора.
2. Выживаемость после ТГСК с начала 2021 года у пациентов с приобретенной апластической анемией составила – 91,7%.
3. Гематологический ответ не коррелирует напрямую с родственной связью между донором и реципиентом.
4. Ранее проведение ТГСК с момента возникновения первых клинических симптомов дает положительные результаты.
5. При ТГСК от неродственного донора посттрансплантационные осложнения встречались чаще (80%) по сравнению с ТГСК проведенной от родственного донора (14,3%): в виде РТПХ, фебрильной нейтропении.
6. Длительный период с момента возникновения первых симптомов и проведения ТГСК, требует повышения настороженности как у врачей ПМСП, так и среди населения.

ЧАСТО БОЛЕЮЩИЕ ДЕТИ: СОМАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Сұлтан Аяжан, Тогызбаева Айнур, Сейсебаева Р.Ж.

Интерны 7 курса по специальности «Педиатрия», НАО «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан

Научный руководитель: Нургалиева Жанар Женисовна, к.м.н., профессор

Актуальность. Ранний детский возраст является критическим периодом формирования здоровья, характеризующимся высокой пластичностью и одновременно уязвимостью к воздействию неблагоприятных факторов. В этот период активно происходят процессы роста, дифференцировки и функционального становления органов и систем. На физическое развитие ребёнка значительное влияние оказывают биологические, социальные и экологические факторы. Заболевания органов дыхания занимают ведущее место в структуре детской заболеваемости, особенно в возрасте до 5 лет. По данным международных исследований, дети данной возрастной группы переносят в среднем от 4 до 9 эпизодов ОРВИ в год. При этом значительную долю составляют часто болеющие дети, что обуславливает повышенный интерес к изучению возможного влияния респираторной

заболеваемости на физическое развитие. Установлено, что частота острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) не оказывает статистически значимого влияния на физическое развитие, однако существенную роль играют биологические и социальные факторы риска. Несмотря на наличие многочисленных исследований, данные о взаимосвязи частоты ОРВИ и показателей физического развития остаются противоречивыми, что определяет актуальность настоящей работы.

Цель. Оценить влияние социальных факторов на показатели физического развития детей из группы «часто болеющие дети» с целью выявления ключевых детерминант здоровья и разработки рекомендаций, направленных на улучшение их состояния и достижение Цели устойчивого развития 3 – обеспечения здорового образа жизни и содействия благополучию для всех в любом возрасте.

Материалы и методы. Проведено исследование с участием 213 детей в возрасте от 0 до 5 лет (средний возраст – 2,55 года), наблюдавшихся в городских поликлиниках г. Алматы в период с сентября по декабрь 2025 года. Сбор данных осуществлялся методом анкетирования (Google Forms), включавшего оценку: биологических факторов (возраст матери, наличие фоновой патологии, частота ОРВИ), социальных условий (тип вскармливания, питание, социально-экономический статус).

Физическое развитие оценивалось по антропометрическим данным (рост, масса тела, индекс массы тела) с использованием стандартов WHO и программы Aukology (SDS).

Статистическая обработка проводилась с использованием критерия Стьюдента; различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. У 58,0% обследованных детей выявлены отклонения в показателях физического развития, среди которых наиболее частой была задержка роста (14%).

По данным анамнеза: 68,0% детей переносили ОРВИ, 15,0% относились к группе часто болеющих, 20,0% были практически здоровыми.

Сравнительный анализ показателей физического развития между группами детей с эпизодическими ОРВИ и часто болеющими детьми не выявил статистически значимых различий ($p > 0,05$), что свидетельствует об отсутствии прямого влияния частоты респираторных инфекций на процессы роста и развития. В то же время установлено значимое влияние сопутствующих факторов риска. Среди часто болеющих детей отмечены: нарушения питания – 56%, искусственное и смешанное вскармливание – 40%, низкий социально-экономический статус – 43%, анемия – 18%, рахит – 12,5%. Полученные данные указывают на ведущую роль социальных и биологических детерминант в формировании здоровья ребёнка.

Выводы:

1. Более половины детей дошкольного возраста имеют отклонения в физическом развитии, что требует ранней диагностики и мониторинга.

2. Частота ОРВИ не оказывает статистически значимого влияния на показатели физического развития.

3. Существенную роль в формировании группы часто болеющих детей играют биологические и социальные факторы риска.

4. Комплексная оценка условий жизни, питания и состояния здоровья ребёнка является ключевым направлением профилактической работы.

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования полученных данных для оптимизации профилактических мероприятий и повышения эффективности наблюдения за детьми раннего возраста.

ПРОТЕИНУРИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Гойибова Н.С.

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

Актуальность: Проблема ожирения у детей не теряет своей актуальности, это связано не только с прогрессивным увеличением ожирения у детской популяции, но и с ростом осложнений от данной патологии. Основными осложнениями ожирения являются сердечно-сосудистые и почечные заболевания, сочетаясь эти изменения формируют метаболический синдром, даже в детской популяции.

Цель исследования. Определить взаимосвязь между микроальбуминурией и показателями углеводного и липидного обменов у детей с ожирением .

Материал и методы: наши исследования проводились в семейных поликлиниках города Самарканда (Узбекистан). В исследовании приняли участие 55 человек в возрасте от 7 до 18 лет (средний возраст детей $12,03 \pm 0,17$ года), с избыточной массой тела и ожирением. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых детей с нормальной массой. Антропометрические измерения включают в себя: рост, массу тела, окружность талии и бедер. На основании антропометрических данных и определении индекса массы тела (ИМТ, $\text{кг}/\text{м}^2$) в соответствии с полом и возрастом позволило распределить детей на 3 группы: I группа 21 детей с избыточной массой тела (SDS +1,0 до +2,0), II группа 18 ребенок с ожирением I-II степени (SDS от +2,0 до $\geq +3$), III группа 16 детей с ИМТ в пределах SDS от +3,0 выше, что характеризовало детей с 3 степенью ожирения и выше. Контрольную группу составили 20 детей с ИМТ SDS -1,0 до +1,0. Все дети вошедшие в исследование были жителями Самаркандской области.

Микроальбуминурия определялась в утренней моче полуколичественным методом с помощью визуальных тест-полосок на микроальбуминурию MICRAL-TEST II (Микраль-Тест 2) Roche Diagnostics.

Результаты исследования. Как видно из представленных данных нарушение углеводного метаболизма встречалось во всех группах с превышением массы тела, при этом с достоверной частотой в группе с ожирением 3 степени. При проведении стандартного глюкозотолерантного теста, нарушения углеводного обмена выявлены с наибольшей частотой в

группе с ожирением 3 степени (62,5%), где также встречалось увеличение тощачевой глюкозы встречающейся у 1/3 детей данной группы (37,5%), выявлена нарушение толерантности к глюкозе, что говорило о скрытом характере нарушения углеводного обмена у детей.

В первую очередь мы провели сравнительное исследования уровня показателей углеводного обмена, следует отметить, что в 1 группе статистических зависимостей от уровня МАУ в моче и ростом показателей углеводного обмена выявлено не было. Во 2 группе отмечалась статистически достоверное увеличение только в отношении инсулина крови ($p < 0,05$), в 3 группе отмечалось статистически достоверная разница между уровнями инсулина ($p < 0,05$), показателе ИР НОМА_R ($p < 0,05$) и уровнем глюкозотолерантного теста ($p < 0,05$). У детей с 3 степенью ожирения наблюдались статистически достоверные показатели роста по всем показателям липидного обмена, в зависимости от уровня МАУ (триглицеридов ($p < 0,01$), холестерина липопротеидов высокой плотности ($p < 0,01$) и холестерина липопротеидов низкой плотности ($p < 0,01$) и общего холестерина ($p < 0,01$).

Выводы: протеинурия и МАУ являются важными факторами поражения почек и, по данным последних исследований, все чаще встречаются у людей, страдающих избытком массы тела и ожирением, даже при отсутствии сахарного диабета.

БРОНХИТ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ПЕРИОДА

Турсын Альбина

Студентка 3 курса школы Педиатрии

Казахского Национального медицинского университета имени

С.Д.Асфендиярова,

Алматы, Казахстан

Научный руководитель: ассистент профессора Ералиева Марал

Алайдаровна

Актуальность: Бронхит у детей школьного возраста остается одной из наиболее распространенных патологий органов дыхания, особенно в осенне-зимний период. Заболевание может протекать в острой, рецидивирующей и обструктивной формах, что определяет его клиническую и практическую значимость. Несмотря на более высокую зрелость респираторной и иммунной систем по сравнению с детьми раннего возраста, у школьников бронхит также требует своевременной диагностики и рациональной терапии. Это необходимо для предупреждения затяжного течения воспалительного процесса, хронизации заболевания и снижения риска формирования бронхиальной астмы.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения бронхита у детей школьного возраста и оценить эффективность современных подходов к диагностике и лечению.

Материалы и методы: Проведен сравнительный анализ клинических

и лабораторных данных 30 детей школьного возраста от 10 до 16 лет, госпитализированных в пульмонологическое отделение ДГКБ № 2 с диагнозом «острый бронхит». Оценивались клинико-anamnestические данные, результаты физикального обследования, а также лабораторных и инструментальных методов исследования.

В зависимости от особенностей течения заболевания дети были распределены на две группы:

1-я группа - пациенты с острым бронхитом;

2-я группа - пациенты с рецидивирующим и обструктивным течением бронхита.

Результаты и обсуждение: у детей 1-й группы основными клиническими проявлениями были продуктивный кашель, общая слабость и повышение температуры тела до субфебрильных значений (37,2-37,8 °С). При аускультации выслушивались влажные хрипы различного калибра. В большинстве случаев заболевание развивалось после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции. Лабораторные показатели соответствовали преимущественно вирусной этиологии воспалительного процесса: отмечались нормальные значения лейкоцитов либо незначительный лейкоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов не превышало 20 мм/ч. По результатам рентгенографии органов грудной клетки признаков пневмонии выявлено не было. Лечение включало ингаляционную терапию с применением бронхолитиков и муколитиков (сальбутамол, амброксол), щелочные ингаляции, обильное питье, постельный режим и симптоматическую терапию.

Во 2-ю группу вошли дети с рецидивирующим и обструктивным течением бронхита. У 9 пациентов отмечался рецидивирующий бронхит, проявлявшийся преимущественно в холодное время года и характеризовавшийся частотой эпизодов более трех раз в год. У 5 детей были выявлены признаки бронхиальной обструкции, включая свистящее дыхание, удлиненный выдох и экспираторную одышку. У пациентов с бронхообструктивным синдромом чаще выявлялись отягощенный аллергологический анамнез и признаки бронхиальной гиперреактивности. В ряде случаев возникала необходимость проведения дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой, дебютирующей впервые.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у большинства детей школьного возраста бронхит имеет вирусную природу и при своевременной диагностике хорошо поддается лечению. Вместе с тем рецидивирующее и обструктивное течение заболевания требует повышенного клинического внимания, поскольку может рассматриваться как предиктор формирования хронической бронхолегочной патологии, в том числе бронхиальной астмы.

Выводы: У детей школьного возраста бронхит в большинстве случаев имеет вирусную этиологию и при своевременном выявлении и адекватной терапии характеризуется благоприятным течением.

Рецидивирующие и обструктивные формы бронхита требуют более углубленного клинического наблюдения и дифференциальной диагностики с бронхиальной астмой.

Рациональное применение ингаляционной терапии и, при наличии показаний, антибактериальных средств способствует предупреждению затяжного течения заболевания и снижению риска осложнений.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ И ИНФЕКЦИИ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Тажиева Зебо Баходировна. PhD., доцент. Заведующая кафедрой «Педиатрии и высшего сестринского дела» Ургенского государственного медицинского института. Узбекистан.

Резюме. Во всем мире заболевания мочевыделительной системы становятся одной из актуальных проблем. По данным Всемирной организации здравоохранения, осложнения заболеваний почек имеют важное значение для системы общественного здравоохранения во всех странах, в зависимости от места проживания, образа жизни, пола, возраста, статуса питания, под воздействием экологических факторов наблюдается риск для жизни детей и взрослых. В связи с этим проблема ранней диагностики, назначение адекватной дието- и медикаментозной терапии является актуальной.

Ключевые слова: дети, дисметаболическая нефропатия, кристаллурия, оксалатурия.

Одной из актуальных проблем педиатрии на современном этапе являются заболевания органов мочевой системы (ОМС). Эпидемиологические исследования, проведенные на рубеже XX-XXI веков, показали, что распространенность патологии ОМС варьирует от 60:1000 до 187:1000 детей в детской популяции, в зависимости от экологической обстановки в зоне проживания ребенка[1,7,8]. При этом в структуре патологии ОМС преобладают заболевания врожденного и наследственного генеза, имеющие скрытое начало и торпидное течение, среди которых большая доля приходится на обменные, дисметаболические нефропатии (ДН).

Под дисметаболическими нефропатиями понимают большую группу нефропатий с различной этиологией и патогенезом, но объединенных тем, что их развитие связано с нарушениями обмена. Патология обмена приводит к изменениям функционального состояния почек или к структурным сдвигам на уровне различных элементов нефрона. Дисметаболические нефропатии в широком значении объединяют заболевания, связанные с тяжелыми нарушениями водно-солевого обмена, которые развиваются при желудочно-кишечных заболеваниях с токсическим синдромом и нарушениями гемодинамики. К ним могут быть отнесены поражения почек, протекающие на фоне нарушений фосфорно-кальциевого обмена при гиперпаратиреозе, гипервитаминозе D и других заболеваниях. Термин «дисметаболическая нефропатия», употребленный в узком смысле, обозначает полигенно наследуемую (мультифакториально развивающуюся) нефропатию, которая связана с нарушением обмена

щавелевой кислоты и проявляется в условиях семейной нестабильности цитомембран.

Здоровые дети выделяют с мочой единичные мелкие кристаллы солей (чаще всего это оксалаты и трипельфосфаты) величиной 0,03-0,055 мкм, которые не вызывают повреждения почечной ткани. Считают, что повреждающее действие на органы мочевой системы возможно при наличии кристаллов в осадке мочи более 10 в поле зрения и при их размерах более 12 мкм. В процессе кристаллообразования играют роль три принципиальных фактора: перенасыщение канальцевой жидкости сверх пределов ее стабильности, снижение активности ингибиторов перенасыщения, наличие активаторов преципитации.

Кристаллурия-вариант мочевого синдрома, при котором по результатам лабораторных исследований в моче обнаруживается повышенное содержание кристаллов солей. В повседневной практике врача данный симптом отмечается практически у каждого третьего ребенка. Удельный вес кристаллурий в структуре детской нефрологической патологии превышает 60%. Наиболее распространенной является оксалатная и оксалатно-кальциевая кристаллурия, на долю которой приходится 75,0–80,0%. Для образования кристалла необходимо наличие ионной пары — аниона и катиона (например, иона кальция и иона оксалата). Перенасыщение мочи различными видами ионов в конечном итоге приводит к их преципитации в виде кристаллов и их последующему росту. Огромную роль при этом играет дегидратация мочи, что влечет за собой повышение концентрации ионов в моче даже при их нормальной продукции. Кроме степени насыщения, на растворимость ионов влияют ионная сила, способность к комплексообразованию, скорость тока мочи, рН мочи.

Проблема спорадических дисметаболических нефропатий является весьма актуальной в педиатрии и нефрологии детского возраста. Это обусловлено высокой частотой заболевания в популяции, а также возможностью его прогрессирования вплоть до развития мочекаменной болезни и/или интерстициального нефрита.

Установлено, что интермиттирующая оксалатно-кальциевая кристаллурия, выявленная в детском и подростковом возрасте, приводит к прогрессированию тубулоинтерстициальных нарушений у взрослых и увеличению частоты смешанного варианта мочевого синдрома, характеризующегося выраженной протеинурией, гематурией, признаками мембранолиза канальцевого эпителия почек, функциональными и структурными изменениями со стороны почек и мочевого пузыря.

Среди ДН, связанных с нарушением водно-солевого, углеводного, фосфорно-кальциевого и других видов обмена, особое внимание в связи с наибольшей распространенностью, достигающей 20% среди общего числа патологии ОМС, обращается на нарушения обмена щавелевой кислоты, так называемые дизметаболические нефропатии с оксалатно - кальциевой кристаллурией (ДН с ОКК). Варибельность показателя распространенности ДН с ОКК по данным различных авторов обусловлена отличиями в экологической обстановке в районе проживания детей и может достигать 31,4% у детей дошкольного возраста. Прогрессирование

оксалатной нефропатии зачастую ведет к развитию абактериального интерстициального нефрита (ИН), а в результате присоединения вторичной инфекции развивается пиелонефрит. Максимально выраженные дизметаболические расстройства могут обусловить возникновение мочекаменной болезни (МКБ), причем даже в первые годы жизни ребенка.

В настоящее время распространенность кристаллурии в детской популяции в не эндемичных районах составляет 32%, а в экологически неблагоприятных достигает 47%, на долю оксалатной кристаллурии приходится 68—71%, уратной 9—15%, фосфатурии 9—10% и на другие от 3 до 5% .

Одним из важнейших научно-практических направлений социальной педиатрии и организации здравоохранения является региональный подход к изучению состояния здоровья детей. На его формирование оказывают влияние климатогеографические, экологические и экономические условия проживания, степень миграции населения, этнические и социокультурные особенности, а также существенные различия в материально-технической базе лечебно-профилактических учреждений по регионам. По мнению ряда специалистов, дисметаболическая нефропатия с оксалатно-кальциевой кристаллурией рассматривается в качестве модели экозависимого заболевания.

Пушкарева Е.Ю. при изучении клинко-патогенетических особенностей формирования и механизмов прогрессирования дизметаболических нефропатий у детей в зависимости от возраста установила, что проживание в районах с высокой антропогенной нагрузкой увеличивает шанс развития ДН с ОКК в 2 раза. Автором было доказано, что употребление фильтрованной питьевой воды может рассматриваться как мера профилактики развития оксалатно-кальциевой кристаллурии у детского населения промышленных территорий. Вариабельность показателя распространенности дизметаболической нефропатии с оксалатно-кальциевой кристаллурией по данным различных авторов обусловлена отличиями в экологической обстановке в районе проживания детей и может достигать 31,4%. В среднем по России распространенность дизметаболической нефропатии составляет 1,4:1000 детской популяции и в связи с ухудшением экологической обстановки имеет тенденцию к росту.

Выделяют эндогенные и экзогенные причины оксалатной дисметаболической нефропатии у детей. К эндогенным причинам относятся: повышение биосинтеза оксалатов, гиперурикемия, нарушения обмена цистина, фосфатурия, сахарный диабет, нарушения обмена витаминов, ишемические нефропатии, электролитные нарушения, гиперпаратиреоз. Экзогенные причины включают особенности питания, особенности питьевого режима, экопатогены (кадмий, свинец, уран, органические растворители и др.), лекарственные вещества, климатические особенности региона проживания. Упорную кристаллурию следует считать специфическим признаком нарушения обмена кальция на клеточном уровне, её наличие обычно сочетается с солевым диатезом.

Существует два этиопатогенетических варианта гипероксалурии – первичная и вторичная. Первичная гипероксалурия – это наследственное

заболевание, включающее три редких вида генетически обусловленных нарушений метаболизма глиоксиловой кислоты, которые характеризуются повышенной экскрецией оксалатов, рецидивирующим оксалатно-кальциевым уролитиазом и/или нефрокальцинозом и прогрессирующим снижением скорости клубочковой фильтрации с развитием хронической почечной недостаточности. Оксалатно-кальциевые кристаллы откладываются во всех тканях организма, что приводит к оксалозу в возрасте 10-30 лет. Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу, однако известны случаи доминантного наследования. Эти формы диагностируют с помощью биохимических методов, их клинические проявления идентичны.

В педиатрической практике наиболее часто встречается вторичная или спонтанная гипероксалурия, которая может быть транзиторной (при однообразном питании, на фоне ОРВИ, интеркуррентных заболеваний) или постоянной. Выделяется несколько механизмов ее развития. Алиментарная гипероксалурия связана с избыточным потреблением продуктов, содержащих

щавелевую и аскорбиновую кислоты. К факторам риска вторичных гипероксалурий относят наследственную предрасположенность, которая наблюдается в 70% случаев у детей с гипероксалурией. Это проявляется не только патологией обмена оксалатов, но и склонностью к нестабильности цитомембран[13]. В генезе мембранодестабилизирующих процессов важная роль принадлежит процессам интенсификации перекисного окисления липидов, активации эндогенных фосфолипаз и окислительного метаболизма гранулоцитов. При разрушении кислых фосфолипидов клеточных мембран образуются предшественники оксалатов.

В последнее время обсуждается локальное образование оксалатов в почках в связи с разрушением фосфолипидов клеточных мембран, вследствие чего образуются предшественники оксалатов (серин), а также фосфаты, с которыми кальций образует нерастворимые соли.

Первые проявления гипероксалурии у детей могут быть уже на первом году жизни. Наиболее часто гипероксалурия регистрируется в периоды интенсивного роста ребенка 7- 8 и 10-14 лет. В большинстве случаев оксалатная кристаллурия обнаруживается случайно, иногда на фоне ОРВИ, интеркуррентных заболеваний.

Нередко родители замечают у ребёнка уменьшение объёма мочи в течение суток, выпадение в осадок большого количества солей. При опросе у детей выявляются рецидивирующие боли в животе. Иногда развивается воспаление гениталий за счет постоянного раздражения кожи и слизистой, при мочеиспускании может возникать чувство жжения или другие дизурические расстройства. На фоне кристаллурии нередко формируется инфекция мочевой системы. При визуальной оценке мочи отмечается ее насыщенный характер, возможно спонтанное образование осадка. Гиперстенурия (относительная плотность мочи выше 1030) при отсутствии глюкозурии должна настораживать в отношении гипероксалурии. В дальнейшем на фоне кристаллурий появляются незначительная микрогематурия и/или протеинурия, абактериальная лейкоцитурия, что

свидетельствует о повреждении почек и обозначается как «дизметаболическая нефропатия».

Биохимическое исследование суточной мочи (транспорт солей) позволяет уточнить наличие гипероксалурии и гиперкальциурии. Нормальный уровень оксалатов составляет менее 0,57 мг/кг/сут., кальция - менее 4 мг/кг/сут. Для диагностики гипероксалурии и гиперкальциурии можно также пользоваться определением такого показателя в разовой порции мочи как отношение кальция к креатинину и отношение оксалатов к креатинину.

У детей с гипероксалурией в нефрологических стационарах проводится анализ на антикристаллообразующую способность мочи к оксалату кальция, которая снижена. Тест на перекиси в моче позволяет оценить активность процессов перекисного окисления липидов цитомембран.

Для профилактики ДНОКК и кальциевого нефролитиаза рекомендуется диспансерное наблюдение детей из семей, в которых имеется наследственная предрасположенность к мочекаменной болезни, с проведением регулярного профилактического лечения, включающего диетотерапию, питьевой режим, витаминотерапию (А,Е,В6) и другие виды лечения, прежде всего фитотерапию.

Авторы Длин В.В., Игнатова М.С., Османов И.М., Э.А. Юрьева, С.Л. Морозов (2015) доказывают, что наблюдение в течение 5 лет за 130 детьми показало эффективность этой схемы реабилитации как в лечении и профилактике рецидивов пиелонефрита, так и в снижении выраженности у детей метаболических нарушений.

Несмотря на достигнутые в последнее время успехи в терапии дизметаболических нефропатий, проблема совершенствования методов лечения, предупреждения тяжелейших исходов заболевания, внедрения эффективных мероприятий по профилактике до настоящего времени остается одной из важнейших в современной детской нефрологии.

Многогранность патогенетических механизмов повреждения мочевыделительной системы, тяжесть вызываемых метаболическими нарушениями последствий, таких как мочекаменная болезнь, пиелонефрит и т.д. нацеливают ученых искать новые современные технологии лечения и профилактики указанных заболеваний.

Таким образом, изучение факторов риска и основных этиопатогенетических механизмов формирования дизметаболической нефропатии у детей имеет особое значение в связи с их высокой распространенностью и серьезным прогнозом.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ПРИАРАЛЬЕ

Тажиева Зебо Бахадировна.

Аннотация. В статье рассмотрены современные тенденции заболеваемости мочевыводящей системы у детей школьного возраста, проживающих в Приаралье. Анализируются влияние неблагоприятных экологических факторов региона, особенности течения заболеваний и подходы к диетотерапии.

Ключевые слова: Приаралье, мочевыводящая система, школьный возраст, экология, дисметаболическая нефропатия, пиелонефрит, диетотерапия.

Введение. Заболевания мочевыводящей системы (ЗМС) у детей остаются актуальной проблемой педиатрии, особенно в регионах с неблагоприятной экологической обстановкой. Приаралье, характеризующееся высоким уровнем засоления почв и воды, дефицитом пресной воды и загрязнением окружающей среды, создает условия для роста заболеваемости ЗМС у детей школьного возраста.

Материалы и методы. В исследование включены 300 детей школьного возраста (7–14 лет), проживающих в различных районах Приаралья. Методы исследования: клинический осмотр, лабораторное исследование мочи и крови, УЗИ почек и мочевого пузыря, анкетирование родителей по условиям жизни и питания. Статистический анализ проводился с использованием стандартных методов обработки медицинских данных.

Результаты. За последние 10 лет отмечено увеличение числа заболеваний мочевыводящей системы у детей школьного возраста на 15–20 %. Наиболее часто диагностируются - дисметаболическая нефропатия — (36 % случаев), хронический пиелонефрит — (27 %), рецидивирующий цистит — (18 %), мочекаменная болезнь (микролитиаз) — (12 %), другие патологии — (7 %).

Основные причины роста заболеваемости: высокий уровень минерализации питьевой воды (в отдельных районах — до 2 г/л), засоление почв, загрязнение воздуха пылевыми частицами солей и химических соединений, дефицит витаминов и микроэлементов в пище. Эти факторы способствуют формированию нарушений водно-солевого обмена и накоплению солей в почках.

У детей приаралья заболевания ЗМС чаще протекают с хроническими рецидивами, стертыми симптомами на ранних стадиях. Нередко наблюдаются стойкие изменения мочевого осадка (лейкоцитурия, кристаллурия), признаки латентного воспаления, склонность к формированию микролитов.

Основным направлением профилактики и лечения является коррекция питания. Рекомендуются ограничение употребления продуктов с высоким содержанием поваренной соли, увеличение доли овощей и фруктов (особенно арбузы, дыни, тыква), достаточное потребление жидкости (1,5–2 л в сутки с учетом возраста), обогащение рациона продуктами, содержащими витамины группы В, С, А, магний, калий, исключение острых, копченых блюд и газированных напитков. Разрабатываются

региональные программы питания с учетом местных климато-экологических условий.

Заключение. Рост заболеваемости мочевыводящей системы у детей школьного возраста в Приаралье требует комплексного подхода, включающего улучшение качества питьевой воды, экологических условий, санитарного просвещения и организация рационального питания с учётом местных условий.

Необходима разработка и внедрение программ ранней диагностики и профилактики ЗМС в условиях экологического неблагополучия.

CURRENT TRENDS IN FORMATION OF URINARY SYSTEM DISEASES IN SCHOOL AGE CHILDREN AND FEATURES OF THEIR COURSE

Tajieva Zebo Bokhodirovna. PhD., associate professor. Head of Department «Pediatrics and Higher Nursing» Urgench State Medical Institute, Uzbekistan.

Radjabova Mokhinabonu. Student of the Urgench State Medical Institute, Uzbekistan.

e-mail: zebotajiyeva@gmail.com

Abstract. In the complex treatment of acute and chronic kidney diseases in children, diet therapy plays an important role. High requirements are imposed on therapeutic nutrition, since the kidney is the main organ for the excretion of metabolic products that come with food and are formed as a result of the breakdown of body tissues, as well as the organ responsible for maintaining the constancy of the internal environment. Under certain conditions, it becomes necessary to correct in the diet of nutrients such as animal protein, gluten, oxalates, urates, phosphates, the metabolic products of which are excreted through the kidneys and affect not only the pathogenetic mechanisms of the development of the disease, but also participate in the formation of non-immune processes of progression disease to the stage of renal failure.

Key words: children, dysmetabolic nephropathy, crystalluria, oxalaturia.

Diseases of the urinary system among children around the world are becoming one of the urgent problems. According to the information of the World Health Organization, the complications of kidney diseases are important for the public health system in all countries, and it is observed that it is related to the area of residence, lifestyle, gender, age, nutritional status of the population, and under the influence of environmental factors, it poses a threat to the lives of children and adults.

Data from a number of population studies show an increase in the number of patients with diseases of the urinary system (SIT). In particular, congenital kidney defects and dysmetabolic nephropathy lead to high growth rates and changes in the structure of the kidney. In recent years, researchers and scientists, despite the progress made in the treatment of dysmetabolic nephropathy in children, need to improve treatment methods and prevent the most severe consequences of the

disease, the implementation of effective preventive measures remains one of the most urgent problems in modern pediatric nephrology.

The purpose of the study. Study of prevalence of oxalate nephropathy in preschool and school-age children in Khorezm region and improvement of preventive and rehabilitation measures in them.

Research methods. Retrospective data, anamnesis collection, clinical-biochemical and functional examination methods, determination of oxalate excretion in daily urine.

Practical results of the research. Our work was carried out in 3 stages.

Stage 1. History of children's development (f.112), from medical histories of the somatic department (f.003). The use and effectiveness of therapeutic and preventive measures in children treated in hospital with DMN, SYI and other kidney diseases was determined retrospectively.

Stage 2. General clinical examinations were conducted among healthy children, i.e., children who did not complain of symptoms of kidney disease, taking into account the clinical course of the disease in the early stages of DMN, almost no complaints in patients, and the appearance of salt crystals in the urine. 960 of 1309 children without complaints of SIT diseases, 73% of children had salt crystals in their urine, i.e., elements of the initial stage of DMN, nosological pre-stage, and 27% of children did not have any clinical symptoms. Manifestation of persistent crystalluria and microhematuria was 27.7% in preschool children in the main group. In the main group during the school period, more than half of the respondents had insignificant proteinuria, as well as morning eyelids, pain in the lower back, lower abdomen from time to time. Despite the early onset of metabolic diseases, the risk of STK formation (7%) ($R < 0.05$) was observed in children over 10 years of age. Enuresis occurred in up to 4.5% of preschool children, but not at all in school-aged children. Physical retardation was almost the same in children of school age (11.4%) as compared to children of preschool age (11.1%).

Stage 3. In the complex treatment of oxalate nephropathy in Khorezm region, taking into account actual nutrition and drinking water, we used Uralesan syrup as an antioxidant drug that improves metabolic processes in the body. In our research, 170 children were selected from among 840 children aged 7 to 15 years with oxalate nephropathy.

According to statistics from 2015 to 2020 in Khorezm region, urinary system diseases in children are increasing from year to year. In 2015, SIT diseases in children made up 28.5% of the region, and by 2020, this figure was 45.6%. When we looked at the retrospective re-analysis of the medical history of 2976 children under the age of 3-15 who were treated only in the children's department in hospitals in 2015-2020, it was found that 220, that is, 74% of the children had oxalate salts in their urine.

The examined children were divided into 4 groups:

1. Control group - 20 children - treated with 2 courses of vitamins;
2. The group of children who received Uralesan syrup - 40 children. A 1-month course of treatment is prescribed according to the age of the dose;
3. The group of children who received only diet for a year - 80 children.
4. 50 children in the group of children receiving Uralesan+ diet. They undergo

a course of treatment for 1 month in age-appropriate doses.

Daily amount of oxalates in urine in children of the 1st control group treated with vitamins did not differ from the pre-treatment state to the post-treatment state (before 1475.7 ± 63.8 $\mu\text{mol}/\text{milk}$, then 1340.1 ± 61.9 $\mu\text{mol}/\text{milk}$, $R < 0.05$). The amount of oxalates did not decrease to the normative level. In contrast, after 6 months, these children showed an increase of 82% in the urine of oxalate salts.

In group 2, children who received only Uralesan syrup, the daily amount of oxalates in urine was significantly different from before treatment to after treatment (before 1751.0 ± 88.6 $\mu\text{mol}/\text{milk}$, then 964.9 ± 52.8 $\mu\text{mol}/\text{milk}$, $R < 0.05$). The content of oxalates in the urine of these children decreased by almost 2 times. The main reason for this is that the drug Uralesan increases the excretion of urea and chlorides, and has the property of helping to expel small stones and sand from the bladder and kidneys. However, on the 30th day of treatment, crystalluria with oxalate was observed in 12% of children in this group, and the same condition was detected again during examination 3 months after the start of therapy. After taking Uralesan drug, diuresis increased somewhat (before 796.3 ± 83.6 ml/day, then 1126 ± 60.5 ml/day, $R < 0.05$). This is the proof that the drug Uralesan enhances diuresis.

In the groups that performed the rehabilitation process only with diet 3, the amount of oxalates in urine decreased significantly (before 1765.6 ± 87.2 $\mu\text{mol}/\text{milk}$, then 1077.5 ± 55.1 $\mu\text{mol}/\text{milk}$), but did not reach the normative amount (in the norm 100-200 $\mu\text{mol}/\text{milk}$ in children aged 3-15). So, in the case of oxalate nephropathy, diet alone is not enough to get rid of oxalate salts. Daily diuresis is relatively low in children of this group. Even after treatment, it did not change significantly, it increased only by 140 ml (before 737.5 ± 82.3 ml/milk, then 873.1 ± 91.1 ml/milk, $R < 0.05$).

4 -the amount of oxalates in the urine of children recommended together with Uralesan+diet decreased by 3 times (before 1757.0 ± 88.9 $\mu\text{mol}/\text{milk}$, then 665.78 ± 49.3 $\mu\text{mol}/\text{milk}$). It should be said here that Uralesan+diet, together with elimination of the alimentary factor in the body, prevents the formation of oxalates by forming a protective colloid in the urine. Diurnal diuresis was less secreted in children of this group before treatment. After taking Uralesan+diet together, diuresis increased and reached the daily norm (before 828.6 ± 84.2 ml/day. then 1222.2 ± 96.8 ml/day, $R < 0.001$). KFT increased by 50%, and in children of the 1st, 2nd and 3rd groups, this indicator did not exceed 7-10%. KFT shows a 2-fold increase compared to the previous state. Here, once again, we were convinced that the drug Uralesan enhances diuresis.

Conclusions. Thus, the results of the study show that in the rehabilitation period of oxalate nephropathy among schoolchildren and preschool children in Khorezm region, the 4th group, Uralesan+diet, was more effective in children who were used together. Administration of the drug together with the diet helps to normalize metabolic processes, strengthen cytomembranes, has an anti-inflammatory effect on the kidney parenchyma, and improves capillary blood flow. This complex can be recommended for complex therapy of children with oxalate nephropathy. Therefore, the criteria for the risk group of dysmetabolic nephropathy in children and the early diagnosis algorithm were developed and are recommended for practice.

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

Обучение врачей скорой и неотложной помощи междисциплинарному подходу в оценке критических состояний у детей 5

Альмухамбетов М.К

Роль бригад скорой помощи в ранней диагностике угрожающих состояний у детей на уровне первичной медицинской помощи 6

Альмухамбетов М.К

Роль фельдшера снмп в раннем выявлении угрожающих состояний у детей и интеграции помощи 7

Альмухамбетов М.К

Педиатриялық практикада антибиотиктерді рационалды қолдану туралы ата-аналардың сауаттылығы 8

Абдрахманова Г.М., Куракбаев К.К

Бронх демікпесі бар балаларда спирография нәтижелерін талдауда жасанды интеллекттің маңызы 9

Абдуллаева А.Ә.¹, Наурызалиева Ш.Т.², Мусаева Б.Н

11

Жасәспірімдер денсаулығының кәрсеткіштері

Әкімжан М.Қ., Кәшербеков Е.Т., Давлетгильдеева З.Г.

Мектептегі білім беру жнйесінде денсаулық сақтау ортасын жетілдіру тәсілдері 12

Тиленова Л.С., Кожекенова Ж.А., Аимбетова Г.Е.

3D модельдеу технологияларын болашақ педиатрлардың морфологиялық пәндерді меңгеруінде қолданудың тиімділігі 13

Тулаганова У.А.,
Ғылыми Жетекші: Абрешов С.Н.

Клинический случай прогрессирующего оссифицирующего миозита в условиях первичного звена 14

Балан В.В., Надирханова Д.Б., Әкрәмий Ж.П.
Научный руководитель: Ержанова Г.Е

Клинико-метаболические особенности паратрофии у детей раннего возраста 15

Сағадиев Е

Научный руководитель: Тургимбекова Н.Ж.	
Темекінің жасәспірімдер организіміне зиянды әсері	17
Тнзелханова А.Б Ғылыми жетекші: Умбетова Л.Ж, Ерғазина М.Ж	
Применение технологий искусственного интеллекта в педиатрии	18
Садыкова А.Ж., Мырзабекова Г.Т., Ибрашева К.,Турсунметова Д.	
Проблемы низкой выявляемости расстройств аутистического спектра в Казахстане	20
Ж.Х.Есімбекова, Қ.Қ.Исаева, Ж.М.Нурмаханова	
21	
ЖРВИ кезінде антибиотиктерді негізсіз қолданудың клиникалық салдары мен дәлелді медицинаға сәйкес тиімділігі	
Андасова А.Ғ., Қалдыбаева Ф.З., Нұрмахан М.М.. Ғылыми жетекші: Тажиева К.Н.	
РАЗДЕЛ 2 НЕОНАТОЛОГИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИК Е	
Совершенствование хирургического лечения внутрижелудочкового кровоизлияния у недоношенных детей	23
Асетов Ж.А. Научный Руководитель: Жанаспаев М.А.	
Состояние мини-пубертата у мальчиков, рожденных с помощью вспомогательных репродуктивных технологий	24
Гулиева Камиля, Галеева Дания, Абдримова Ш.Б., Сейсебаева Р.Ж. Научный руководитель: Нургалиева Ж.Ж, Ильмуратова С.Х.	
Причины возникновения мертворождаемости на сегодняшний день	25
Салем Е.А., Аширбеков Г.К., Тажиметов Б.М., Алшериева У.А., Бастемиева Б.Е.	
Жнктілікті жоспарлау және ерте кезеңдегі профилактикалық шаралардың шала туылуды азайтудағы рөлі	26
Әділнұрқызы А. Рахтаева А. Ғылыми жетекшісі:Жуманбаева К.Р.	
Ранговая значимость предикторов развития раннего неонатального сепсиса у недоношенных детей	28
Чернышева Е.А. Искендерова А.М., Научный руководитель: Боконбаева. С Дж.	

Қазақстандағы скринингтік бағдарламалар арқылы тпқым қуалайтын ауруларды ерте диагностикалау	29
Токтабаева Б.Ж	
Некротический энтероколит у недоношенных новорождённых после переливания эритроцитарной массы: от неонатального этапа к амбулаторному наблюдению	30
Балан В.В., Надирханова Д.Б., Әкрәмий Ж.П. Научные руководители: Абикулова А., Божбанбаева Н.С	
Раннее выявление неврологических заболеваний у младенцев: возможности оценки шкала Хаммерсмита (hammersmith infant neurological examination, hine)	31
Абдрахманова Г.М., Әбдібекова Н.Р	
Частота аллельных вариантов гена RANKL с уровнем 25(OH)D у детей первого года жизни: исследование в казахской популяции	32
Жумалина А.К., Ким И.С.	
Влияние осложнений беременности, родов и неонатального периода на формирование дцп у детей г. Алматы	34
Сейсебаева Р.Ж., Нургалиева Ж.Ж., Шим В.Р., Бокетова Б.Н., Тажиева К.Н., Ажахметова М.З.	
Современные подходы к диагностике и прогнозированию рождения детей с малым размером плода для гестационного возраста	35
Мустафазаде Т.Ш.	
Клинико-иммунологические показатели детей с малым размером плода для гестационного возраста	36
Мустафазаде Т.Ш.	
Цитокиновый и эндотелиальный дисбаланс у новорожденных с малым размером плода для гестационного возраста: клинико-прогностическое значение	37
Мустафазаде Т.Ш.	
Сложности диагностики и маршрутизации пациента с множественными врожденными пороками развития (мвпр) в периоде новорожденности	38
Журавлев Н.С., Коновалова К.Д., Куанышбек А.А. Научный руководитель: Шим В.Р.	

РАЗДЕЛ 3

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАБОТЕ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Исследование знаний и отношения медицинских сестёр к доказательной сестринской практике	40
Маханбеткулова Д.Н.	
Текущий анализ работы патронажных сестер в рамках программы УППП в амбулаторных условиях	41
Аталыкова Г.Т., Бокетова Б.Н., Усенова Т.Р.	
Дәрігерлер мен медбикелердің педиатриялық практикада антибиотиктерді рационалды қолдану туралы білімі	43
Абдрахманова Г.М., Куракбаев К.К.	
Раздел 4	
Вопросы вакцинопрофилактики и реабилитации в педиатрии	
Особенности изменений естественной резистентности организма у детей 7-18 лет при заражении sars-cov-2 инфекцией	44
Махмутов Р.Ф., Бобровицкая А.И., Лихобабина О.А.	
Значимость пассивной иммунизации недоношенных детей от респираторно-синцитиальной вирусной инфекции	45
Ажахметов М., Суиндикова А Научный руководитель: Ажахметова М.З.	
Оценка влияния вакцинации на задержку психического и речевого развития у детей	46
Біргебай А., Салыбек А. Научные руководители: Тажиева К.Н , Бокетова Б.Н	
Эффективность применения обезболивающих методов после хирургического вмешательства в области тазобедренного сустава у пациентов старшего возраста	47
Бегматов Ж. А.	
Реабилитация через движение: применение МЕДЕК-терапии при гиперкинетической форме церебрального паралича	48
Аққазина К.Р Научный руководитель: Ибраева О.Ш.	
Қызылша ауруының вакцина арқылы алдын алу стратегияларының тиімділігін талдау	50

РАЗДЕЛ 5
РОЛЬ УНИВЕРСАЛЬНОЙ ПРОГРЕССИВНОЙ МОДЕЛИ ПАТРОНАЖА В РАБОТЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА, ВОП

Частота использования определения уровня оксида азота в выдыхаемом воздухе (FENO) у детей с бронхиальной астмой в амбулаторной практике 52

Суслов П.А., Солдатова К.К.
Научный руководитель: Овсянников Д.Ю.

Роль алиментарного фактора в развитии функциональных нарушений кишечника у детей раннего возраста 53

Байжанова Г. Ж. Акрамова Х.А.

РАЗДЕЛ 6
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ВЗГЛЯД НА ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Тактика догоспитального ведения анафилактического шока у детей 55

Альмухамбетова Э.Ф.

Небулайзерная терапия приступов бронхиальной астмы на догоспитальном этапе у детей 56

Альмухамбетова Э.Ф.

Догоспитальная тактика скорой медицинской помощи при фебрильных судорогах у детей 57

Альмухамбетова Э.Ф.

Фатальное течение внебольничной двусторонней пневмонии у ребенка с асимметрической гипертрофической кардиомиопатией 59

Омирзакова А., Канафина А.
Научные руководители: Койшыбаева К.Ж., Желдибаева У.Т.

Диагностическая ценность бодиплетизмографии и определения диффузионной способности легких у детей с бронхиальной астмой 60

Солдатова К.К., Пальцева А.Е., Суслов П.А.
Научный руководитель: Овсянников Д.Ю.

Комплексная оценка функции внешнего дыхания у детей с интерстициальными заболеваниями легких 61

Солдатова К.К., Пальцева А.Е., Малышев О.Г. Научный руководитель: Овсянников Д.Ю.	
Структура возбудителей внебольничных пневмоний у детей раннего возраста у детей г Алматы	63
Сейсебаева Р.Ж., Нургалиева Ж.Ж., Арыстаналиев А.Е., С. С. Кокаева, Шим В.Р., Бокетова Б.Н., Ажахметова М.З.	
Дифференциально-диагностический поиск при абдоминальной боли у детей первых лет жизни	64
Махмутов Р.Ф., Новиков Г.А.	
Клинико-эпидемиологические особенности пневмонии у детей в условиях многопрофильного стационара	65
Сұлтан Г.Н., Умбетова Л.Ж.	
Клинико-иммунологические особенности заболеваний, протекающих с бронхообструктивным синдромом у детей	67
Файзиева У.Р. Нормаматов Д.Х	
Особенности цитокинового профиля с обструктивными заболеваниями дыхательных путей у детей раннего возраста та	68
Файзиева У.Р, Изамов Т.И	
Дерматологические «маски» диффузных заболеваний соединительной ткани у детей	71
Абдурахманова С., Даубек И., Умарова С., Рахым Г.С. Научный Руководитель: Хитуова Л.К.	
Клинический случай ювенильного идиопатического артрита (полиартикулярный вариант, HLA-B27-позитивный) с посттравматическим симфизитом	72
Жумашева Ф.Ш, Курбанова Д.И., Каипназарова Ш.К. Научный Руководитель: Хитуова Л.К	
Показатели артериального давления у детей с хроническим пиелонефритом при гиперурикемии	74
Холмуродова Нодира Научный Руководитель: Гойибова Н.С.	
Клиническое наблюдение ребенка с саркоидозом и сахарным диабетом 1 типа	75
Шахбазова М.С Научный Руководитель - Овсянников Д.Ю.	

Современные тенденции офтальмологии: достижения и перспективы	76
Адылова А.А. Научный Руководитель: Дошаканова А. Б.	
Современные тенденции развития радиологии в ххi веке в мире и в Казахстане	78
Адылов Д.А. Научный руководитель: Имамбетова А.С.	
Особенности вегетативной нервной системы у детей с бронхолегочной патологией.	79
Жураева З.Р., Ахмеджанова З. И., Ахмеджанов Р.И	
Оценка физического развития вич инфицированных детей.	80
Урунова Д.М., Ахмеджанова З.И., Каримов Д.А.	
ПВТ при ХГС у ребенка: цена игнорирования лекарственных взаимодействий	82
Ордабаева А.Н Научный руководитель: Балабек А.Н	
Клинико-гематологические и прогностические особенности острого лейкоза у детей с синдромом дауна	84
Садуақасова А.А., Бактыбек Б.М., Тулебаева А., Булабаева Г.Е., Нуржанова Г.А.	
Аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток у детей с острым лейкозом: факторы риска ранних осложнений	86
Сабитова Р Руководители: Тулебаева А., Ташенова Г.Т.	
Клинико-гематологические особенности течения острого промиелоцитарного лейкоза у детей	88
Тажиев Д.Р., Ташенова Г.Т., Тулебаева А.	
Оценка результатов ТГСК у детей с приобретенной апластической анемией	89
Нәлібай С.С. ¹ , Тулебаева А.Б	
Часто болеющие дети: соматическое развитие и роль социальных факторов	91
Сұлтан А., Тоғызбаева А., Сейсебаева Р.Ж. Научный руководитель: Нургалиева Ж.Ж	

Протеинурия у детей и подростков с ожирением	93
Гойибова Н.С.	
Бронхит у детей школьного периода	94
Турсын А. Научный руководитель: Ералиева М.А	
Метаболические основы профилактики оксалатной нефропатии и инфекции мочевой системы у детей	96
Тажиева З.Б.	
Современные тенденции формирования и течения заболеваний мочевыводящей системы у детей школьного возраста, проживающих в приаралье	100
Тажиева З.Б.	
Current trends in formation of urinary system diseases in school age children and features of their course	102
Tajieva Z.B. , Radjabova M.	

ISBN 978-601-246-884-7

