

Vol. 6 · № 2 · 2025

RUSSIAN PEDIATRIC JOURNAL



ISSN 2687-0843 (Online)

Научно-практический журнал

# РОССИЙСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

— Том 6 · № 2 · 2025 —

Издательство «ПедиатрЪ»

[www.rospedj.ru](http://www.rospedj.ru)

Периодичность  
4 раза в год

Учредитель  
Общероссийская  
общественная  
организация  
«Союз педиатров России»

Ответственный секретарь  
Ламасова А.Д.  
E-mail: grj@spr-journal.ru

Выпускающий редактор  
Ткачёва Н.И.  
E-mail:  
redactorsspr@spr-journal.ru

Отдел рекламы  
Иваничкина Н.Ю.  
E-mail: rek@spr-journal.ru  
Тел.: +7 (916) 129-35-36  
Сенюхина А.Б.  
E-mail: rek1@spr-journal.ru  
Тел.: +7 (916) 650-03-48

Верстка  
Плещененко О.А.

Корректор  
Претро Э.Р.

Перевод  
Кравченко А.А., Сладков Д.Г.

Дата публикации: 28.06.2025  
Знаком информационной  
продукции не маркируется  
Распространяется бесплатно

Издатель  
Издательство «ПедиатрЪ»  
119296, г. Москва,  
ул. Вавилова, д. 54 корп. 4,  
помещ. 4/1.  
www.spr-journal.ru  
Тел.: +7 (499) 132-02-07,  
+7 (916) 650-07-42  
E-mail:  
redactorsspr@spr-journal.ru

Журнал зарегистрирован  
Федеральной службой по  
надзору в сфере связи,  
информационных технологий  
и массовых коммуникаций  
28.10.2019. Регистрационный  
номер ЭЛ № ФС 77-77067.

Редакция не несет  
ответственности  
за содержание рекламных  
материалов.  
Воспроизведение или  
использование другим  
способом любой части  
издания без согласия редакции  
является незаконным и  
влечет ответственность,  
установленную действующим  
законодательством РФ.



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ

# РОССИЙСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ОСНОВАН В 2019 г.

— Том 6 · № 2 · 2025 —

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Баранов А.А., д.м.н., проф., академик РАН

## ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Альбицкий В.Ю., д.м.н., проф., Москва, Россия  
Беляева И.А., д.м.н., проф., проф. РАН, Москва, Россия

## НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Петровский Ф.И., д.м.н., проф., Ханты-Мансийск, Россия

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Балыкова Л.А., д.м.н., проф., член-корр. РАН, Саранск, Россия  
Булатова Е.М., д.м.н., проф., Санкт-Петербург, Россия

Ваганов Н.Н., д.м.н., проф., Москва, Россия  
Валиева С.И., д.м.н., Москва, Россия

Вишнева Е.А., д.м.н., Москва, Россия

Володин Н.Н., д.м.н., проф., академик РАН, Москва, Россия  
Деев И.А., д.м.н., проф., Москва, Россия

Джамбекова Г.С., д.м.н., проф., Ташкент, Республика Узбекистан

Зелинская Д.И., д.м.н., проф., Москва, Россия

Ильенко Л.И., д.м.н., проф., Москва, Россия

Ковтун О.П., д.м.н., проф., академик РАН, Екатеринбург, Россия

Корсунский А.А., д.м.н., проф., Москва, Россия

Куличенко Т.В., д.м.н., проф. РАН, Москва, Россия

Маянский Н.А., д.м.н., проф., Москва, Россия

Моисеев А.Б., д.м.н., Россия

Намазова-Баранова Л.С., д.м.н., проф., академик РАН, Москва, Россия

Новик Г.А., д.м.н., проф., Санкт-Петербург, Россия

Орел В.И., д.м.н., проф., Санкт-Петербург, Россия

Петряйкина Е.Е., д.м.н., проф., Москва, Россия

Пискунова С.Г., к.м.н., Ростов-на-Дону, Россия

Полунина Н.В., д.м.н., проф., академик РАН, Москва, Россия

Румянцев А.Г., д.м.н., проф., академик РАН, Москва, Россия

Рычкова Л.В., д.м.н., член-корр. РАН, проф. РАН, Иркутск, Россия

Симаходский А.С., д.м.н., проф., Санкт-Петербург, Россия

Чичерин А.П., д.м.н., проф., Москва, Россия

# РОССИЙСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ / 2025 / ТОМ 6 / № 2

## СОДЕРЖАНИЕ

### ИЗ ИСТОРИИ ПЕДИАТРИИ

- 71 Кожевникова Т.О.  
**О ВРАЧАХ-ПЕДИАТРАХ ХАРАБАЛИНСКОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**
- 74 Семенова И.Л.  
**РОЛЬ ПЕРВОЙ ЖЕНЩИНЫ-ВРАЧА ТАМБИЕВОЙ ЗЕЙНАБ САДЫКОВНЫ В СТАНОВЛЕНИИ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ДЕТЕЙ НАЛЬЧИКСКОГО ОКРУГА ТЕРСКОЙ ОБЛАСТИ**
- 77 Варьяс А.А.  
**ЕЛЕНА МИХАЙЛОВНА САГАНДУКОВА – ПЕРВАЯ ЖЕНЩИНА-ПЕДИАТР ИЗ НАРОДА ХАНТЫ**

- 81 Лукьянцева А.В.  
**ЕСТЬ НА КОГО РАВНЯТЬСЯ**

### КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

- 87 ТЕЗИСЫ КОНКУРСА НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
- 87 Абакумова Д.Г.  
**ХАРАКТЕРИСТИКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ Г. АСТРАХАНИ**
- 88 Аминова А.А.  
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С *Mycoplasma pneumoniae***
- 89 Андрианов А.В.  
**СИНДРОМ «НЕМОГО СИНУСА» У ДЕТЕЙ**
- 90 Артамонова И.Н.  
**ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ПОДБОРА ТЕРАПИИ ПРИ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ**
- 91 Афлатонова А.С., Короткова И.Ф.  
**РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ: СЛОЖНЫЙ ВЫБОР РОДИТЕЛЕЙ**
- 92 Бабкин А.А.  
**ХАРАКТЕРИСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА**
- 93 Быцанев А.А.  
**ИНВАЗИВНЫЙ МИКОЗ У ДЕТЕЙ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНО ЖИЗНЕНУГРОЖАЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПРИ ИММУНОСУПРЕССИИ НА ФОНЕ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**
- 94 Гарина Г.А., Ханафина М.А.  
**ФЕКАЛЬНЫЙ КАЛЬГРАНУЛИН (S100A12) КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДИАГНОСТИКИ И МОНИТОРИНГА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА**
- 95 Головина В.О.  
**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В МАЛЫХ И КРУПНЫХ ГОРОДАХ**
- 96 Гурина Е.С.  
**МОЧЕВАЯ КИСЛОТА – ЗНАЧИМЫЙ МАРКЕР РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ**
- 97 Ждановская Н.Ф.  
**К ВОПРОСУ О КРОВОИЗЛИЯНИИ В ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНATALЬНОМ ПЕРИОДЕ**
- 98 Казанцева Е.Д.  
**ГРИПП У ДЕТЕЙ: РАЗЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА И ШТАММА ВИРУСА**
- 99 Караманешта М.М., Скрибцова Я.Н., Шадрова А.Д.  
**УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ЗАТЯЖНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА**
- 100 Клюкина А.А.  
**ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ**

- 101** Кожевникова Т.О., Азыдова З.В.  
**СТРУКТУРА НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ**
- 102** Кольцова А.К., Семенов М.Н., Журавлева С.И.  
**ЗАДЕРЖКА РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ**
- 103** Кугай А.А.  
**УРОВЕНЬ МАГНИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**
- 104** Кузина С.Р.  
**АКТИВНОСТЬ НЕТОЗА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ**
- 105** Аигская Е.В.  
**УРОВЕНЬ ФАКТОРА, ИНДУЦИРУЕМОГО ГИПОКСИЕЙ, 1-АЛЬФА (HIF-1A) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ**
- 106** Макович В.С.  
**СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКА АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**
- 107** Мелентьева А.П.  
**ВЛИЯНИЕ ЭКСКРЕТОРНО-СЕКРЕТОРНОГО ПРОДУКТА *O. FELINEUS* НА БАЛАНС TH17/TREG В КУЛЬТУРЕ КЛЕТОК БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ *IN VITRO***
- 108** Миглан П.И., Шнайдер А.Е., Мещеряков И.С.  
**ГЕМОФАГОЦИТАРНЫЙ СИНДРОМ – КЛИНИЧЕСКИЕ ПОРТРЕТЫ**
- 109** Радченко Т.С.  
**ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И РИСК ОСТЕОПЕНИИ У ПОДРОСТКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**
- 110** Старкова Я.О., Демидова Р.А.  
**РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННОГО НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**
- 111** Терехова А.В.  
**АКУСТИЧЕСКАЯ РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В РЕГУЛЯЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА, ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И РАССТРОЙСТВ АККОМОДАЦИИ У ДЕТЕЙ С МИОПИЕЙ**
- 112** Трифонова Е.И.  
**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ШКОЛА ДИАБЕТА 1-ГО ТИПА ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ**
- 113** Целищева Д.А.  
**ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ**
- 114** Чикунова А.А.  
**НОВЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ АНАЛИЗЕ СОСТАВА КОНКРЕМЕНТОВ У ДЕТЕЙ С УРОЛИТИАЗОМ**
- 115** Шестакова А.И.  
**ЦВЕТОВОЙ ТЕСТ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА**
- 116** Шимова М.А.  
**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ АППАРАТНО-ПРОГРАММНОГО СКРИНИНГА В ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**
- ПАМЯТИ КОЛЛЕГИ**
- 117** ПАМЯТИ ФЕДОРА ИГОРЕВИЧА ПЕТРОВСКОГО (05.05.1974–09.06.2025)



# RUSSIAN PEDIATRIC JOURNAL

*PUBLISHED SINCE 2019*

— Vol. 6 · № 2 · 2025 —

## EDITOR-IN-CHIEF

Baranov A.A., MD, PhD, professor, academician of RAS,  
Moscow, Russian Federation

## DEPUTY EDITORS-IN-CHIEF

Albitsky V.Yu., MD, professor, Moscow, Russian Federation  
Belyaeva I.A., PhD, professor, professor of RAS, Moscow, Russian Federation

## SCIENTIFIC EDITOR

Petrovskiy F.I., PhD, professor, Khanty-Mansiysk, Russian Federation

## EDITORIAL BOARD

L.A. Balykova, PhD, prof, corresponding member of RAS,  
Saransk, Russian Federation  
E.M. Bulatova, PhD, prof, Saint-Petersburg, Russian Federation  
N.N. Vaganov, PhD, prof, Moscow, Russian Federation  
S.I. Valieva, PhD, Moscow, Russian Federation  
E.A. Vishneva, PhD, Moscow, Russian Federation  
N.N. Volodin, PhD, prof, academician of RAS, Moscow, Russian Federation  
I.A. Deev, PhD, prof, Moscow, Russian Federation  
G.S. Dzhambekova, PhD, prof, Tashkent, Republic of Uzbekistan  
D.I. Zelinskaya, PhD, prof, Moscow, Russian Federation  
L.I. Ilenko, PhD, prof, Moscow, Russian Federation  
O.P. Kovtun, PhD, prof, academician of RAS, Ekaterinburg, Russian Federation  
A.A. Korsunsky, PhD, prof, Moscow, Russian Federation  
T.V. Kulichenko, PhD, professor of RAS, Moscow, Russian Federation  
N.A. Mayanskiy, PhD, prof, Moscow, Russian Federation  
A.B. Moiseev, MD, Russian Federation  
L.S. Namazova-Baranova, PhD, prof, academician of RAS,  
Moscow, Russian Federation  
G.A. Novik, PhD, prof, Saint-Petersburg, Russian Federation  
V.I. Orel, PhD, prof, Saint-Petersburg, Russian Federation  
E.E. Petryaikina, PhD, prof, Moscow, Russian Federation  
S.G. Piskunova, PhD, Rostov-on-Don, Russian Federation  
N.V. Polunina, PhD, prof, academician of RAS, Moscow, Russian Federation  
A.G. Rumyantsev, PhD, prof, academician of RAS, Moscow, Russian Federation  
L.V. Rychkova, PhD, corresponding member of RAS, professor of RAS,  
Irkutsk, Russian Federation  
A.S. Simakhodsky, PhD, prof, Saint-Petersburg, Russian Federation  
L.P. Chicherin, PhD, prof, Moscow, Russian Federation

# RUSSIAN PEDIATRIC JOURNAL / 2025 / V. 6 / № 2

## CONTENT

### HISTORY OF PEDIATRICS

- 71 Kozhevnikova Tatiana O.  
**ABOUT PEDIATRICIANS AT THE KHARABALI DISTRICT HOSPITAL IN THE ASTRAKHAN REGION**

- 74 Semenova Irina L.  
**THE ROLE OF THE FIRST FEMALE DOCTOR, ZEYNAB S. TAMBIEVA, IN THE DEVELOPMENT OF THE CHILD PROTECTION SERVICE IN THE NALCHIK DISTRICT OF THE TEREK REGION**

- 77 Varyas Alena A.  
**ELENA M. SAGANDUKOVA IS THE FIRST FEMALE PEDIATRICIAN FROM THE KHANTY PEOPLE**
- 81 Lukyantseva Lyudmila V.  
**THERE IS SOMEONE TO LOOK UP TO**

### SHORT REPORT

- 87 ABSTRACTS OF THE COMPETITION OF SCIENTIFIC PAPERS OF YOUNG SCIENTISTS
- 87 Abakumova Daria G.  
**CHARACTERISTICS OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF TEENAGERS IN ASTRAKHAN**
- 88 Aminova Azizakhon A.  
**FEATURES OF THE COURSE OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN ASSOCIATED WITH MYCOPLASMA PNEUMONIAE**
- 89 Andrianov Aleksei V.  
**SILENT SINUS SYNDROME IN CHILDREN**
- 90 Artamonova Irina N.  
**EXPERIENCE IN THE DIAGNOSIS AND TITRATION OF THERAPY FOR MITOCHONDRIAL DISEASES IN CHILDREN**
- 91 Aflatonova Aysulu S., Korotkova Il'seiar F.  
**THE BIRTH OF A CHILD WITH MULTIPLE DEVELOPMENTAL ABNORMALITIES: A DIFFICULT CHOICE FOR PARENTS**
- 92 Babkin Artem A.  
**CHARACTERISTICS OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN DEPENDING ON THE ALLERGIC HISTORY**
- 93 Bytsanev Aleksander A.  
**INVASIVE MYCOSIS IN CHILDREN AS A POTENTIALLY LIFE-THREATENING CONDITION WITH IMMUNOSUPPRESSION ON THE BACKGROUND OF POLYCHEMOTHERAPY: CASE REPORT**
- 94 Gagarina Galina A., Khanafina Marina A.  
**FECAL CALGRANULIN (S100A12) AS A POTENTIAL NONINVASIVE DIAGNOSTIC AND MONITORING TOOL FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASES**
- 95 Golovina Victoria O.  
**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EATING BEHAVIOR OF PRESCHOOL CHILDREN LIVING IN SMALL AND LARGE CITIES**
- 96 Gurina Elena S.  
**URIC ACID IS A SIGNIFICANT MARKER OF THE DEVELOPMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN CHILDREN IN THE KRASNODAR TERRITORY**
- 97 Zhdanovskaia Nadezhda F.  
**MORE ON THE ISSUE OF HEMORRHAGE IN THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN NEWBORNS IN THE EARLY NEONATAL PERIOD**
- 98 Kazanceva Ekaterina D.  
**INFLUENZA IN CHILDREN: DIFFERENCES IN CLINICAL AND LABORATORY DATA DEPENDING ON THE TYPE AND STRAIN OF THE VIRUS**
- 99 Karamaneshta Maria M., Scribcova Yana N., Shadrova Anastasia D.  
**THE LEVEL OF NEUROTICISM OF ADOLESCENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS LIVING IN A PROTRACTED MILITARY CONFLICT**
- 100 Klyukina Anastasia A.  
**ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE ENDOTHELIUM IN CHILDREN WITH HEADACHES**

- 101** Kozhevnikova Tatiana O., Azudova Zaiana V.  
**THE STRUCTURE OF ADVERSE REACTIONS WHEN USING IMMUNOBIOLOGICAL DRUGS**
- 102** Koltsova Anastasia K., Semenov Mikhail N., Zhuravleva Sofia I.  
**DEVELOPMENTAL SPEECH DELAY IN CHILDREN**
- 103** Kugai Aleksander A.  
**SERUM MAGNESIUM LEVELS IN CHILDREN WITH FUNCTIONAL DISORDERS OF THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM**
- 104** Kuzina Sofya R.  
**NETOSIS ACTIVITY IN COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN CHILDREN COMPLICATED BY DESTRUCTION OF LUNG TISSUE**
- 105** Ligskaia Ekaterina V.  
**THE LEVEL OF HYPOXIA-INDUCED FACTOR 1-ALPHA (HIF-1A) IN THE BLOOD SERUM OF CHILDREN WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA**
- 106** Makovich Vasili S.  
**SCREENING DIAGNOSTICS OF THE ADAPTIVE POTENTIAL OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN SCHOOL-AGE CHILDREN**
- 107** Melenteva Anastasia P.  
**EFFECT OF THE EXCRETORY-SECRETORY PRODUCT *O. FELINEUS* ON THE TH17/TREG BALANCE IN CELL CULTURE OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA *IN VITRO***
- 108** Miglan Polina I., Shnaider Anastasia E., Mescheriakov Igor S.  
**HEMOPHAGOCYTIC SYNDROME – CLINICAL PORTRAITS**
- 109** Radchenko Tatiana S.  
**PHYSICAL DEVELOPMENT AND RISK OF OSTEOPENIA IN ADOLESCENTS: THE RESULTS OF THE STUDY**
- 110** Starkova Yana O., Demidova Rimma A.  
**RESULTS OF EXTENDED NEONATAL SCREENING IN THE ASTRAKHAN REGION**
- 111** Terekhova Angelina V.  
**ACOUSTIC REFLEXOLOGY IN THE REGULATION OF PSYCHOEMOTIONAL STATUS, AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM AND ACCOMMODATION DISORDERS IN CHILDREN WITH MYOPIA**
- 112** Trifonova Ekaterina I.  
**DIFFERENTIATED TYPE 1 DIABETES SCHOOL FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE FIRST EXPERIENCE IN THE TOMSK REGION**
- 113** Tselisheva Daria A.  
**PECULIARITIES OF NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY OF PRESCHOOL CHILDREN LIVING IN THE CHELYABINSK REGION**
- 114** Chikunova Alina A.  
**NEW IDEAS ABOUT THE ANALYSIS OF CONCRETION COMPOSITION IN CHILDREN WITH UROLITHIASIS**
- 115** Sheastakova Alena I.  
**COLOR TEST: DIAGNOSTIC POSSIBILITIES FOR ASSESSING THE PSYCHOEMOTIONAL STATUS OF ADOLESCENTS IN THE CONTEXT OF PRE-NOSOLOGICAL SCREENING**
- 116** Shimova Maria A.  
**DIAGNOSTIC CAPABILITIES OF HARDWARE AND SOFTWARE SCREENING IN DETECTING VISUAL IMPAIRMENT IN ADOLESCENTS**
- IN MEMORY OF A COLLEAGUE**
- 115** **IN MEMORY OF FYODOR I. PETROVSKY (05.05.1974–09.06.2025)**

**От редакции:** в рамках XXVI Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» был проведен конкурс на лучший художественно-исторический очерк по истории российской педиатрии. Были представлены работы по истории становления педиатрических служб в различных регионах нашей страны, а также исторические очерки о жизни выдающихся отечественных ученых и врачей.

## Номинация «История становления педиатрической службы региона»

### Диплом 2-й степени

Т.О. Кожевникова

Городская поликлиника № 5, Астрахань, Российской Федерации

# О врачах-педиатрах Харабалинской районной больницы Астраханской области

71

**Автор, ответственный за переписку:**

Кожевникова Татьяна Олеговна, врач клинический фармаколог Городской поликлиники № 5

**Адрес:** Астрахань, 414011, ул. Украинская, д. 12, **тел.:** +7 (917) 086-27-93, **e-mail:** dreamer\_2.11@mail.ru

**Статья поступила:** 09.04.2025, **принята к печати:** 16.06.2025

**Для цитирования:** Кожевникова Т.О. О врачах-педиатрах Харабалинской районной больницы Астраханской области. *Российский педиатрический журнал*. 2025;6(2):71–73. doi: <https://doi.org/10.15690/rpj.v6i2.2920>

Педиатрия — это красота, мудрость, прекрасный выбор и любовь с университета и навсегда. В целом медицина — это про любовь.

Так сложилось, что по своей специальности я врач-педиатр. После окончания университета мой трудовой путь начался в том городе, в котором я выросла, в городе Харабали. Харабали — город в Астраханской области, административный центр Харабалинского района. Население, по данным 2021 г., — 18 514 чел., численность населения района — 40 154 чел.

Харабалинская районная больница им. Г.В. Храповой — мое первое место работы. Университетские практики также связаны с этим учреждением. Это место, которое для

меня является незабываемым, про него я вспоминаю с особым теплом — мой первый врачебный опыт. И хотела бы в очерке вспомнить тех, с кем связана история педиатрии в Харабалинском районе, и сказать про тех, кто сейчас продолжает этот путь.

Харабалинская районная больница относится ко второму уровню оказания медицинской помощи и осуществляет первичную медико-санитарную, стационарную и стационарно-замещающую помощь взрослому и детскому населению района. Амбулаторно-поликлиническая помощь в районе представлена 15 терапевтическими участками и 13 педиатрическими. В районе функционирует отделение скорой медицинской помощи (ОСМП), которое находится

**Tatiana O. Kozhevnikova**

City Outpatient Clinic No. 5, Astrakhan, Russian Federation

## About Pediatricians at the Kharabali District Hospital in the Astrakhan Region

**For citation:** Kozhevnikova Tatiana O. About Pediatricians at the Kharabali District Hospital in the Astrakhan Region. *Rossijskij pediatričeskij žurnal — Russian Pediatric Journal*. 2025;6(2):71–73. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/rpj.v6i2.2920>



**Рис. 1.** Вывеска у входа в поликлинику  
**Fig. 1.** Signboard at the entrance to the clinic



**Рис. 2.** Детское отделение поликлиники обновленное (2023 г.)  
**Fig. 2.** The renovated children's department of the polyclinic (2023)

в г. Харабали, а также ОСМП находятся в амбулатории с. Селитренное, амбулатории с. Хощеутово и участковой больнице с. Сасыколи. Все машины ОСМП оснащены системой ГЛОНАСС.

Харабалинская районная больница названа именем педиатра Галины Васильевны Храповой. Г.В. Храпова, уроженка Тамбовской области, родилась 10 мая 1944 г. Ее блестящая успеваемость позволила ей получить серебряную медаль за отличную учебу в средней школе и в 1963 г. поступить в престижный Астраханский медицинский институт. Студенческие годы запомнились Галине Васильевне не только напряженными сессиями и ночными бдениями над учебниками, но и судьбоносной встречей с Валерием Владимировичем Храповым, будущим супругом.

После успешного окончания института в 1969 г. молодая, полная энтузиазма и желания помогать людям, Галина Васильевна получила распределение в село Сасыколи Харабалинского района Астраханской области — место, далекое от комфорта больших городов, но нуждающееся в квалифицированных медицинских кадрах.

Первый год работы был посвящен терапии, где Г.В. Храпова приобретала бесценный практический опыт, сталкиваясь с разнообразными заболеваниями взрослого населения. Однако истинная страсть Галины Васильевны лежала в педиатрии. Ее нежное сердце и внимательное отношение к детям были незаменимы в сельской местности, где медицинская помощь часто была ограниченной. Поэтому через год она перешла в педиатрическое отделение, взяв на себя заботу о самых маленьких жителях. Работа включала прием в поликлинике, регулярные визиты в роддом, где Г.В. Храпова принимала участие в приеме новорожденных, и круглосуточное дежурство в детском стационаре. Это был нелегкий, но невероятно важный труд,



**Рис. 3.** Галина Васильевна Храпова — врач-педиатр (1944–2014)  
**Fig. 3.** Galina Vasilievna Khrapova — pediatrician (1944–2014)

требовавший не только профессионализма, но и огромной выдержки, сочувствия и способности быстро принимать решения в экстренных ситуациях. В условиях сельской местности Галина Васильевна часто оказывалась единственным врачом-педиатром на значительной территории, неся ответственность за здоровье множества детей.

С 1974 г. и до выхода на пенсию Г.В. Храпова занимала должность районного педиатра, координируя работу педиатрических служб всего района. Этот период характеризуется еще большей нагрузкой и ответственностью, но и удовлетворением от огромного вклада в здоровье детей целого района. Она не только лечила детей, но и проводила профилактические мероприятия, обучая родителей основам ухода за детьми и пропагандируя здоровый образ жизни. Знания и опыт Галины Васильевны были неоценимы для местного населения.

К сожалению, 21 февраля 2014 г. Галина Васильевна Храпова скончалась. Память о ней как о преданном враче и чутком человеке живет в сердцах многих жителей Харабалинского района. Ее вклад в развитие здравоохранения в сельской местности трудно переоценить. История Галины Васильевны — это пример высокого профессионализма, самоотверженности и преданности своему делу. Ее имя заслуживает почета и памяти. К 21 февраля 2024 г. вышла заметка, процитирую ее: «10 лет прошло со дня ее смерти, с которой она сражалась все годы своей работы. Все эти годы Галина Васильевна в памяти людей. И благодарность от своих земляков за ее талант, отзывчивость, профессионализм — лучшая награда для человека, выбравшего делом своей жизни благородную профессию врача».

Лидия Антоновна Грибцова, уроженка Прокопьевска Кемеровской области, родилась 11 июня 1942 г., пережив все тяготы военного времени и послевоенной разрухи. Детство, вероятно, прошло в атмосфере, сформировавшей в ней выдержку и ответственность, качества, несомненно, необходимые будущему врачу.

После окончания средней школы в 1964 г. перед ней открылись двери Астраханского государственного медицинского института им. А.В. Луначарского. Выбор лечебно-профилактического факультета говорит об осознанном стремлении к помощи людям, к заботе о здоровье будущих поколений.

В 1972 г., получив диплом врача, Лидия Антоновна согласно распределению молодых специалистов отправилась в г. Славск Калининградской области. Начало ее

карьеры педиатра в районной больнице представляло собой, вероятно, настоящее испытание. Два года, проведенные в Славске, стали ценным этапом в карьере Л.А. Грибцовой. Однако в 1974 г. она приняла решение переехать в г. Харабали. В районной больнице города ее приняли врачом-педиатром в детское отделение. Здесь она продолжила накапливать опыт, совершенствовать свои навыки и повышать квалификацию.

Ее преданность профессии и высокий профессионализм были замечены, и в 1977 г. Лидия Антоновна была назначена заведующей этим отделением, взяв на себя руководство коллективом и ответственность за организацию медицинской помощи детям района. Эта должность требовала не только медицинских знаний, но и организаторских способностей, умения работать в команде, эффективно распределять ресурсы и обеспечивать высокое качество медицинского обслуживания. Можно предположить, что годы работы заведующей детским отделением стали кульминацией ее профессионального пути, оставив яркий след в жизни многих детей и их семей.

Ольга Владимировна Галкина родилась 16 августа 1969 г. После окончания Астраханского государственного медицинского института им. А.В. Луначарского в 1992 г. прошла интернатуру по специальности «педиатрия». Является врачом высшей квалификационной категории по педиатрии.

«Ольга Владимировна хороший, высококвалифицированный врач. Всегда все подробно расскажет, никаких лишних назначений, с детьми отлично ладит».

«Галкина Ольга Владимировна! Самый лучший врач детской педиатрии! Хотим выразить благодарность вам за ваше терпение, за ваш профессионализм, все мамочки г. Харабали и области идут к вам! Ольга Владимировна всегда идет навстречу, всегда задерживается после окончания рабочего дня и продолжает принимать деток, спасибо вам за это огромное! От семьи Палий и Калинины!»

В настоящее время О.В. Галкина является заведующей педиатрическим отделением поликлиники, при этом продолжает прием на врачебном участке.



**Рис. 4.** Коллектив детского отделения поликлиники ГБУЗ АО Харабалинская РБ им. Г.В. Храповой (декабрь 2019 г.)  
**Fig. 4.** The staff of the children's department of the polyclinic State Budgetary Healthcare Institution of the Astrakhan Region, Kharabali District Hospital named after G.V. Khrapova (December 2019)

За время практики и работы в г. Харабали я узнала и других педиатров, про которых можно было бы написать отдельный очерк. Про кого-то я знаю только из газетных материалов и со слов. Под руководством Лидии Антоновны проходила практику. Под руководством Ольги Владимировны начала свой путь в педиатрии. В очерке представлены три врача-педиатра с большой буквы, врача по призванию. Мне бы хотелось, чтобы и в дальнейшем у врачей, которые сейчас занимаются практикой, у студентов, которые перенимают опыт, была любовь к педиатрии, и это было призванием. В завершение очерка слова благодарности.

Выражаю благодарность своей маме и сестре, без них ничего бы не было. Выражаю благодарность коллективу детского отделения поликлиники г. Харабали. Отдельная благодарность заведующей детской поликлиникой Ольге Владимировне Галкиной. Выражаю благодарность коллективу взрослого отделения поликлиники г. Харабали и всему персоналу Харабалинской районной больницы. Выражаю благодарность всем преподавателям Астраханского ГМУ, которые обучали нас. Выражаю благодарность своим однокурсникам (Астраханский ГМУ, специальность «педиатрия», выпуск 2017 г.). Отдельная благодарность двум преподавателям, которые являются педиатрами по основной специальности. Под их руководством проходила ординатура по клинической фармакологии и началась моя история на кафедре. Это те личности, которые заслуживают много-много прекрасных слов, которыми можно и нужно гордиться: доктор медицинских наук, доцент Олег Олегович Кирилов; кандидат медицинских наук, доцент Инна Петровна Дорфман. Выражаю благодарность лучшей подруге, которая является талантливым врачом-педиатром и трудится на благо своей малой родины — Республики Калмыкия, — Азыдовой Заяне Васильевне. Благодарность лучшим друзьям, коллегам и всем-всем-всем. Благодарность коту Викингу, коту Амуру и кошке Мэрлин!

#### ORCID

#### Т.О. Кожевникова

<https://orcid.org/0000-0002-2660-3104>



**Рис. 5.** Коллектив детского отделения поликлиники ГБУЗ АО Харабалинская РБ им. Г.В. Храповой (июнь 2021 г.)  
**Fig. 5.** The staff of the children's department of the polyclinic State Budgetary Healthcare Institution of the Astrakhan Region, Kharabali District Hospital named after G.V. Khrapova (June 2021)

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

**Кожевникова Татьяна Олеговна** [Tatyana O. Kozhevnikova, MD]; **адрес:** г. Астрахань, 414011, ул. Украинская, д. 12 [address: 12, Ukrainskaya Str., Astrakhan, 414011, Russian Federation]; **телефон:** +7 (917) 086-27-93; **e-mail:** dreamer\_2.11@mail.ru; **eLibrary SPIN:** 1440-4847

## Номинация «История становления педиатрической службы региона»

### Диплом 2-й степени

И.Л. Семенова

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова, Нальчик, Российская Федерация

# Роль первой женщины-врача Тамбиевой Зейнаб Садыковны в становлении службы охраны детей Нальчикского округа Терской области

74

Автор, ответственный за переписку:

Семенова Ирина Леонидовна, заместитель директора медицинской академии по информационной политике, старший преподаватель кафедры общей врачебной подготовки и медицинской реабилитации Кабардино-Балкарского государственного университета им. Х.М. Бербекова

Адрес: 360004, Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173, e-mail: arturahad1976@gmail.com

Статья поступила: 10.04.2025, принята к печати: 16.06.2025

**Для цитирования:** Семенова И.Л. Роль первой женщины-врача Тамбиевой Зейнаб Садыковны в становлении службы охраны детей Нальчикского округа Терской области. *Российский педиатрический журнал*. 2025;6(2):74–76. doi: <https://doi.org/10.15690/rpj.v6i2.2925>

В Нальчикском округе (административно-территориальная единица Терской области Российской империи, 1882–1921 гг.) отсутствовала единая система оказания медицинской помощи детям. Крайне неблагополучное санитарно-эпидемиологическое состояние округа, широкое распространение инфекционных болезней стало основной причиной детской смертности в Кабарде и Балкарии. По данным фельдшера Н.В. Сухова, от инфекционных болезней, таких как корь, скарлатина, дифтерия, умирало от 30 до 60% заболевших детей.

С целью уменьшения заболеваемости среди детей областное начальство принимало вынужденные «меры»: были назначены особые санитарные комис-

сии, санитарные отряды, издана «Инструкция для членов городской, окружной, станично-слободской и сельской полиции Терской области» «по прекращению этих заболеваний».

Плачевно обстояло дело с акушерской помощью. Женщины стеснялись обращаться с гинекологическими проблемами к местным докторам. Получали лечение у знахарок, что, как правило, приводило к усугублению болезни и осложнениям. В ноябре 1903 г. Общим присутствием Терского областного правления было принято ходатайство перед начальством об открытии двух приемных покоев в станицах Прохладной и Курской с назначением двух врачей и одного фельдшера, а также о введении пяти должно-

Irina L. Semenova

H.M. Berbekov Kabardino-Balkarian State University, Nalchik, Russian Federation

## The Role of The First Female Doctor, Zeynab S. Tambieva, in the Development of the Child Protection Service in The Nalchik District of the Terek Region

**For citation:** Semenova Irina L. The Role of The First Female Doctor, Zeynab S. Tambieva, in the Development of the Child Protection Service in The Nalchik District of the Terek Region. *Rossijskij pediatričeskij žurnal – Russian Pediatric Journal*. 2025;6(2):74–76. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/rpj.v6i2.2925>

стей акушерок-фельдшиц и двух участковых фельдшеров в тех же станицах.

На все население Терской области имелось 56 повивальных бабок. На 20 500 человек приходилась одна повивальная бабка.

В условиях полного отсутствия службы охраны здоровья детей приезд в 1917 г. в Нальчикский округ первой женщины-врача Тамбииевой Зейнаб Садыковны стал событием медицинской жизни края.

Родилась Тамбииева (в девичестве Абдрахманова) Зейнаб Садыковна 20 ноября 1881 г. в г. Ташкенте в дворянской семье. Окончив с красным аттестатом женскую гимназию, Зейнаб в 1903 г. в качестве стипендиата Туркестанского генерал-губернаторства поступает в Санкт-Петербургский женский медицинский институт (рис. 1).

После успешного окончания с красным дипломом медицинского института, уже дипломированным специалистом Зейнаб Садыковна возвращается на родину и с 1908 по 1911 г. работает сельским участковым врачом в кишлаке Ханабад, затем в Курган-Тюбе. В 1912 г. выходит замуж за известного кабардинского ученого и общественного деятеля, составителя кабардинской азбуки Паго Исмаиловича Тамбииева (рис. 2).

В том же году семья Тамбииевых переезжает в г. Баку, где проживает младшая сестра Зейнаб Тамбииевой Хадиджа — жена известного врача и общественного деятеля Азербайджана Гасан-бека Агаева.

В Баку Зейнаб Садыковна работает врачом на предприятиях нефтепромышленника и мецената Зейналабдина Тагиева.



**Рис. 1.** Санкт-Петербург, 1907 г. Тамбииева (Абдрахманова) Зейнаб вторая слева

**Рис. 1.** St. Petersburg, 1907. Tambieva (Abdrakhmanova) Zeynab second from the left



**Рис. 2.** Зейнаб Садыковна с мужем Паго Тамбииевым

После Февральской революции весной 1917 г. Зейнаб Тамбииева вслед за супругом переезжает в Нальчик, где вместе с первыми кабардинскими врачами Б.М. Шогеновым (1875–1928) и И.М. Шаковым (1878–1941) работает в общественной больнице слободы Нальчик, в которой с 1914 г. развернут военный лазарет для раненых и больных солдат и офицеров.

В газете «Адыгский голос», издаваемой в Баксане в типографии братьев Дымовых арабским алфавитом на кабардинском языке, было помещено объявление Зейнаб Садыковны о том, что «в Нальчике поселилась женщина-лекарь, мусульманка. Она лечит родовые болезни, внутренние и подобные им все болезни, которыми болеют женщины. После окончания докторской школы в Петербурге она долго практиковалась в лечении женщин. Она хорошо обеспечена инструментами, машинами для обследования больных. Больные принимаются утром с 9 до 12, вечером с 4 до 7 часов. Ее дом находится в самой верхней части Нальчика перед судебным домом». С балкарками Зейнаб Садыковна обходилась без переводчиков, а с кабардинками ей в общении помогала ее новая подруга Бабина Ахметова — в дальнейшем заведующая гинекологическим отделением первой городской больницы Нальчика.

Зейнаб Садыковна активно занималась и лечебной, и профилактической работой в условиях высокой распространенности инфекционных и социально значимых болезней, высокой смертности населения края, в том числе детской смертности, сложной транспортной доступности, нехватки медикаментов.

В 1920 г., после установления в Кабардино-Балкарии советской власти Зейнаб Тамбииева назначается на должность заведующей женским отделением окружной больницы (рис. 3). Вместе с первым балкарским врачом И.М. Абаевым (1888–1930) активно участвует в формировании системы здравоохранения новой республики. Внесла значимый вклад в организацию борьбы с эпидемиями инфекционных заболеваний. За годы работы в республике сумела завоевать доверие и любовь населения, особенно женской части, у которой появилась возможность получить квалифицированную гинекологическую и педиатрическую помощь.

В 1924 г. вслед за супругом, получившим новое назначение помощником начальника фабрично-заводского отдела Управления государственными предприятиями Азербайджана, Зейнаб Тамбииева с детьми снова возвращается в Баку, где трудится в системе городских лечебных учреждений.



**Рис. 3.** Нальчик, 1923 г. Областная больница КБАО. В первом ряду вторая слева З. Тамбииева; третий слева — И. Абаев

**Рис. 3.** Nalchik, 1923. Regional Hospital of Kabardino-Balkarian Autonomous Region. In the first row second from the left is Z. Tambieva; third from the left is I. Abaev

В 1927 г. по ложному обвинению арестован, а в марте 1928 г., не дожив до суда, в тюрьме г. Ростова-на-Дону умирает Паго Тамбиев.

После смерти супруга Зейнаб Садыковна прошла немало испытаний. Как жену «врага народа» ее отстранили от врачебной деятельности, и лишь в марте 1936 г. она смогла устроиться врачом-гинекологом в Бакинскую городскую поликлинику № 3. В 1957 г. вышла на пенсию и переехала к дочери в г. Москву.

Ушла из жизни Зейнаб Садыковна 14 ноября 1969 г. в Москве.

Зейнаб Садыковна Тамбиева — первая женщина-врач Кабардино-Балкарии, дочь полковника Садыка Абдрахманова, опередившая свое время, прошедшая сложный путь становления в медицине, — останется в истории здравоохранения народов Казахстана, Азербайджана и Кабардино-Балкарии как пример преданности медицинской профессии.

**ORCID****И.Л. Семенова**

<https://orcid.org/0000-0002-2658-6551>

**ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS**

**Семенова Ирина Леонидовна** [Irina L. Semenova, MD]; **адрес:** 360004, г. Нальчик, ул. Чернышевского, д. 173 [address: 173, Chernyshevsky Str., Nalchik, 360004, Russian Federation]; **e-mail:** arturahad1976@gmail.com; **eLibrary SPIN:** 1771-0162

## Номинация «История становления педиатрической службы региона»

### Диплом 3-й степени

А.А. Варьяс

Сургутская городская клиническая поликлиника № 2, Сургут, Российская Федерация

# Елена Михайловна Сагандукова — первая женщина-педиатр из народа ханты

Автор, ответственный за переписку:

Варьяс Алена Анатольевна, старшая медицинская сестра Сургутской городской клинической поликлиники № 2

Адрес: 628400, Сургут, Комсомольский пр-т, д. 10/1, тел.: +7 (922) 770-91-11, e-mail: alena\_var@inbox.ru

Статья поступила: 04.04.2025, принята к печати: 16.06.2025

77

**Для цитирования:** Варьяс А.А. Елена Михайловна Сагандукова — первая женщина-педиатр из народа ханты. *Российский педиатрический журнал*. 2025;6(2):77–80. doi: <https://doi.org/10.15690/rpj.v6i2.2926>

В скучные строки сплел гранит  
Судьбу и жизнь. Свеча горит  
Как символ света, рвущий ночь.  
Здесь спит земли Югорской дочь.  
Леонид Струсь

Однажды медведь изувечил охотника. Врач Павел Андреевич Широбоков приехал обрабатывать раны. Как на волшебника смотрела на него маленькая Лена. Врач заметил этот взгляд и попросил принести теплой воды, а на прощание сказал: «Ты, наверное, доктором станешь». Так и случилось. Через годы Павел Андреевич принимал на работу молодого врача — Елену Михайловну Сагандукову (рис. 1).

Елена Михайловна Сагандукова родилась 4 июля 1924 г. в юртах Наунак-Ларьякского сельского Совета Каргасокского района Томской области. Семья Елены Сагандуковой часто переселялась с места на место, из-за чего девочке приходилось учиться каждый год в разных школах.

Полноват оказался последней деревней, где семья осела надолго. Здесь Елена окончила семилетнюю школу, собираясь стать агрономом — выращивать овощи, как



Рис. 1. Елена Михайловна Сагандукова (1950)

Fig. 1. Elena Mikhaylovna Sagandukova (1950)

Alena A. Varyas

Surgut City Outpatient Clinic No. 2, Surgut, Russian Federation

## Elena M. Sagandukova is the First Female Pediatrician from the Khanty People

**For citation:** Varyas Alena A. Elena M. Sagandukova is the First Female Pediatrician from the Khanty People. *Rossijskij pediatričeskij žurnal — Russian Pediatric Journal*. 2025;6(2):77–80. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/rpj.v6i2.2926>

руssкие жители Полновата. Отец ее, Михаил Васильевич, участник Великой Отечественной войны, рано ушел из жизни при трагических обстоятельствах. Он ездил в Остяко-Вогульск за деньгами общину. На обратном пути в деревню на месте ночевки у подножия горы возле устья Назыма на него напали грабители. Он, защищая общественную кассу, погиб. Так семья осталась без кормильца.

Елене Михайловне сама судьба велела быть врачом. Встреча с хирургом Михаилом Ивановичем Козиным, который вылечил ее ногу, вновь возродила мечту стать доктором. К тому же старшая сестра Мария уже получила медицинское образование в Ханты-Мансийске (рис. 2).

Первой ступенькой к мечте стало поступление на фельдшерское отделение национального медучилища.

Учеба выпала на первые годы войны. Выпуск 1942 г. стал досрочным — на фронт ушла очередная группа медиков. Е.М. Сагандукова осталась работать в национальных пунктах Микояновского (ныне Октябрьский) района: в Проточных, Вежакорах, Комуудваних. Труд молодого фельдшера был отмечен медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» (рис. 4).

Тяжелые военные годы в должности фельдшера позволили получить опыт, обрести медицинскую репутацию. Закончилась война, а значит, пора двигаться к мечте — в сентябре 1945 г. Елена Сагандукова поступила в Омский медицинский институт. В 1950 г. сбылась мечта — Елена Михайловна Сагандукова стала первым врачом из числа коренного народа ханты



Рис. 2. Елена Сагандукова (крайняя справа) с сестрой Марией и братом Николаем

Fig. 2. Elena Sagandukova (far right) with her sister Maria and brother Nikolai



Рис. 3. Ускоренный выпуск фельдшерско-акушерской школы, август 1942 г., Елена Сагандукова третья слева в нижнем ряду

Fig. 3. Accelerated graduation of the paramedic obstetric school, August 1942, Elena Sagandukova is third from the left in the bottom row

(рис. 5). Работала врачом-педиатром, ординатором хирургического отделения окружной больницы. Провела не одну операцию, спасла многие жизни.

Первые шаги трудовой жизни показали настойчивый характер доктора Сагандуковой, умение сочетать практическую работу с общественной. Будучи фельдшером, руководила комсомольской организацией, поднимала молодежь коренного населения на помочь фронту. В 29 лет ей доверили руководить окружным отделом здравоохранения. В производственной характеристике заместитель председателя исполкома окружного Совета товарищ Пакин отметил: «На руководящую работу выдвинута впервые, поэтому берется за дело робко, но при желании освоится и справится с порученным участком работы». На протяжении десяти лет Елена Михайловна Сагандукова заведовала сетью медицинских учреждений округа, которая состояла из 38 больниц, 278 фельдшерско-акушерских пунктов.

1958 г. — Елена Сагандукова избирается депутатом Верховного Совета СССР пятого созыва (рис. 7, 8). Пять раз ее избирали членом окружного и городского комитетов КПСС, трижды — членом областного комитета КПСС: 8 созывов была депутатом окружного Совета; 2 созыва — депутатом областного Совета народных депутатов.



Рис. 4. Удостоверение к медали «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» Е.М. Сагандуковой

Fig. 4. Certificate for the medal "For Valiant Labor in the Great Patriotic War of 1941–1945" by E.M. Sagandukova



Рис. 5. Диплом Е.М. Сагандуковой

Fig. 5. Diploma of E.M. Sagandukova

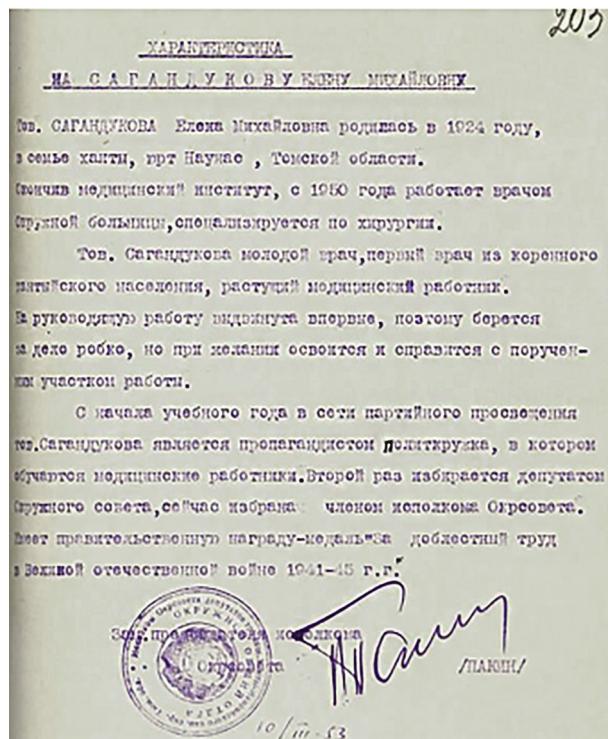


Рис. 6. Характеристика на Е.М. Сагандукову, 10.03.1953  
Fig. 6. Characteristics of E.M. Sagandukova, 10.03.1953

Из воспоминаний Е.М. Сагандуковой (по материалам радиопередачи окружного радио): «Будучи депутатом окружного Совета, я много раз была в своих избирательных округах. Практически не было ни одного населенного пункта округа, где находились медицинские учреждения, где бы ни побывала я сама или ответственные работники здравоохранения. <...> Особенно счастливым для меня был 1958 год. Я была избрана депутатом Верховного Совета Союза ССР 5-го созыва, в Совет национальностей».

Елена Михайловна боролась за создание местных медицинских кадров. Направляла в Челябинский и Омский медицинские институты по внеконкурсному набору ребят из коренных народов Севера. Преподавала хирургию, организацию здравоохранения. Входила в состав комиссий при проведении государственных экзаменов и присвоения квалификации учащимся Ханты-Мансийского медицинского училища.

Жизнь ее была необыкновенно насыщенной и многосторонней: в заботах о семье, о народе, о государстве. У нее рано умер муж, и она одна воспитывала сына. Прошла путь от рядового фельдшера до руководителя здравоохранения автономного округа, от депутата регионального уровня до депутата Верховного Совета ССР. Безусловно, Елена Михайловна — личность легендарная. Мало сказать генерал, она была маршалом здравоохранения округа. Она жила работой, видела в ней всю сущность своей жизни. И за всем этим огромным трудом — частыми командировками, в которых помогала взрослым и детям, — она недоглядела, не уберегла своего единственного сына, потеряла его...

Охрана здоровья детей стала для Елены Михайловны делом жизни. Большую часть трудовой биографии она посвятила искоренению туберкулеза среди детей. Детский санаторий в г. Ханты-Мансийске существует с 9 августа 1958 г. Здесь находятся дети — дошкольники и учащиеся с 1-го по 4-й класс. Небольшое уютное здание — спальный корпус окружного детского противотуберкулезного санатория им. Е.М. Сагандуковой. Дети здесь лечатся, учатся,



Рис. 7. Депутат Верховного Совета ССР Е.М. Сагандукова в национальном поселке

Fig. 7. Deputy of the Supreme Soviet of the USSR E.M. Sagandukova in the national village



Рис. 8. Прогулка с местными детьми ханты  
Fig. 8. Walking with local children of Khanty

живут и отдыхают. Елена Михайловна Сагандукова, чье имя она носит, внесла огромный вклад в развитие этого лечебно-профилактического учреждения.

В июле 1995 г. был построен новый корпус, в 2002 г. проведена реконструкция спального корпуса, а в 2003 г. — столовой. Новейшее медицинское оборудование, современный интерьер...

Людмила Васильевна Белкина, преподаватель начальных классов детского санатория, дополняет: «Она очень заботилась о детях. Елена Михайловна входила в класс в тапочках, чтобы не стучать каблуками и не мешать учебному процессу. Один мальчик не успевал в учебе, и она сказала, что у него больная печень, что он получил письмо из дома, где не все было благополучно, и что к нему поэтому необходимо особое внимание».

Дети платили доктору Сагандуковой взаимной любовью. Однажды мальчик-ханты подарил ей сплетенный им лично национальный пояс. Елена Михайловна прослезилась, принимая подарок.

Какой бы пост она ни занимала, значимой и, наверное, самой главной вехой в жизни Сагандуковой являлась забота о детях, которым она отдавала нерастраченное тепло своего материнского сердца. Возглавляя детский противотуберкулезный санаторий, Елена Михайловна дела-



**Рис. 9. Работа врача-педиатра Е.М. Сагандуковой**  
**Fig. 9. The work of pediatrician E.M. Sagandukova**

ла все, чтобы ребята не чувствовали себя оторванными от привычного уклада жизни, учитывала все особенности, включала в меню национальные блюда, выращивала на приусадебном участке лекарственные травы и овощи. Врач Сагандукова делала все, чтобы дети чувствовали себя в санатории как дома и даже лучше.

Елена Михайловна внесла большой вклад в социально-экономическое развитие округа, в формирование кадров национальной интеллигенции. Она создала дружный, стабильный коллектив сотрудников детского противотуберку-

лезного санатория, который с честью носит ее имя, продолжая дело ее жизни (рис. 9).

В 2004 г. учреждена премия им. Сагандуковой, которая вручается медицинским работникам за вклад в развитие здравоохранения Югры.

И в завершение статьи – слова самой Елены Михайловны: «Мне хотелось постичь многие тайны болезней, чтобы помочь моему народу избавиться от всевозможных недугов, губивших их, чтобы видеть счастливые лица матерей ханты, манси, обнимавших крепких, здоровых малышей».

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

**Варьяс Алена Анатольевна [Alena A. Varyas]; адрес: 628400, г. Сургут, Комсомольский пр-т, д. 10/1 [address: 10/1, Komsomolsky Ave., Surgut, 628400, Russian Federation]; телефон: +7 (922) 770-91-11; e-mail: alena\_var@inbox.ru**

## Номинация «Выдающиеся педиатры»

### Диплом 2-й степени

Л.В. Лукьянцева

Райчихинская городская больница, Райчихинск, Российская Федерация

## Есть на кого равняться

Автор, ответственный за переписку:

Лукьянцева Людмила Васильевна, врач-педиатр Райчихинской городской больницы

Адрес: 676770, Амурская область, Райчихинск, ул. Центральная, д. 7, тел.: +7 (914) 570-88-38, e-mail: lukyantseva\_lv@mail.ru

Статья поступила: 05.04.2025, принята к печати: 16.06.2025

Для цитирования: Лукьянцева Л.В. Есть на кого равняться. *Российский педиатрический журнал*. 2025;6(2):81–86. doi: <https://doi.org/10.15690/rpj.v6i2.2927>

81

Из личных свойств непосредственнее всего способствует нашему счастью веселый нрав.

Артур Шопенгаузер

Гимнастика, физические упражнения, ходьба должны прочно войти в повседневный быт каждого, кто хочет сохранить работоспособность, здоровье, полноценную и радостную жизнь.

Гиппократ



Большое спасибо Союзу педиатров России за организацию конкурса «Лучший художественно-исторический очерк по истории Российской педиатрии», который проводится в трех номинациях, одна из которых посвящается настоящим Личностям российской педиатрии. И свой очерк я посвящаю своему старшему Товарищу, Личности российской педиатрии, которая 50 лет отработала в качестве врача-педиатра участкового плюс один год интернатуры и продолжила бы свою работу по настоящее время, но 03.10.2024 жизнь нашей коллеги, Личности российской педиатрии Валентины Ивановны Басовой оборвалась.

У Валентины Ивановны не было звания «Заслуженный врач», но проработать 50 лет участковым врачом – это уже

подвиг. На нее надо равняться. Она всегда была молодой душой, жизнерадостной, спортивной, красивой...

Валентина Ивановна Басова – врач-педиатр участковый детской поликлиники ГБУЗ АО «Райчихинская ГБ»; награждена юбилейной медалью «100 лет Профсоюзам России» (2006 г.), имела звания «Ветеран труда Амурской области» (2009 г.), «Почетный гражданин города Райчихинска» (2014 г.); вела здоровый образ жизни, была оптимисткой и просто замечательным человеком. 51 год она отработала врачом-педиатром, из которых 50 лет в качестве врача-педиатра участкового (1 год – интернатура).

13 декабря 1947 г. в семье военнослужащих Скрыпниковых Ивана Васильевича и Марии Ивановны родилась старшая дочь – Валентина (в 1951 г. родилась сестра Татьяна (Валюша и Танюша, так ласково их звали родители) и в 1961 г. – брат Саша). Место рождения Валентины Ивановны – г. Соль-Илецк Оренбургской области.

Учитывая профессию родителей, Валентина Ивановна недолго проживала в городе своего рождения. Затем родители служили в Казахстане и в 1953 г. весной были направлены для прохождения воинской службы в г. Южно-Сахалинск. Многое связывает Валентину Ивановну с этим замечательным городом. Там продолжилось ее дошкольное детство, успешно прошли младший и старший школьный возраст. Родители привили ей любовь к лыжам, бане. В этом городе она определилась с выбором профессии.

Нельзя не рассказать об этом замечательном городе. Южно-Сахалинск имеет интереснейшую историю, в кото-

Lyudmila V. Lukyantseva

Raichikhinsk City Hospital, Raichikhinsk, Russian Federation

## There is Someone to Look Up To

For citation: Lukyantseva Lyudmila V. There is Someone to Look Up To. *Rossijskij pediatričeskij žurnal – Russian Pediatric Journal*. 2025;6(2):81–86. (In Russ). doi: <https://doi.org/10.15690/rpj.v6i2.2927>

рой тесно переплелись русская и японская культуры, каторжное прошлое и стремительное современное развитие, нашедшие отражение в многочисленных памятниках архитектуры, монументального искусства и мемориальных комплексах воинской славы.

Южно-Сахалинск основан в 1882 г. как селение Владимировка, в 1905 г. получившее статус города. Длительное время официально являлся местом ссылки и каторги. С 1905 до 1945 г. город находился в составе Японии, носил название Тоёхара и являлся центром префектуры Карафуто. В конце Великой Отечественной войны город был занят советскими войсками, 4 июня 1946 г. переименован в Южно-Сахалинск и назначен административным центром Южно-Сахалинской, а затем Сахалинской области (18 апреля 1947 г.).

Сегодня Южно-Сахалинск – экономический, промышленный, научный и культурный центр Сахалинской области. Любимым местом отдыха горожан и гостей города является Городской парк культуры и отдыха им. Ю. Гагарина, в котором гармонично сочетаются прекрасное местоположение, великолепная природа, искусственные и скульптурные сооружения. Не менее значимы и интересны природные достопримечательности Сахалина, такие как Новоалександровский реликтовый лес, Сахалинский грязевой вулкан, Сингорские минеральные воды, памятник природы – мыс Великан, замечательные уникальные озера Тунайча, Изменчивое, Вавайские, многочисленные нерестовые реки и красивейшие морские побережья. Традиционным для Южно-Сахалинска стало проведение различных культурных и творческих фестивалей и конкурсов, среди которых ежегодные городские «Чеховские чтения», межрегиональный фестиваль авторской песни, фестиваль национальных культур «Содружество», Дальневосточный фестиваль народной музыки «Живые родники» и др.

Пятилетней девочкой Валентина Ивановна с родителями и младшей сестрой весной прибыла в Южно-Сахалинск. Семья заселилась в деревянный барак, где у них было две комнаты, общая кухня и туалет на улице. Город еще был богат на постройки барачного типа, постепенно строился, благоустраивался. В бараке они прожили где-то два года. Затем состоялся переезд в дом на два хозяина, где уже было три комнаты.

На Сахалине Валентина Ивановна через год проживания впервые встала на лыжи, так как было много снега, и, конечно же, как не заняться лыжами. Папа ее тоже любил лыжи. Иван Васильевич сам сделал первые лыжи дочерям, и они с удовольствием катались на самодельных лыжах. Уже где-то с 3–4-го класса, из воспоминаний Валентины Ивановны, ей стали покупать лыжи производственного изготовления. В школе у нее с 8-го класса ввели лыжи, и дети сдавали нормы ГТО. В истории СССР программа ГТО («Готов к труду и обороне») была очень популярна и стояла на страже оздоровления граждан с 1931 по 1991 г. Главной целью программы было оздоровить людей, так как регулярные занятия спортом и пребывание в оптимальной физической форме сами по себе являются эффективным способом повышения иммунного статуса организма и хорошей профилактикой различных заболеваний. В те времена нормы ГТО действовали в различных учреждениях, на заводах, в школах, училищах, техникумах и вузах. Возраст для сдачи норм был от 10 до 60 лет. В 2013 г. по инициативе Президента Российской Федерации началось возрождение норм ГТО. Конечно, зимой лыжи, а еще были и бег, и прыжки, и бросание гранаты, и другое. Все нравилось Валентине Ивановне.

В 1955 г. Валентина Ивановна пошла в 1-й класс школы № 16, которая была «девятилетней». К сожалению, историю

школы не удалось узнать. Во 2-м или 3-м классе ее класс водили на экскурсию в военный госпиталь, который был при части, где служили родители Валентины Ивановны. Детям понравилась экскурсия, и они стали помогать в госпитале. Валентине Ивановне больше нравились дети.

Родная сестра Валентины Ивановны – Татьяна Ивановна Науменко – с теплотой вспомнила то время и вот что рассказала о своей старшей сестре и о себе: «Она с детства мечтала быть врачом. Хорошо помню, как мы с Валей собирали соседских детишек у себя во дворе и играли в игры. Она их лечила, а я учила. На месте нынешней областной больницы стояла японская больница, называли ее „Асава“. Мы туда детишками бегали на свалку и находили там выброшенные шприцы, иголки, бутылки из-под лекарств. И вот этим инвентарем оборудовали в сарае лечебницу. Валя всегда была окружена детьми соседскими. То на котлован они с нами пойдут купаться, то в лес за малиной, то на санках или на лыжах на Валы (так у нас сопка называлась), то в парк. В парке было два бассейна: детский и взрослый. В хороший солнечный день мы там плавали до посинения».

Как рассказывала сама Валентина Ивановна о своей трудовой деятельности в то время: «Во дворе всех лечила, и кошек, и собак, и детей. Всех мазала зеленкой», – и, конечно же, с улыбкой.

В 1964 г. она окончила 9 классов и поступила в 10-й класс средней школы № 2. Последовало сразу два приятных события: новая школа и переезд в новую квартиру в пятиэтажном доме (четырехкомнатная квартира). Валентина Ивановна продолжает активно заниматься спортом и в старших классах. В ее домашнем архиве есть две грамоты от Сахалинского областного Совета «Динамо» с указанием даты – 27 сентября 1965 г. – и за подпись председателя Совета Б. Пухкал. Ее как участнице команды наградили этими грамотами за то, что она заняла третье места в лично-командных областных соревнованиях по легкой атлетике по прыжкам в длину среди женщин и в толкании ядра среди женщин. Также учащаяся 10–11-го класса активно начинает кататься на коньках. В то время открылись катки на улице – и здесь Валентина Ивановна была в первых рядах. Продолжала активно заниматься лыжами в этих классах, при городском парке посещала лыжную секцию и в 11-м классе сдала на 1-й разряд. В 11-м же классе освоила профессию «медсестра-воспитатель» благодаря политехнической школы (ознакомление учащихся в теории и на практике с основными отраслями производства). Она старалась быть ближе к своей будущей профессии, мечтала стать акушером-гинекологом или педиатром. Как сказала Валентина Ивановна (по поводу акушера гинеколога): «...нравилась профессия – „принимать детей“». Но все же педиатрия одержала верх.

Нельзя не рассказать о средней школе № 2, где Валентина Ивановна училась два года, которые также стали для нее значимыми. За активную общественную работу в школе она была награждена почетной грамотой от 29 июня 1966 г.: «Скрыпникова Валентина – выпускница средней школы № 2 гор. Южно-Сахалинска награждается настоящей грамотой за активную общественную работу в школе. Директор школы А. Тельпуховский».

Свою историю средняя общеобразовательная школа № 2 начинает с окончания строительства к 1 сентября 1950 г. В 1953 г. в стране началась политехническая школа, и в 1959 г. средняя школа № 2 стала политехнической школой с производственным обучением. Учащиеся, кроме общешкольных дисциплин, осваивали такие профессии, как токарь-фрезеровщик, слесарь, медсестра-воспитатель. В 1955 г. директором школы стал Аким Семенович Тельпуховский – один из самых знаменитых директоров. Ветераны говорят, что именно ему, человеку дальновидно-

му и смелому, было ясно, что за английским языком будущее. В соответствии с Постановлением Совета Министров РСФСР от 6 июля 1961 г. «Об улучшении изучения иностранных языков в школах» с 1962/63 учебного года в политехнической школе № 2 с производственным обучением было введено преподавание ряда предметов на английском языке со 2-го по 5-й класс.

Статус средней школы с углубленным изучением английского языка был получен в 1968 г., в 2001 г. — реорганизация в МОУ Гимназию № 2, в 2012 г. — в МБОУ Гимназию № 2, в 2017 г. — реорганизация в МАОУ Гимназию № 2 (Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение Гимназия № 2). Школа оправдала свое предназначение: желающих изучать английский язык оказалось предостаточно. Школа № 2 всегда была «маяком» народного образования Сахалинской области и первой из школ г. Южно-Сахалинска была определена в качестве опорной школы педагогического института для внедрения и создания лучшего опыта учебно-воспитательной работы.

Лето 1966 г. — выпускница средней школы № 2 г. Южно-Сахалинска Валентина Скрыпникова сдает вступительные экзамены в Благовещенский государственный медицинский институт (БГМИ; в настоящее время — Амурская государственная медицинская академия), но недобирает балл. Она продолжает приближаться к своей профессии: в течение года вечерами посещает подготовительные курсы при БГМИ, а днем работает воспитателем в общежитии строительного завода благодаря приобретенной в школе профессии, ей была предоставлена комната для проживания.

Этот год она проводит тоже плодотворно. В домашнем архиве сохранились три грамоты за этот период. Первая — от 15 января 1967 г.: «Президиум обкома профсоюза рабочих строительства и промстройматериалов награждает тов. Скрыпникову В., занявшую третье место в лыжных гонках на дистанции 5 км в Первой зимней спартакиаде строителей. Председатель обкома профсоюза рабочих строительства и промстройматериалов В. Демин. Секретарь обкома профсоюза рабочих строительства и промстройматериалов И. Ганин». Вторая: «Благовещенский совет Всесоюзного добровольного спортивного ордена Ленина общества „Спартак“ награждает Скрыпникову В., занявшую 1-е место в городских лыжных соревнованиях ДСО „Спартак“ среди производственных коллективов, посвященных 50-летию Советской власти, на дистанции 5 км с результатом 20,46. Председатель А. Сидорова». Третья — от 21 мая 1967 г.: «Российский республиканский совет Всесоюзного добровольного спортивного ордена Ленина общества „Спартак“ награждает товарища Скрыпникову за третье место в групповой гонке на 20 км с результатом 40,37 в зональных соревнованиях работников связи РСФСР Дальневосточной зоны. Председатель совета...» — и подпись. Продолжается спортивная жизнь, и приближается поступление в БГМИ.

Лето 1967 г. — удачное поступление в БГМИ. Студенческие годы Валентины Ивановны проходят в г. Благовещенске Амурской области, у которого тоже интересная история.

Город основан в 1856 г. как Усть-Зейский военный пост для защиты дальневосточных рубежей страны. В 1858 г. переименован в Благовещенск и получил статус города, став административным центром вновь образованной Амурской области. С 1920 г. Амурская область входила в состав Дальневосточной республики, в 1922 г., с образованием Амурской губернии Благовещенск стал губернским городом. С 1932 г. — центр Амурской области в составе Хабаровского края, с 1948 г. — центр самостоятельной Амурской области. В годы Великой Отечественной войны являлся прифронтовым городом, противостоявшим вооруженным силам милитаристской Японии.

Сегодня Благовещенск — один из крупнейших промышленно-культурных и деловых центров Дальнего Востока. Имеет богатое историческое и культурное наследие. Как и в других дальневосточных городах, в нем всегда бережно хранились и передавались многие из историко-культурных традиций, и в первую очередь — традиции народной культуры. Ежегодно в Благовещенске проходит всероссийский кинофорум «Амурская осень», где представлены новинки российского кинематографа и спектакли с участием известных российских актеров.

На территории города находится большое количество памятников истории и архитектуры, археологии и монументального искусства. Одним из восстановленных исторических памятников Благовещенска является величественная Триумфальная арка, украшающая городскую набережную. Одна из главных достопримечательностей города — Благовещенский кафедральный собор, воздвигнутый на историческом и священном для амурчан месте, где ранее стояло первое строение Благовещенска — Свято-Никольская церковь. Гордостью Благовещенска является центральная площадь им. В.И. Ленина, на которой находятся фонтан и памятник В.И. Ленину, здесь же расположена гостиница «Юбилейная», из окон которой открывается прекрасная панорама на реку Амур и китайский город Хэйхе.

Студенткой Валентина Ивановна продолжает заниматься спортом (лыжи, велосипед); участвует в КВН; под гитару с товарищами поет бардовские песни; знакомится со своим будущим мужем — Виктором Петровичем Басовым.

Виктор Петрович с 1966 г. обучался на вечернем отделении БГМИ (в те времена было вечернее отделение, и студенты обязаны были работать в медицинских учреждениях, а вечером (с 17:00 до 21:00) учиться, иначе их отчисляли, а с 3-го курса обучение было дневным, и учились не 6, а 7 лет).

Очень тепло о своей жене сказал Виктор Петрович. Он человек немногословный, но этих слов достаточно, чтобы понять, что за человек его жена: «Добрая, человечная, душевная, всегда жизнерадостная».

В 1969 г. создана молодая студенческая семья, и в этом же году родился их первенец — Святослав. У Виктора Петровича и Валентины Ивановны двое детей. Дочь Мария родилась уже у молодых специалистов — в 1975 г. Святослав и Мария с большой любовью и теплом рассказали о своей маме.

Мария: «Мамочка — самая добрая, ласковая, очень красивая, женственная, обаятельная и привлекательная, в меру строгая, внимательная ко всем. Как и все люди, рожденные в первые послевоенные годы, она наделена огромным жизнелюбием, оптимизмом, стремлением побеждать. С самого детства и до сих пор она — неизменная участница всех спортивных соревнований, которые попадали в ее поле зрения: будь то велосипедные или лыжные гонки, волейбол, футбол или стрельба. Желание узнать как можно больше нового и неизвестного всегда присутствует в ее жизни. В школьные годы она заранее самостоятельно изучала новую тему, дополнительно занималась и в институте, и в последующем на курсах повышения квалификации. Именно это желание не дает и сейчас ей сидеть на одном месте, манит в дальние края путешествовать, помогает вести активную жизнь, посещать различные культурно-массовые мероприятия в городе. Мамулечка — большой души человек. Она всем готова помочь: будь то мы — близкие, друзья или незнакомые люди. Она очень любит детей, хотела стать педиатром с детства. И дети отвечают ей взаимностью. Возможно, именно поэтому мамочка такой «долгожитель» в профессии. И за свою долгую и плодотворную профессиональную деятельность ей присво-

ено звание почетного гражданина города Райчихинска. Такими же активными она хотела видеть и воспитывала нас — своих детей. Зимой на выходных мы всегда катались на лыжах, с горок на санках и других подручных материалах. Летом ходили в парк Дружбы, играли в футбол, бадминтон, жмурки-пряталки. С таким же энтузиазмом она общается и со своими внуками. Для них она и бабуля, которая всегда поможет и подскажет, как сделать лучше, и друг, который будет вместе с ними наравне играть, прыгать, веселиться и дурачиться».

Святослав: «Я, наверное, не буду повторяться и перечислять все то, за что хочется поблагодарить нашу маму. Список огромен: любовь, забота, внимание, доброта... Остановлюсь на особенностях. Особенно хочется отметить ее личный пример активного и здорового образа жизни, преданности любимому делу и неисчерпаемый оптимизм. Эти качества как путеводная звезда ведут меня по жизни. Огромное спасибо за то, что в моем бесшабашном счастливом детстве родители мне доверяли и гордились мной. Для меня это было очень важно!»

В 1973 г. Валентина Ивановна получает диплом об окончании полного курса БГМИ по специальности «врач-лечебник» и уезжает в г. Райчихинск Амурской области для прохождения интернатуры по специальности «педиатрия». Она выбрала педиатрию (педиатр или акушер-гинеколог?!). Ее муж уже работал в лечебном учреждении города Райчихинска, так как он учился на вечернем отделении, и они уже в феврале 1973 г. приступили к работе. Виктор Петрович выбрал Райчихинск, так как он окончил медицинское училище в Райчихинске, город ему понравился, и вопроса о выборе не стояло.

Валентина Ивановна рассказывала, что их выпуск был первым выпуском, начавшим проходить интернатуру по окончании БГМИ. На основании Постановления Центрального Комитета КПСС и Совета Министров СССР от 5 июля 1968 г. № 517 «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки в стране» для повышения качества подготовки врачей вводилась одногодичная специализация (интернатура) выпускников всех лечебных и педиатрических факультетов медицинских высших учебных заведений и медицинских факультетов университетов по основным клиническим специальностям непосредственно по окончании ими указанных учебных заведений. Советам Министров союзных республик по согласованию с Министерством здравоохранения СССР необходимо было осуществить, начиная с 1969 г., постепенный перевод врачей — выпускников указанных факультетов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов на одногодичную специализацию.

1 августа 1973 г. Валентина Ивановна зачислена на должность врача-интерна по педиатрии в Райчихинскую городскую больницу (в настоящее время — ГБУЗ АО «Райчихинская ГБ»). Согласно графику, интернатура проходила в детском отделении, инфекционном отделении, роддоме, детской консультации (в настоящее время — детская поликлиника).

Больше всего Валентине Ивановне понравилась работа участкового врача, и 27 июня 1974 г., после окончания прохождения интернатуры она была переведена на должность участкового врача-педиатра в детскую консультацию (в настоящее время — врач-педиатр участковый детской поликлиники ГБУЗ АО «Райчихинская ГБ»).

Нельзя не рассказать о г. Райчихинске, где была начата и продолжилась трудовая деятельность моей коллеги, моего старшего товарища, на которого можно равняться.

История Райчихинска неразрывно связана с открытием и развитием крупнейшего на Дальнем Востоке уголь-

ного месторождения. Возник он в 1932 г. как рабочий поселок Райчиха в связи с разработкой месторождений бурого угля. Первые сведения о наличии угля на Кивдо-Райчихинском месторождении получены в 1893 г. 23 мая 1944 г. Указом Президиума Верховного Совета РСФСР образован г. Райчихинск областного подчинения с включением в черту города поселков Зельвино, Восточный, Кочкивский, Северный, подсобное хозяйство № 2 (ныне поселок Угольный). Кроме того, в административно-территориальном подчинении города находились населенные пункты, расположенные за чертой города, — поселки Широкий, Новорайчихинский, Прогресс. Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 24 мая 1956 г. поселки Широкий, Новорайчихинский, Прогресс были отнесены к категории рабочих поселков. В марте 2005 г. Райчихинск наделен статусом городского округа, в состав которого входят населенные пункты: поселок Широкий и сельский населенный пункт — село Угольное.

Райчихинский городской округ граничит с Бурейским и Завитинским районами, п.г.т. Прогресс. Основное сообщение — автомобильное от станции Бурея и областного центра Благовещенск. Удаленность от г. Благовещенска — 165 км. Райчихинск оснащен всеми видами спортивных сооружений, здесь расположены два стадиона, спортивно-концертный комплекс на 1500 мест, крытый каток на 800 мест с искусственным льдом, плавательный бассейн, два спортивных зала. В Райчихинске находится уникальный Дом культуры угольщиков (недействующий), который был сдан в эксплуатацию во время Великой Отечественной войны, 7 ноября 1941 г., и в настоящее время требуется капитальная реконструкция здания.

У нас в городе имеется уникальный памятник природы — озеро Кувшинка, в котором произрастает прекрасный цветок — лотос Комарова. Растение занесено в Красную книгу России, в Амурской области растет только в южной ее части. Подобные растения существовали сто миллионов лет назад, еще в мезозойскую эру. Этот цветок совместил в себе несовместимое: с одной стороны, пережил даже ледниковый период; с другой стороны, он очень нежный и ранимый — не растет в загрязненных водоемах. Большие розовые цветы расцветают только раз в году — цветение начинается с 20-х чисел июля и продолжается до 20-х чисел августа. Редкое краснокнижное растение не спрятано от людей. В конце августа 2017 г. произведено благоустройство территории водоема — появились красивый мостик, уходящий вглубь озера, со скамейками, уютная аллея, где можно отдохнуть, и место для разворота автомобилей. Все это было сделано по заказу городской администрации руками работников ИП «Екатерина Коротеева». Благоустройство памятника природы вошло в программу развития амурского моногорода на 2017–2018 гг.

В нашем городе есть памятник истории регионального значения В.И. Ленину (1960 г.); памятник-обелиск воинам — землякам-райчихинцам, погибшим в годы Великой Отечественной войны (1984 г.), на мемориальной доске перечислены 287 фамилий воинов-райчихинцев; обелиск «Слава труду» (1967 г., пос. Широкий); памятник-символ Героям социалистического труда «Ковш» (1988 г.); памятник-скульптура Ленин-гимназист (1958 г.); мемориальная плита Д.Я. Зельвину (замечательный человек горный инженер Давид Яковлевич Зельвин трагически погиб в шурфе от газов, в честь него назван и поселок) (1989 г., пос. Зельвино); действующий Приход Владимирской иконы Божией Матери.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 июля 2014 г. № 1398-р «Об утверждении перечня моногородов» муниципальное образование включено

в категорию «Монопрофильные муниципальные образования Российской Федерации (моногорода) с наиболее сложным социально-экономическим положением». Несмотря на свое сложное социально-экономическое положение, город живет и продолжает жить и остается славен своими людьми.

В мае 2014 г. Валентине Ивановне присвоено звание почетного гражданина города Райчихинска решением Райчихинского городского Совета народных депутатов от 21.05.2014 № 102/11. С большим теплом Валентина Ивановна говорила о нашем городе, где была начата ее трудовая деятельность по избранной профессии.

Вот ее впечатления: «...город был зеленым, красивым, чистым; работали предприятия; функционировали места отдыха. В нашем городе функционировало два парка: парк „Дружба“ и парк культуры и отдыха угольщиков. В парке „Дружба“ были спортивные площадки (баскетбольные, волейбольные); озеро с лодочной станцией; спасательная вышка; летний кинотеатр. Летом катались на водных велосипедах. Имелась сцена. В парке культуры и отдыха угольщиков работали различные аттракционы, был фонтан, по выходным дням играл духовой оркестр на летней сцене, работали летние кафе. Жители города посещали спортивные соревнования. Были группы здоровья. Коллектив нашей больницы активно принимал участие в спортивных мероприятиях».

Валентина Ивановна была в первых рядах, когда речь шла о спортивных мероприятиях (по отзывам коллег и самой героини очерка). В семейном архиве хранятся грамоты, которые отражают спортивную жизнь медицинских работников:

- 20 апреля 1975 г. — VI спартакиада народов СССР 1975 — грамотой награждена Басова В., занявшая третье место среди женщин на городских соревнованиях по пулевой стрельбе, посвященных 30-летию Победы Советского народа в Великой Отечественной войне (председатель Райчихинского городского комитета ДОСААФ Л. Сафончик);
- 31 мая 1975 г. команда Райчихинской больницы была награждена грамотами за первое общекомандное и второе общекомандное место по городкам в VIII летней спартакиаде медицинских работников (зав. Райчихинским горздравотделом Э. Добрый, председатель Горкома профсоюза медицинских работников А. Омельяненко);
- 2 апреля 1983 г. грамотой награждена Басова В.И., занявшая 5-е место в городских соревнованиях по пулевой стрельбе из м/к винтовки среди медицинских работников лечебно-профилактических учреждений города (председатель Райчихинского ГК ДОСААФ З.К. Безрукова);
- 9 февраля 1985 г. Амурский областной комитет профсоюза медицинских работников и областной отдел здравоохранения наградил Басову В.И. за 2-е место в областном лыжном кроссе медицинских работников 1985 г. (председатель обкома профсоюза К. Новикова, зав. областным отделом здравоохранения Э. Коротаев).

Грамоты можно перечислять и перечислять. У Валентины Ивановны много и поощрений и награждений. Нельзя не сказать, что она награждена юбилейной медалью «100 лет профсоюзам России» (24 мая 2006 г. в честь профессионального праздника — Дня медицинского работника), с 1 марта 2009 г. — ветеран труда Амурской области.

Для каждого человека самая большая награда — это дети и, конечно, внуки. У Валентины Ивановны семья внуков, и все они любят свою бабушку. С теплом говорят о Валентине Ивановне ее внуки-мальчишки (все семья —

мальчики). Старший сын дочери — Илья (первая версия очерка была создана в 2018 г., тогда Илье было 18 лет, и Валентина Ивановна продолжала жить и работать, и хочет оставить в памяти эти слова): «Бабушка, ты у меня самая добрая, нежная, милая, красивая! Спасибо тебе за то, что ты у меня есть. Спасибо, что поддерживала меня во всех начинаниях, помогала найти свою дорогу в жизни, лечила меня, когда я болел, и помогала, когда у меня что-то не получалось. А сколько у нас с тобой было веселых и прекрасных моментов в жизни: походы в лес, катание с горок, на коньках, на лыжах, поездки в Китай и на Сахалин. И это лишь малая часть того, что происходило интересного в моей жизни благодаря тебе. Спасибо тебе, дорогая бабушка, что ты у меня есть. Я тебя очень люблю!»

Как приятно, что есть такие люди. Сколько теплых слов прозвучало об этом замечательном Человеке, на которого надо равняться!

Светлана Александровна Ищенко в августе 1980 г. с мужем и старшим шестимесячным сыном приехала в Райчихинск для прохождения интернатуры — и тоже всю свою трудовую деятельность посвятила жителям города. Она с большим теплом отзывается о Валентине Ивановне. Дети Светланы Александровны выросли на 5-м педиатрическом участке, на котором уже третье поколение растет с момента начала работы Валентины Ивановны.

Вот этот замечательный рассказ: «Мои дети выросли на 5-м участке. Я очень довольна, что у нас был такой внимательный педиатр. Дети ее очень любили. Никогда не было проблем с тем, чтобы у них не было желания пойти в поликлинику. Всегда говорила: „Завтра пойдем к Валентине Ивановне“, — и дети с удовольствием шли. Никогда не думали об „уколах“. Они шли к Валентине Ивановне. Наталья (младшая дочь Светланы Александровны. — Прим. авт.) хотела быть педиатром (по состоянию здоровья изменила свой выбор профессии), как Валентина Ивановна — не как мама, а как Валентина Ивановна (Светлана Александровна работала педиатром в инфекционном отделении. — Прим. авт.). Валентина Ивановна для них была авторитетом. Ласковая, заботливая и всегда красивая. У моих детей свои дети, и все они живут в другом городе, но всегда интересуются своим участковым врачом. Я невольно держала своих детей в курсе событий, так как, выйдя на заслуженный отдых, активно общалась с Валентиной Ивановной — баня, лыжи, фитнес».

В 2015 г. Светлана Александровна с мужем переехала в Благовещенск, она продолжает вести активный образ жизни и общалась с Валентиной Ивановной при возможности (дочь Валентины Ивановны и дети С.А. Ищенко тоже проживают в Благовещенске).

Валентина Ивановна всегда принимала участие во Всероссийской массовой лыжной гонке «Лыжня России», которая ежегодно проходит в феврале. «Лыжня России» на протяжении десятилетий объединяет поклонников одного из самых популярных и массовых видов спорта, проводится ежегодно с 1982 г. и всегда является большим зимним праздником. Количество ее участников увеличивается из года в год. Для них систематические занятия физической культурой и спортом являются образом жизни, а участие в массовой гонке «Лыжня России» — добной традицией. Подобного рода мероприятия способствуют повышению у людей интереса к физическому самосовершенствованию, раскрытию ценности физической культуры, популяризации самостоятельных занятий с широким использованием природных факторов и формированию в массовом сознании понимания жизненной необходимости физкультурно-спортивных занятий. Самые большие рекорды самой массовой лыжной гонки «Лыжня России» — это улыбающиеся,

жизнерадостные лица участников соревнований, пересекающих финишную черту, а самая высокая награда — вера людей в свои безграничные возможности на пути к спортивным вершинам!

На протяжении нескольких лет Валентина Ивановна являлась участницей этого массового мероприятия, которое тоже проводится в нашем городе. И, конечно, имела свои рекорды и награды, благодарственное письмо: «Выражаем благодарность „Самому взрослому участнику акции“ за активное участие, волю к победе во Всероссийской массовой лыжной гонке „Лыжня России — 2016“. Амурское региональное отделение Всероссийской политической партии „Единая Россия“ (февраль 2016 г., г. Райчихинск)».

Занималась Валентина Ивановна и скандинавской ходьбой, и, конечно, оставались неотъемлемой частью ее жизни бани — по четвергам; по субботам и воскресеньям зимой — лыжные прогулки, в теплое время года — прогулки на природу за грибами и просто пешие прогулки, в дачную

пору — велосипед; выход в театр и на концерты. Были занятия восточными танцами.

У людей, которые встречались с Валентиной Ивановной, оставались самые приятные и теплые впечатления. Многие молодые специалисты проходили интернатуру, и наставником была Валентина Ивановна. Все они вспоминают ее добром. Не одно поколение выросло на педиатрическом участке под номером пять — и уже своих детей и внуков приводили горожане к Валентине Ивановне на прием; даже проживая на другом педиатрическом участке, старались прийти именно к Валентине Ивановне — к своему доктору, который всегда приветливо встретит, осмотрит, назначения сделает, даст рекомендации.

Не каждому профилю удаётся прожить в профессии столько десятков лет. Трудовой подвиг Валентины Ивановны говорит о том, что она была нужна родителям, детям и не одному поколению райчихинцев!!! Есть на кого равняться!

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

**Лукьянцева Людмила Васильевна** [Lyudmila V. Lukyantseva, MD]; **адрес:** 676770, г. Райчихинск, ул. Центральная, д. 7 [address: 7, Centralnaya Str., Raychikhinsk, Amur Region, 7676770, Russian Federation]; **телефон:** +7 (914) 570-88-38; **e-mail:** lukyanceva\_lv@mail.ru

# Тезисы конкурса научных работ молодых ученых

**От редакции:** 28 февраля – 2 марта 2025 г. в Москве с огромным успехом прошел XXVI Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии». В рамках Конгресса состоялся уже ставший традиционным Конкурс научных работ молодых ученых, в котором приняли участие 50 человек (студенты, ординаторы, аспиранты, ассистенты, научные сотрудники, врачи) из 21 города России (всего было подано 44 заявки). Представляем вашему вниманию тезисы, поступившие в Оргкомитет Конкурса.

## Характеристика физического развития подростков г. Астрахани

Д.Г. Абакумова

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Российская Федерация

**Актуальность.** Физическое развитие является объективным критерием для комплексной оценки состояния здоровья детей, который выступает чувствительным индикатором внешних и внутренних факторов.

**Цель исследования.** Анализ отдельных антропометрических показателей подростков г. Астрахани.

**Пациенты и методы.** Работа осуществлена на материалах собственных исследований физического развития детей г. Астрахани в возрасте от 15 до 17 лет. Материал собран методом поперечного сечения с соблюдением правил биоэтики. По результатам измерений были рассчитаны средние арифметические величины, ошибки средних.

**Результаты.** Поскольку индекс массы тела (ИМТ) является важным показателем, отражающим интегральную взаимосвязь массо-ростовых признаков, то предварительно был проведен расчет ИМТ среди подростков, и отобраны дети без отклонений по ИМТ по усредненным показателям (ИМТ в 15 лет (М:  $20,14 \pm 0,33 \text{ кг}/\text{м}^2$ , Ж:  $20,54 \pm 0,31 \text{ кг}/\text{м}^2$ ),

16 лет (М:  $19,76 \pm 0,26 \text{ кг}/\text{м}^2$ , Ж:  $20,75 \pm 0,28 \text{ кг}/\text{м}^2$ ), 17 лет (М:  $20,19 \pm 0,33 \text{ кг}/\text{м}^2$ , Ж:  $20,08 \pm 0,31 \text{ кг}/\text{м}^2$ )). Таким образом, были отобраны 642 подростка, из них девочек (Ж) 336 человек (15 лет – 98, 16 лет – 179, 17 лет – 59) и мальчиков (М) 306 человек (15 лет – 83, 16 лет – 168, 17 лет – 55). Антропометрические показатели обследованных подростков: длина тела в 15 лет (М:  $172,26 \pm 0,71 \text{ см}$ , Ж:  $159,40 \pm 0,81 \text{ см}$ ), 16 лет (М:  $171,85 \pm 0,61 \text{ см}$ , Ж:  $158,92 \pm 0,69 \text{ см}$ ), 17 лет (М:  $173,11 \pm 0,95 \text{ см}$ , Ж:  $163,11 \pm 0,79 \text{ см}$ ); масса тела в 15 лет (М:  $59,93 \pm 1,18 \text{ кг}$ , Ж:  $52,06 \pm 0,77 \text{ кг}$ ), 16 лет (М:  $58,65 \pm 0,97 \text{ кг}$ , Ж:  $51,79 \pm 0,65 \text{ кг}$ ), 17 лет (М:  $60,57 \pm 1,14 \text{ кг}$ , Ж:  $53,43 \pm 0,89 \text{ кг}$ ).

**Заключение.** Результаты проведенного исследования могут быть использованы в качестве составляющей информационной базы для разработки стандартов физического развития подростков г. Астрахани и Астраханской области.

# Особенности течения внебольничных пневмоний у детей, ассоциированных с *Mycoplasma pneumoniae*

А.А. Аминова

Детская городская клиническая больница св. Владимира, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** В настоящее время отмечается рост внебольничных пневмоний, ассоциированных с *Mycoplasma pneumoniae*. Важно изучить особенности клинико-лабораторных и инструментальных маркеров для своевременной диагностики и адекватного лечения.

**Цель исследования.** Изучить особенности внебольничных пневмоний, ассоциированных с *Mycoplasma pneumoniae*.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось на базе педиатрического отделения ДГКБ св. Владимира. Проанализированы данные анамнеза, результаты клинического и биохимического анализов крови, результаты лучевой диагностики у детей, находившихся на стационарном лечении более 10 дней.

**Результаты.** За период 2023–2024 гг. в педиатрическое отделение ДГКБ св. Владимира госпитализированы 572 ребенка с диагнозом «внебольничная пневмония», из них у 34% подтверждена микоплазменная инфекция. На стационарном лечении более 10 дней – 15 детей (8%), из них 40% – мальчики и 60% – девочки. За исключением 1 ребенка, все дети школьного возраста. Диагноз пневмонии

подтвержден рентгенологически. Поводом для госпитализации являлись фебрильная лихорадка, малопродуктивный кашель. Признаков диспноэ, дыхательной недостаточности, инфекционного токсикоза не отмечено. Аускультативно отмечались ослабление дыхания и влажные хрипы над очагом поражения. В анализах крови у 13 детей отсутствовал лейкоцитоз, формула крови не изменена. Средний уровень СРБ – 54 мг/л. Рентгенологически у 12 детей изменения односторонние, с поражением 1–3 сегментов; у 3 – двухсторонние изменения; гидроторакс у 4 детей. Изменения носили характер перибронхиальной инфильтрации интерстиция, были схожи с вирусным поражением легких.

**Заключение.** Внебольничные пневмонии, ассоциированные с *Mycoplasma pneumoniae*, протекают с длительным малопродуктивным кашлем, лихорадкой, без признаков дыхательной недостаточности, с аускультативно ослабленным дыханием и влажными хрипами. Маркеры воспаления были повышенены незначительно. Рентгенологические изменения свидетельствуют об интерстициальном характере поражения. Выраженные лабораторные и рентгенологические изменения свидетельствуют о коинфицировании.

# Синдром «немого синуса» у детей

А.В. Андрианов

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи, Санкт-Петербург, Российской Федерации

**Актуальность.** В структуре заболеваний ЛОР-органов патология верхнечелюстной пазухи наиболее распространенная, в том числе у детей. Некоторые заболевания данной анатомической зоны являются достаточно редкими, особенно у детей. К такой патологии относится хронический ателектаз верхнечелюстной пазухи — синдром «немого», или «молчащего», синуса (СНС). Классическими проявлениями СНС являются уменьшение объема пазухи, втяжение медиальной стенки верхнечелюстной пазухи и крючковидного отростка, изменение положения нижней стенки глазницы на стороне поражения.

**Цель исследования.** Демонстрация клинического примера СНС у ребенка с гипертрофией носоглоточной миндалины 2–3-й степени, гипертрофией небных миндалин 2–3-й степени и сходящимся косоглазием правого глаза.

**Пациенты и методы.** Мальчик, 5 лет, обратился с жалобами на нарушение зрения, затруднение носового дыхания, храп, рецидивирующий правосторонний верхнечелюстной риносинусит. Во время подготовки к оперативному лечению по поводу косоглазия выполнена компьютерная томография оклоносовых пазух (КТ ОНП) и глазницы. По данным КТ выявлен СНС — уменьшение объема правой верхнечелюстной пазухи (ВЧП), выраженное втяжение стенок правой ВЧП, особенно медиальной стенки, крючковидного отростка, смещение средней носовой раковины в латеральном направлении, тотальное затемнение правой ВЧП. Также диагностированы гипертрофия носоглоточной миндалины 2–3-й степени и гипертрофия небных миндалин 2–3-й степени.

**Результаты.** Ребенок был госпитализирован с диагнозом: «Хронический правосторонний верхнечелюстной синусит, СНС справа, гипертрофия носоглоточной миндалины

2–3-й степени и гипертрофия небных миндалин 2–3-й степени, сходящееся косоглазие правого глаза». В плановом порядке выполнена эндоскопическая эндоназальная максиллотовомия справа, резецирован крючковидный отросток, расшириено соусье пазухи. Интраоперационно установлено, что пазуха была заполнена густым вязким содержимым, взят посев, удалено патологическое содержимое. Особенностью операции являлось обычное для этой патологии типичное низкое расположение нижней стенки глазницы, что потребовало особой осторожности при проведении вмешательства. Далее выполнена аденоотомия под эндоскопическим контролем, радиоволновая тонзиллотовомия. Контрольная компьютерная томография оклоносовых пазух, проведенная через 6 мес после операции, выявила положительную динамику: отсутствие патологического содержимого и удовлетворительную пневматизацию в верхнечелюстной пазухе справа. Следующим этапом была выполнена операция по устранению косоглазия.

**Заключение.** Интерес данного клинического случая, по нашему мнению, заключается в том, что в доступной литературе отсутствуют подобные наблюдения, касающиеся детей данной возрастной группы. Ребенку 5 лет был диагностирован СНС, выполнено хирургическое лечение. У пациента с СНС в представленном клиническом случае была отмечена сочетанная патология: сходящееся косоглазие правого глаза, гипертрофия небных и глоточной миндалин 3-й степени. Следует отметить, что только в последние два десятилетия взоры мировой оториноларингологии более пристально обратились в сторону СНС. Связано это прежде всего с более широким внедрением как современных лучевых методов диагностики, так и эндоскопических методик лечения патологии ОНП, глазницы и усовершенствованием знаний и навыков хирургов.

# Опыт диагностики и подбора терапии при митохондриальных заболеваниях у детей

И.Н. Артамонова

Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

**Актуальность.** Митохондриальные заболевания — это редкие, генетически и клинически разнообразные расстройства с мультисистемными проявлениями, часто поражающие ЦНС и приводящие к инвалидности и летальному исходу. Их частота составляет 1 на 5 тыс. новорожденных.

**Цель исследования.** Оптимизация диагностики и терапии детей с митохондриальными заболеваниями.

**Пациенты и методы.** Пациенты Клиники материнства и детства НМИЦ им. В.А. Алмазова любого пола от 0 до 5 лет. Изучены клинический и биохимический анализ крови, КЩР, лактат, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ внутренних органов, МРТ головного мозга, результаты молекулярно-генетического обследования.

**Результаты.** Критерии направления пациентов на молекулярно-генетическое обследование включают: для новорожденных — ухудшение состояния без явной причины, требующее реанимации; для детей старше 1 мес — один или несколько симптомов (задержка физического развития, психомоторная задержка, фармакорезистентная эпилепсия, ДЦП, миопатия, сердечно-сосудистые нарушения, болезни печени и почек, эндокринные расстройства и ней-

росенсорная тугоухость) с повышением лактата в крови. С 2022 по 2024 г. в Клинике материнства и детства НМИЦ им. В.А. Алмазова были выявлены 12 пациентов с митохондриальными заболеваниями, из которых 2 — с неонатальным дебютом. У 7 пациентов преобладали неврологические симптомы, у 5 — сердечно-сосудистые. Обнаружены патогенные мутации в генах *PDHA1*, *SURF1* и других. Особое внимание уделено 3 пациентам с дефицитом пируватдегидрогеназного комплекса, успешно проходящим терапию кетогенной диетой. Пациентка с мутацией в гене *COX10* начала экспериментальную терапию безафибратором с положительным эффектом. В остальных случаях наличие диагноза позволило подобрать поддерживающую терапию.

**Заключение.** Раннее выявление ряда митохондриальных заболеваний позволяет начать патогенетическую терапию, что повышает шансы детей на полноценную жизнь и сохранение физического и психического здоровья. В других случаях возможно поддерживающее лечение, что снижает частоту госпитализаций и уменьшает необходимость обследований, а также помогает родителям лучше подготовиться к уходу за детьми и снижает уровень психологического напряжения.

# Рождение ребенка с множественными аномалиями развития: сложный выбор родителей

А.С. Афлатонова, И.Ф. Короткова

Городская детская клиническая больница № 17, Уфа, Российская Федерация

**Актуальность.** Проблемы пренатальной диагностики хромосомных заболеваний в педиатрии требуют знаний, методик и тесного контакта родителей с врачами. Своевременная диагностика предотвращает рождение детей с множественными аномалиями, улучшает качество жизни семьи.

**Цель исследования.** Провести анализ клинического случая ребенка, рожденного с множественными аномалиями развития.

**Пациенты и методы.** В данном исследовании обобщены и проанализированы результаты комплексного обследования пациента с генетической аномалией — синдромом Дауна в различных медицинских организациях на антенатальном и постнатальном этапах. Представлен клинический случай, где заболевание было диагностировано на ранних сроках беременности. Родители приняли решение сохранить беременность, несмотря на медицинские рекомендации. Подробно описано дальнейшее ведение беременности, обследование и лечение новорожденного.

**Результаты.** Ребенок был рожден на сроке 38 нед четвертым в семье от родителей (42 года отцу, 41 год матери) без наследственной отягощенности. Предыдущие дети все рождены в срок и без патологии. УЗИ на 12-й нед выявило расширение толщины воротникового пространства, гипоплазию костей носа. Учитывая данные скрининга, на сроке 15 нед врач-генетик выставляет высокий риск врожденных пороков развития (ВПР) у внутриутроб-

ного ребенка. Проведена беседа о возможных рисках хромосомной патологии и ВПР. На пренатальном этапе на 21-й нед при УЗИ был диагностирован врожденный порок сердца (ВПС): дефект межжелудочковой перегородки с расщеплением клапанов и образованием единого AV-канала. По решению перинатального консилиума было показано прерывание беременности. Пациентка отказалась. Дальнейшее ведение беременности проводилось в соответствии с Приказом Минздрава России № 1130. В Республиканском клиническом перинатальном центре были проведены срочные роды. По результатам обследования ребенку был выставлен диагноз: «1. Врожденная пневмония, средней тяжести, острое течение, дыхательная недостаточность II степени. 2. ВПС — общий открытый атриовентрикулярный канал. Гипоплазия дуги арты. Открытый артериальный проток. Сопутствующие: синдром Дауна, простая форма. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС».

**Заключение.** Своевременная пренатальная диагностика позволяет избежать рождения детей с множественными аномалиями развития, что значительно снижает риск осложнений и улучшает прогноз для здоровья и благополучия семьи. Решение родителей сохранить беременность, несмотря на высокие риски, требует уважения и понимания. Однако в таких случаях важно предоставить семье всю информацию о возможных исходах, осложнениях и методах их предотвращения.

# Характеристика бронхиальной астмы у детей в зависимости от аллергологического анамнеза

А.А. Бабкин

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Российская Федерация

**Цель исследования.** Проанализировать анамнестические данные и степень тяжести бронхиальной астмы (БА) у детей.

**Пациенты и методы.** Всего включены 536 детей, госпитализированных в краевой стационаре в период с 01.01.2020 по 31.12.2023 с диагнозом БА, пациенты с отягощенным аллергологическим анамнезом по I и II линии – I группа ( $n = 417$ ), анамнез не отягощен – II группа ( $n = 119$ ). Проведен клинический осмотр пациентов. Описание количественных показателей выполнено с указанием медианы (Me) и межквартального интервала [25-го; 75-го]. Для малой выборки определялся критерий хи-квадрат Пирсона.

**Результаты.** Средний возраст пациентов I группы составил 10,67 [8; 13] года, II группы – 10,56 [8; 13] года. Дебют БА в I группе составил 5,10 [3; 7] года, во II группе – 5,86 [3; 8] года. Пациенты I группы рождены от 2,39 [1; 3] беременности, 1,83 [1; 2] родов, II группы – от 2,27 [1; 3] беременности и 1,83 [1; 2] родов. Грудное вскармливание в I группе фиксировали в 44,4% (185) случаев, во II группе – в 42% (42) случаев ( $p > 0,05$ ). Смешанное вскармливание превалировало у 142 (34%) детей из I группы и 49 (41,2%) пациентов из II группы ( $p > 0,05$ ). Искусственное вскармливание регистрировали в 21,6% (90) случаев в I группе и в 16,8% (20) случаев во II группе ( $p > 0,05$ ). Средняя продолжительность грудного вскармливания составила для I группы 10,73 [4; 14] мес, для II группы – 10,38 [4; 14] мес. Легкая степень БА регистрировалась у 69 (16,5%) детей I группы и 28 (23,5%) пациентов II группы ( $p > 0,05$ ). Среднетяжелую БА фиксировали в 1,4 раза чаще во II группе, тогда как тяжелую – в 2,2 раза чаще у детей I группы ( $p < 0,05$ ). Поливалентную сенсибилизацию регистрировали в 1,8 раза чаще у пациентов I группы ( $p = 0,049$ ).

**Заключение.** Дебют БА приходится на дошкольный возраст и характерен для детей, рожденных от 2-й беременности и 2-х родов. Каждый второй пациент находился на грудном вскармливании. Средняя продолжительность грудного вскармливания для детей составила 10,38–10,73 мес. Для пациентов с неотягощенным аллергологическим анамнезом в 1,4 раза чаще характерна среднетяжелая БА, тогда как тяжелая БА в 2,2 раза чаще регистрируется у детей с отягощенным аллергологическим анамнезом.

# Инвазивный микоз у детей как потенциально жизнеугрожающее состояние при иммуносупрессии на фоне полихимиотерапии (клинический случай)

А.А. Быцанев

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, Луганск, Российская Федерация

**Актуальность.** Грибковые поражения у детей, получающих полихимиотерапию (ПХТ), представляют серьезную проблему из-за высокой смертности, сложности диагностики и лечения. Изучение данных особенностей необходимо для улучшения прогноза у пациентов с иммуносупрессией.

**Цель исследования.** Анализ клинического случая инвазивного микоза у ребенка на фоне ПХТ острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ).

**Пациенты и методы.** Исследование основано на ретроспективном анализе медицинской карты ребенка Б., 6 лет, проходившего лечение в детском онкогематологическом отделении (ДОГО), г. Луганск с диагнозом: «ОЛЛ, FAB-вариант L1, стандартная группа риска. Миелосупрессивный синдром. Поражение ЦНС, эпилептический синдром».

Оценены анамнез, результаты клинического осмотра, лабораторных и инструментальных исследований, динамика лечения и исход. Соблюдены этические принципы и конфиденциальность данных.

**Результаты.** Пациент Б., 6 лет, госпитализирован в ДОГО в сентябре 2023 г. с целью проведения II протокола. Из анамнеза известно, что ребенок болен с апреля 2023 г., когда по м/ж был заподозрен ОЛЛ, подтвержденный в ДОГО, FAB-вариант L1, стандартная группа риска. Лечение по программе ALLIC-BFM (I и M протокол), за период которого отмечены частые эпизоды обширных грибко-

вых стоматитов с поражением слизистой оболочки твердого и мягкого неба. Во время проведения II протокола на фоне тяжелой цитопении утром 19.10.2023 у ребенка начался приступ потери сознания и тяжело купирующихся тонико-клонических судорог, в связи с чем пациент был переведен в реанимацию. МРТ головного мозга (ГМ) в динамике: 20.10.2023 признаки двухстороннего поражения подкоркового, перивентрикулярного белого вещества лобных, теменных, височных и затылочных долей, а также в правой гемисфере мозжечка; к 05.12.2023 остались только признаки перивентрикулярной лейкопатии. Решение о грибковом поражении ГМ базировалось на методе *ex juvantibus* — положительная динамика в ответ на противогрибковые препараты (орунгал + вориконазол) на фоне противосудорожной терапии.

**Заключение.** Инвазивные микозы у детей на фоне ПХТ связаны с высоким риском осложнений и требуют особого внимания. Изученный случай подчеркивает важность своевременной диагностики, основанной на данных клинического наблюдения, лабораторных и инструментальных исследований, а также комплексного лечения и индивидуальной профилактики микозов. Дальнейшее изучение таких случаев позволит улучшить подходы к ведению пациентов с иммуносупрессией, повысив эффективность диагностики, лечения и профилактики.

# Фекальный кальгранулин (S100A12) как потенциальный неинвазивный инструмент диагностики и мониторинга воспалительных заболеваний кишечника

Г.А. Гарина, М.А. Ханафина

Городская детская больница № 1, Казань, Российская Федерация

**Актуальность.** Эндоскопические методы обычно не используются для мониторинга заболевания в детском возрасте из-за их инвазивности. S100A12 является возможной альтернативой ileоколоноскопии при диагностике и мониторинге язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК).

**Цель исследования.** Изучить диагностическое значение фекального кальгранулина при БК и ЯК у детей.

**Пациенты и методы.** В исследование вошли 118 больных с воспалительными заболеваниями кишечника (63 мальчика и 55 девочек) и 30 условно-здоровых детей (14 мальчиков и 16 девочек). Средний возраст – 14 лет ( $Q_1-Q_3$  – 11–16). У всех детей определяли уровень фекального кальгранулина методом иммуноферментного анализа (Cloud-clone Corp., США, единица измерения – пг/мл) в зависимости от клинической, лабораторной, эндоскопической и гистологической активности заболевания.

**Результаты.** У детей как с БК ( $Me$  – 234,8 пг/мл,  $Q_1-Q_3$  – 92,6–404,8), так и с ЯК ( $Me$  – 168,6 пг/мл,  $Q_1-Q_3$  – 63,9–395,1) показатели кальгранулина были статистически значимо выше, чем у детей из группы контроля ( $Me$  – 107,3 пг/мл,  $Q_1-Q_3$  – 54,6–165,3);  $p < 0,05$ . Уровень биомаркера при активной форме БК согласно

педиатрическому индексу активности БК (PCDAI) был выше ( $Me$  – 275,4 пг/мл;  $Q_1-Q_3$  – 217,9–413,9), чем в фазе клинической ремиссии ( $Me$  – 67,4 пг/мл;  $Q_1-Q_3$  – 54,7–89,1);  $p = 0,013$ . Также уровень кальгранулина был выше у детей с эндоскопически активной формой БК ( $Me$  – 273,5 пг/мл;  $Q_1-Q_3$  – 218,6–438,4) по сравнению с детьми в неактивной фазе заболевания ( $Me$  – 56,3 пг/мл;  $Q_1-Q_3$  – 51,6–85,5);  $p = 0,003$ . Показатели фекального кальгранулина не различались в зависимости от клинической и эндоскопической активности ЯК. Корреляционный анализ концентрации кальгранулина с показателями лабораторной активности не выявил значимой связи. Концентрация кальгранулина не различалась в зависимости от гистологической активности как ЯК, так и БК.

**Заключение.** Фекальный кальгранулин может использоваться в качестве дополнительного неинвазивного диагностического маркера ВЗК в детском возрасте. Его высокий уровень может указывать на активную форму БК и являться одним из маркеров, определяющих показания к ileоколоноскопии, особенно в динамике заболевания. Фекальный кальгранулин не показал эффективности в выявлении клинической и эндоскопической активности ЯК и определении гистологической активности как БК, так и ЯК.

# Сравнительный анализ пищевого поведения детей дошкольного возраста, проживающих в малых и крупных городах

В.О. Головина

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Российская Федерация

**Актуальность.** Глобальная проблема ожирения затрагивает все страны. Процент детей с ожирением вырос с 2 до 8% с 1990 г. Это подчеркивает необходимость комплексного подхода к борьбе с ожирением, учитывая все регионы и социальные слои.

**Цель исследования.** Изучить особенности пищевого поведения у детей дошкольного возраста в малых и крупных городах.

**Пациенты и методы.** Работа проводилась в г. Нязепетровске (население – 10 198 человек) и г. Челябинске (население – 1 182 517 человек). В исследовании приняли участие 126 родителей детей дошкольного возраста. Группа 1 – г. Нязепетровск (61 человек), группа 2 – Челябинск (65 человек). Использовали одновременное анкетирование родителей с помощью площадки Yandex Forms. Для статистического анализа применяли программу Statistica версии 6.0, непараметрические методы. Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** При анализе индекса массы тела (ИМТ) родителей определили, что в группе 1 достоверно больше родителей имеют избыточную массу тела и ожирение: 15 (25%) женщин и 25 (41%) мужчин, в группе 2 – только

7 (11%) женщин и 18 (28%) мужчин ( $p < 0,05$ ). В группе 1 статистически достоверно больше, чем в группе 2, дети употребляют соки – 44 (24%) / 28 (19%) и чай с сахаром – 44 (24%) / 20 (13%) ( $p < 0,001$ ). Большинство детей имеют перекусы в своем рационе – 59 (97%) в группе 1 и 65 (100%) в группе 2 ( $p > 0,05$ ). Чаще на перекусы у детей используют фрукты – 47 (25%) / 52 (27%), печенье – 35 (18%) / 36 (19%), булочки – (28 (15%) / (14%) ( $p > 0,05$ ). Следует отметить, что в группе 1 и группе 2 дети дошкольного возраста в рационе часто используют «вредные продукты»: чипсы – 34 (56%) / 36 (55%), кетчуп – 32 (53%) / 28 (43%), сосиски – 51 (84%) / 54 (83%), полуфабрикаты (пицца, пельмени) – 51 (84%) / 53 (82%), шоколад – 53 (87%) / 61 (94%), попкорн – 22 (39%) / 54 (83%). Статистически достоверно чаще в мегаполисе дети употребляют картофель фри – 33 (54%) / 50 (77%) ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** В малом и крупном городах родители детей дошкольного возраста имеют избыток массы тела и ожирение, что может косвенно указывать на неправильный образ жизни. В обоих городах в рационе питания детей часто присутствуют «вредные продукты».

# Мочевая кислота – значимый маркер развития артериальной гипертензии у детей в Краснодарском крае

Е.С. Гурина

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Российская Федерация

**Актуальность.** Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и гиперурикемии (ГУ) увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений в 5 раз, в связи с чем таким пациентам необходим регулярный мониторинг уровня мочевой кислоты в сыворотке крови.

**Цель исследования.** Определить роль гиперурикемии как фактора риска развития первичной АГ у детей и подростков в Краснодарском крае.

**Пациенты и методы.** В исследовании приняли участие 142 ребенка с первичной АГ, находившиеся на обследовании и лечении в Детской городской клинической больнице г. Краснодара в период 2022–2024 гг. Диагностическая программа включала в себя анализ возрастной структуры пациентов, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и определение индекса массы тела (ИМТ).

**Результаты.** Среди пациентов преобладали мальчики (65,5%) над количеством девочек (34,5%). Возраст от 8 до 17 лет, средний – 15 лет. Распределение уровня мочевой кислоты (МК) в зависимости от возраста выглядит следующим образом: в возрастной группе 8–11 лет нормальный уровень МК выявили у 80% пациентов, а у 20% выявлена гиперурикемия; в 12–14 лет у 35% пациентов – гиперу-

рикемия, остальным 65% детей этой группы присущ нормальный уровень МК; в 15–17 лет повышенный уровень МК выявлен у 50% детей. По данным СМАД пациенты были разделены на 3 группы: дети с лабильной АГ – 53%, со стабильной АГ 1-й степени – 32% и со стабильной АГ 2-й степени – 15%. В группе детей с лабильной АГ ГУ была выявлена в 28% случаев; у пациентов со стабильной АГ 1-й степени – у 37%, а со стабильной АГ 2-й степени – у 45% детей. Средний ИМТ у пациентов с ГУ – 30, среди них избыточная масса тела – у 13%, ожирение 1-й степени – у 28%, ожирение 2-й степени – у 8%, ожирение 3-й степени – у 3%; в сравнении с группой без значимого повышения МК: средний ИМТ – у 27%, избыточная масса тела – у 5%, ожирение 1-й степени – у 14%, ожирение 2-й и 3-й степени не зарегистрировано.

**Заключение.** Результаты проведенного нами исследования показали наличие взаимосвязи ГУ с возрастом, со степенью АГ и ИМТ. Это свидетельствует о значении ГУ в качестве важного биохимического маркера развития АГ у детей, который дает возможность своевременно воздействовать на патологические состояния в самом начале их развития.

# К вопросу о кровоизлиянии в ЦНС у новорожденных детей в раннем неонатальном периоде

Н.Ф. Ждановская

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Кровоизлияния в центральную нервную систему (ЦНС) приводят к увеличению уровня смертности новорожденных, что обусловлено тяжестью состояния и присоединением вирусно-бактериальной инфекции. Предполагается, что наиболее важным фактором является травмирование внутриутробного ребенка в процессе родов.

**Цель исследования.** Изучить влияние наследственных факторов на генез внутричерепных кровоизлияний.

**Пациенты и методы.** На базе архивных материалов двух родильных домов и двух клинических больниц Москвы изучены данные доношенных новорожденных ( $n = 200$ ): 124 мальчиков и 76 девочек, которым в раннем неонатальном периоде был выставлен диагноз внутрижелудочкового и субарахноидального кровоизлияний. Сведения о детях и их материах были проанализированы по специально разработанной программе. Контрольную группу составили здоровые доношенные дети ( $n = 564$ ). Обработка данных осуществлялась с использованием Python и Excel.

**Результаты.** Полученные данные свидетельствуют о том, что распределение фенотипов групп крови системы АВО и Rhesus было значительно деформировано и отличалось от такового у детей контрольной группы ( $p < 0,01$ ): среди детей с кровоизлияниями преобладали с О (I) группой кро-

ви и положительным резус-фактором и с фенотипом А (II) и отрицательным резус-фактором; среди матерей существенно преобладал фенотип А (II) и отрицательный резус-фактор. Анализ массы тела и роста показал, что больные дети имели меньшие значения длины и массы тела при рождении по сравнению со здоровыми детьми ( $p < 0,01$ ). Эти данные указывают на то, что внутриутробное развитие детей с кровоизлияниями было нарушено, в результате чего к моменту рождения имела место задержка созревания ряда функциональных систем организма. Важное место в задержке созревания принадлежит генотипическим особенностям ребенка. Вероятно, что у этих пациентов наблюдалась и задержка созревания ряда систем гемостаза, при котором ведущая роль принадлежит тромбоцитарному звену с преобладанием ферментной недостаточности.

**Заключение.** Проведенные исследования позволяют предположить, что у ряда детей с видоизмененным генотипом во внутриутробном периоде развития происходит задержка созревания систем гемостаза, и такие пациенты подвержены повышенному риску возникновения кровоизлияний в ЦНС. Требуется разработка профилактических мероприятий во время беременности и перед началом родовой деятельности.

# Грипп у детей: различия клинических и лабораторных данных в зависимости от типа и штамма вируса

Е.Д. Казанцева

Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека, Иркутск, Российская Федерация

**Актуальность.** В развитии заболевания гриппом ключевую роль играют процессы, связанные с перекисным окислением липидов и продукцией цитокинов. Однако количество работ, посвященных изучению различий в клинико-метаболических показателях при разных типах гриппа у детей, остается ограниченным.

**Цель исследования.** Оценка особенностей клинического течения, концентрации ряда цитокинов, а также показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты (ПОЛ-АОЗ) у детей, перенесших грипп, в зависимости от типа и штамма возбудителя.

**Материалы и методы.** В период с 2018 по 2019 г. на базе ОГБУЗ ИОИКБ были обследованы 136 детей с установленным диагнозом гриппа, средний возраст – 3,0 (1,75–5,0) лет. Распределение детей по полу: мальчиков – 64 (47%), девочек – 72 (53%). Для определения типа вируса гриппа использовался метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) на образцах, взятых из носа и ротоглотки. Концентрацию IL-1 $\beta$ , IL-4, IL-6, IL-8, TNF- $\alpha$ , IFN- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ , высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) определяли с помощью иммуноферментного анализа (ИФА), показатели ПОЛ-АОЗ – спектрофотометрическим методом, активность супероксиддисмутазы (СОД) – по методике Н.Р. Misra, I. Fridovich (1972), а концентрации  $\alpha$ -токоферола и ретинола – по методике Р.Ч. Черняускене и соавт. (1984). Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения Statistica 10.0.

**Результаты.** Структура возбудителей гриппа включала: грипп типа А (H1N1) – 10,3% ( $n = 14$ ), А (H3N2) – 24,3% ( $n = 33$ ), А (H1N1) sw2009 – 55,1% ( $n = 75$ ), грипп В – 7,4% ( $n = 10$ ), А (несубтипованный) – 2,9% ( $n = 4$ ). Установлено, что возраст пациентов с гриппом типа В был значительно выше, чем у пациентов с гриппом А, – 5,5 (4,0–11,0) лет,  $p < 0,05$ . Продолжительность ринита при гриппе В составила 1,50 (0,0–4,0) дня, в отличие от гриппа А (H1N1) – 5,0 (4,0–6,0) дней и А (H3N2) – 3,0 (0,0–5,0) дня,  $p = 0,019$  и 0,048 соответственно. При гриппе типа В наблюдались статистически значимо более низкие значения IL-4 – 0,77 (0,35–1,59) пг/мл,  $p < 0,05$ , кетодиенов и сопряженных триенов (КД-СТ) – 0,28 (0,25–0,36) усл. ед.,  $p < 0,05$ ,  $\alpha$ -токоферола – 3,84 (3,21–4,22) мкмоль/л,  $p < 0,05$ , СОД – 1,40 (1,32–1,41) усл. ед.,  $p < 0,05$ , и более высокие уровни IFN- $\gamma$  – 10,34 (5,54–14,78) пг/мл,  $p < 0,05$ , ретинола – 1,24 (1,13–1,48) мкмоль/л,  $p = 0,035$ , по сравнению с показателями, зарегистрированными при других серотипах вируса типа А.

**Заключение.** У детей, инфицированных различными типами и штаммами гриппа, выявлены различия как в клинических проявлениях, так и в лабораторных показателях. Гриппом типа В, в отличие от типа А, чаще болеют дети старшего возраста, у которых наблюдаются менее выраженная симптоматика, а также изменения в системе ПОЛ-АОЗ и цитокиновом профиле. Полученные данные обосновывают необходимость разработки индивидуализированных стратегий лечения детей с гриппом.

# Уровень невротизации подростков с сахарным диабетом 1-го типа, проживающих в условиях затяжного военного конфликта

М.М. Караманешта, Я.Н. Скрибцова, А.Д. Шадрова

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, Луганск, Российская Федерация

**Актуальность.** У подростков часто определяют признаки невротизации. Сахарный диабет 1-го типа (СД1) – заболевание, являющееся персонализированным психотравмирующим фактором, а затяжной военный конфликт выступает стрессовым триггером, усиливающим уровень невротизации.

**Цель исследования.** Оценка уровня невротизации у подростков в зависимости от наличия хронической патологии – СД1 и постоянного региона проживания.

**Пациенты и методы.** В группу исследования (ГИ) вошли 142 подростка с СД1, постоянно проживающие в ЛНР последние 10 лет, стаж заболевания – более 3 лет. Группа сравнения (ГС) – 73 подростка с СД1, постоянно проживающие в г. Ростове-на-Дону, с аналогичным стажем заболевания. Группы были сопоставимы по возрасту и гендерным признакам. Использовали детский опросник неврозов (ДОН) для оценки основных субклинических факторов формирования пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств.

**Результаты.** Заболеваемость подростков СД1 в ЛНР за 2015–2023 гг. выросла в 2 раза, а в 2022–2023 гг. – в 4 раза, что совпадает с началом военного конфликта / СВО и подтверждает стрессозависимость СД1. Уровень невротизации оценивали по шкалам депрессии, астении, поведения, вегетативных расстройств, сна и трево-

ги. У 80,1% пациентов ГС определялся низкий уровень депрессии, средний и высокий уровни не выявлялись, а у большинства пациентов ГИ (64,8%) был средний уровень депрессии ( $p < 0,001$ ). По шкалам астении и вегетативных расстройств – аналогичные тенденции. Шкала астении: ГИ – 54,2% – средний, а треть – низкий уровень; ГС – 85,0% – низкий при отсутствии среднего и высокого уровней ( $p < 0,001$ ). Шкала вегетативных расстройств: ГИ – нарушения среднего и высокого уровней – 52,1 и 14,6% соответственно; ГС – у 80,0% нарушения низкого уровня, средний и высокий уровни не выявлялись ( $p < 0,001$ ). Показательны также результаты шкалы тревоги: ГИ – нарушения среднего и высокого уровней – 58,3 и 16,7% соответственно; ГС – у 75% нарушения низкого уровня, средний и высокий уровни не выявлялись ( $p < 0,001$ ).

**Заключение.** У подростков с СД1 (ЛНР), в отличие от подростков из другого региона (Ростов-на-Дону), зарегистрированы достоверные изменения уровня невротизации по шкалам депрессии, астении, тревожности, вегетативных расстройств. Это подтверждает значимость затяжного военного конфликта как добавочного неуправляемого атрибутивного фактора, оказывающего негативное влияние на течение СД1. Опросник ДОН может использоваться для раннего выявления данных расстройств и последующего динамического наблюдения пациентов с СД1.

## Оценка функционального состояния эндотелия у детей с головными болями

А.А. Клюкина

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Российская Федерация

**Актуальность.** Дисфункция эндотелия является одним из важных показателей риска сердечно-сосудистых заболеваний, таких как инсульт, инфаркт, ишемическая болезнь сердца. Методы доклинической скрининг-диагностики у детей все больше приобретают актуальность.

**Цель исследования.** Изучить параметры функционального состояния эндотелия у детей с головными болями.

**Пациенты и методы.** Исследовалась основная группа детей с головными болями ( $n = 39$ ), проходивших обследование в неврологическом отделении ЧОДКБ. Группу контроля составили условно-здоровые дети, сопоставимые по полу и возрасту ( $n = 15$ ). Функциональное состояние эндотелия оценивали с помощью трекера здоровья AngioCode-301, работа которого основана на фотоплетизмографии. Статистический анализ проводили с помощью программы Statistica 6.0. Статистическая достоверность при  $p < 0,05$ . Проводилось анкетирование по образу жизни.

**Результаты.** При оценке образа жизни определили, что в основной группе 85% детей не делают утреннюю зарядку, в секции занимаются 41%. Жесткость сосудов в основной и в контрольной группах была в пределах нормы. В основной группе у 74% тип пульсовой волны С, хорошее состо-

жение артериальной стенки, у 5% тип В, имеются факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, у 21% тип А, наличие нарушений состояния здоровья. В основной группе у 67% детей пульс ниже 90 уд./мин, у 18% пульс от 90 до 100, у 15% – более 100. В контрольной группе у 87% пульс был ниже 90 ( $p < 0,05$ ). Насыщение кислородом в обеих группах было в пределах нормы – 95% и выше. У 10% детей основной группы длительность систолы умеренно снижена, у 62% – нормальная длительность систолы, у 5% детей – умеренное превышение длительности систолы, у 5% – выраженное превышение. В контрольной группе нормальную систолу определили у 100% детей. Вегетативный индекс Кердо в основной группе составил: 48% – симпатикотонический тип регуляции, 44% – эйтония, 8% – парасимпатический тип. В контрольной группе у большинства – симпатикотонический тип (87%).

**Заключение.** Оценка функционального состояния эндотелия у детей с головными болями представляет собой эффективный метод скрининг-диагностики с возможностью раннего определения эндотелиальной дисфункции. Методика неинвазивная, доступная, с затратой минимального количества времени, информативная, мотивирующая на здоровый образ жизни.

# Структура нежелательных реакций при использовании иммунобиологических препаратов

Т.О. Кожевникова, З.В. Азыдова

Детская городская поликлиника № 1, Астрахань, Российская Федерация  
Городская поликлиника № 5, Астрахань, Российская Федерация

**Актуальность.** Актуальность обусловлена снижением иммунной прослойки вакциноуправляемых инфекций. Знание возможных реакций при использовании вакцин и анатоксинов может помочь как предупредить пациента, так и быстрее распознать реакцию.

**Цель исследования.** Проанализировать структуру нежелательных лекарственных реакций при использовании вакцин, анатоксинов.

**Пациенты и методы.** Проведен ретроспективный анализ сообщений о нежелательных лекарственных реакциях по данным автоматизированной системы АИС «Росздравнадзор» в период с 2010 по 2019 г. Для определения степени достоверности причинно-следственной связи «лекарство – НПР» использовали алгоритм Наранжо. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы MS Excel 2010.

**Результаты.** Общее число нежелательных лекарственных реакций за период с 2010 по 2019 г. включительно в системе АИС «Росздравнадзор» на вакцины и анатоксины – 53. При проведении анализа выявлено, что нежелательные реакции возникали при использовании цельноклеточных вакцин против дифтерии, коклюша, столбняка; пневмококковой инфекции; бешенства; реакции на анатоксин столбнячный. По клиническим проявлениям чаще нежелательные лекарственные

реакции проявились в виде гипертермии (49,1%), отмечены местные реакции (24,5%), 2 реакции проявились в виде анафилактического шока (3,8%) на введение столбнячного анатоксина и ботулинического антитоксина. Серьезными было признано 18,9% реакций (10 из 53 случаев), из них 3 (на антитоксин ботулинический, анатоксин столбнячный, вакцину против кори живую аттенуированную) – с угрозой для жизни. Исходами чаще являлись выздоровление и улучшение состояния – 37,7% (20 случаев) и 52,8% (28 случаев) соответственно. Было выявлено в ходе анализа выздоровление с последствиями, что составило 3,8% (2 реакции на антитоксин столбнячный), и состояние без изменения (1,9%) (1 реакция на вакцину для профилактики бешенства).

**Заключение.** Исследование показало, что исходами нежелательных реакций при использовании иммунобиологических препаратов становятся в основном выздоровление и улучшение состояния. По клиническим проявлениям распространены реакции в виде гипертермии, важным дополнением в извещение о нежелательной реакции могла бы стать информация о температурной реакции в цифрах и расшифровка последствий в категории «выздоровление с последствиями». Дальнейший мониторинг нежелательных реакций иммунобиологических препаратов важен для контроля за безопасностью.

## Задержка речевого развития у детей

А.К. Кольцова, М.Н. Семенов, С.И. Журавлева

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары, Российская Федерация

**Актуальность.** Актуальность исследования связана с возрастающим количеством случаев задержки речевого развития у детей и недостаточной активностью части родителей в решении этой проблемы, что негативно оказывается на формировании базовых коммуникативных навыков ребенка.

**Цель исследования.** Выявление причин возникновения у детей задержки речевого развития, а также разработка простых рекомендаций для их родителей.

**Пациенты и методы.** Студентами 6-го курса ЧГУ им. Ульянова была совместно разработана развернутая анкета для родителей, состоящая из 55 вопросов и включающая в себя блоки вопросов, затрагивающих социальный анамнез, биологический анамнез, объективную оценку речи ребенка его родителями, развернутые вопросы об уровне развития психомоторики ребенка, интересах и досуге. Анализ полученных результатов был осуществлен методом среднего арифметического признака.

**Результаты.** В процессе исследования было получено 80 анкет, из них для дальнейшего анализа отобрано 53 анкеты. Дети были разделены по полу и возрасту на 3 группы: с 1 года до 2,5 лет, с 2,5 лет до 6 лет и старше 6 лет. Мальчики в группе от 2,5 до 6 лет показали более высокий уровень задержки речевого развития, что нами связывалось с более высокими показателями отсутствия чтения. Из всех опрошен-

ных 75% детей устроены в детские образовательные учреждения, из них 11% имели проблемы с адаптацией, проявляющиеся в виде плаксивости, замкнутости, нежелания играть с другими детьми, т. е. имели место проблемы с социализацией. В блоке развернутых вопросов, посвященных проблемам в речи, выделенных самими родителями, были получены следующие данные: 35% родителей беспокоила невнятная речь ребенка, 12% – речь «как у маленького», 11% – запинки в речи, 22% родителей ничего не беспокоило. 14% родителей сообщили, что не исправляют речевые дефекты у детей. При анализе досуга детей отмечено, что ежедневный просмотр ТВ-передач более 30% для всех сравниваемых групп, и с возрастом он увеличивался. Так, у девочек в группе 1-2,5 года он составляет 40%, а в группе девочек старше 6 лет – уже 60%, у мальчиков с 1 года до 2,5 лет – 38%, в то время как в группе старше 6 лет – 77,6%.

**Заключение.** У мальчиков в возрастной группе от 2,5 до 6 лет задержка речевого развития выражена в большей степени, чем у девочек, что может быть связано с более высокими показателями отсутствия чтения по сравнению с девочками. Нередко родители относятся равнодушно к своему ребенку – так, 14% респондентов не смогли выделить достоинства своего ребенка. Во всех возрастных группах частота ежедневного просмотра ТВ-передач была более 30%, и с возрастом этот показатель возрастает.

# Уровень магния в сыворотке крови у детей с функциональными расстройствами вегетативной нервной системы

А.А. Кугай

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, Луганск, Российская Федерация

**Актуальность.** Функциональные расстройства вегетативной нервной системы (ВНС) у детей становятся все более распространенной проблемой. Магний, играя ключевую роль в нервной регуляции, является важным фактором, влияющим на развитие и течение этих расстройств.

**Цель исследования.** Оценить уровень магния в сыворотке крови у детей с функциональными расстройствами ВНС для возможного выявления взаимосвязи между дефицитом магния и проявлениями вегетативной дисфункции.

**Пациенты и методы.** Была проведена оценка результатов анализа крови на содержание магния у 50 детей в возрасте от 5 до 17 лет, обратившихся за помощью по поводу слабости и сильной усталости, раздражительности, судорог и болей в мышцах, функциональных расстройств пищеварительной и мочевыводящей систем.

**Результаты.** По уровню магния в сыворотке крови детей разделили на три группы: 1-я ( $Mg \leq 0,74$  ммоль/л) – 40% (20) детей; 2-я ( $Mg = 0,74-1,15$  ммоль/л) – 54% (27) детей; 3-я ( $Mg \geq 1,15$  ммоль/л) – 6% (3) детей. Клинический анализ детей 1-й группы (с явным дефицитом микроэлемен-

та) показал следующее: 55% (11) детей в этой группе имели функциональные расстройства пищеварительной системы (дискинезии, синдром раздраженного кишечника, рефлюксная болезнь), 30% (6) – функциональные расстройства мочевыводящей системы (энурез), 15% (3) – функциональные расстройства нервной системы (церебрастенический синдром). Следовательно, у 40% детей с функциональными расстройствами вегетативной нервной системы установлено патологическое состояние «дефицит магния». В группе детей с дефицитом магния ( $Mg \leq 0,74$  ммоль/л) наиболее часто встречаются функциональные расстройства пищеварительной системы.

**Заключение.** Исследование подтвердило, что у детей с функциональными расстройствами ВНС часто наблюдается снижение уровня магния в сыворотке крови. Данный дефицит усиливает клинические проявления вегетативной дисфункции, включая эмоциональную лабильность, нарушения сна и усталость. Это показывает необходимость включения мониторинга уровня магния в комплексный подход к диагностике и лечению функциональных расстройств ВНС у детей.

## Активность нетоза при внебольничной пневмонии у детей, осложненной деструкцией легочной ткани

С.Р. Кузина

Российский Университет Медицины, Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Деструкция легочной ткани с развитием участков некроза является одним из осложнений внебольничной пневмонии (ВП). Чрезмерная активация нетоза приводит к микроциркуляторным нарушениям в очаге воспаления, что может быть причиной тяжелого течения ВП.

**Цель исследования.** Подтвердить активацию процесса нетоза с образованием нейтрофильных внеклеточных ловушек (НВЛ) в различных биологических средах у детей с ВП, осложненной деструкцией легочной ткани.

**Пациенты и методы.** Обследованы 27 детей (средний возраст  $5,4 \pm 3,4$  года) с деструктивной пневмонией: мальчиков 13 (48%), девочек 14 (52%). НВЛ определялись в у. е. методом иммуноферментного анализа детекции комплексов миелопероксидазы с ДНК. Выявление ДНК в плазме крови, среде бронхоальвеолярного лаважа (БАЛ) и плевральной жидкости (ПЖ) проводили с помощью флуоресцентного красителя PicoGreen. В 11 (40,7%) случаях уровень НВЛ исследовался при поступлении и через 5–7 дней. Группа контроля представлена 3 детьми с инородным телом бронха.

**Результаты.** Анализ проб плазмы крови, среды БАЛ и ПЖ проведен в 66, 58 и 39 случаях соответственно. Результаты 2 методов исследования НВЛ оказались сопоставимыми. При поступлении уровень НВЛ во всех средах был высоким в сравнении с группой контроля. Содержание НВЛ, в отличие от плазменного уровня, было

выше в смыве БАЛ и ПЖ (11,7 и 37,7 раза соответственно). Среди 11 пациентов нарастание уровня НВЛ в плазме крови в динамике заболевания диагностировано у 5 детей (Me 180 [131; 259] у. е. → Me 205 [150; 408] у. е.), в среде БАЛ – у 7 пациентов (Me 513 [262; 3837] у. е. → Me 2850 [1802; 5551] у. е.). Снижение уровня НВЛ определялось в плазме крови у 7 детей из 11 (Me 272 [142; 293] у. е. → Me 139 [47; 201] у. е.;  $p = 0,02$ ), в среде БАЛ – в 5 случаях (Me 1185 [151; 7481] у. е. → Me 163 [69; 4897] у. е.;  $p = 0,04$ ). Снижение НВЛ ассоциировано с более выраженным лейкоцитозом (Me 16,6 [13; 29] тыс./мкл vs Me 11 [6; 22] тыс./мкл), нейтрофилезом (Me 13 [9; 26] тыс./мкл vs Me 10 [4; 16] тыс./мкл) и повышением СРБ (Me 272 [142; 294] мг/л vs Me 139 [47; 201] мг/л), выявленными при госпитализации в стационар ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Развитие деструкции легочной ткани при ВП является результатом дисбаланса между защитной и негативной ролью НВЛ в условиях воспаления, вызванного определенными возбудителями. При этом возможны как усиленный нетоз, так и нарушение механизмов устранения НВЛ. Динамика уровня НВЛ в различных средах разнородная и зависит от тяжести воспаления. Повышение уровня НВЛ в дебюте ассоциировано с более высоким уровнем маркеров воспаления. Необходимы дальнейшие исследования для оценки влияния активности нетоза на течение и исходы заболевания.

# Уровень фактора, индуцируемого гипоксией, 1-альфа (HIF-1 $\alpha$ ) в сыворотке крови у детей с внебольничной пневмонией

Е.В. Лигская

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Среди острых заболеваний органов дыхания пневмония протекает наиболее тяжело. Одним из главных факторов тяжести течения пневмонии является наличие гипоксии.

**Цель исследования.** Определить и сравнить уровень фактора, индуцируемого гипоксией, 1-альфа (HIF-1 $\alpha$ ) в сыворотке крови у детей с внебольничной пневмонией и острыми инфекциями верхних дыхательных путей (ОИВДП).

**Пациенты и методы.** Исследование проведено на базе ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ». В исследование были включены дети от 1 до 10 лет: 33 ребенка, госпитализированных по поводу внебольничной пневмонии (15 мальчиков и 18 девочек,  $M_e$  возраста 5 лет), и 26 детей, госпитализированных с ОИВДП (15 мальчиков и 11 девочек,  $M_e$  возраста 3 года). Определение уровня HIF-1 $\alpha$  проводилось с помощью иммуноферментного анализа (ИФА) в сыворотке из образцов периферической венозной крови, отобранных в 1-е сут госпитализации.

**Результаты.** Статистически значимых различий между группами по полу и возрасту не наблюдалось ( $p > 0,05$ ). По результатам проведенного исследования медиана сывороточного уровня HIF-1 $\alpha$  в 1-е сут госпитализации в группе детей с внебольничной пневмонией составила 116,05 пг/мл, межквартильный размах — 81,61–126,77 пг/мл. В группе детей с ОИВДП медиана сывороточного уровня

HIF-1 $\alpha$  составила 81,03 пг/мл, межквартильный размах — 67,06–88,97 пг/мл. Различия между группами были статистически значимыми ( $p < 0,001$ ). В дальнейшем была проведена оценка зависимости сывороточного уровня HIF-1 $\alpha$  у детей с внебольничной пневмонией в зависимости от наличия дыхательной недостаточности. В подгруппе детей с признаками дыхательной недостаточности на момент госпитализации (7 пациентов) медиана уровня HIF-1 $\alpha$  составила 117,85 пг/мл, межквартильный размах — 100,27–133,70 пг/мл. В подгруппе детей без признаков дыхательной недостаточности на момент госпитализации (26 пациентов) медиана уровня HIF-1 $\alpha$  составила 112,77 пг/мл, межквартильный размах — 74,39–126,02 пг/мл. Различия между группами не были статистически значимыми ( $p = 0,355$ ).

**Заключение.** Уровень HIF-1 $\alpha$  в сыворотке крови у детей при внебольничной пневмонии достоверно выше, чем при ОИВДП. Однако связи между уровнем HIF-1 $\alpha$  и наличием дыхательной недостаточности у детей с внебольничной пневмонией нам установить не удалось. Можно предположить, что уровень HIF-1 $\alpha$  в большей степени зависит от иных факторов, нежели от дыхательной недостаточности. Для уточнения этих факторов необходимы дальнейшие исследования с включением большего числа пациентов и оценкой в динамике уровня HIF-1 $\alpha$ .

# Скрининг-диагностика адаптационного потенциала сердечно-сосудистой системы у детей школьного возраста

**В.С. Макович**

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Российская Федерация

**Актуальность.** Проблема ранней диагностики сердечно-сосудистой патологии у детей приобретает актуальность. Это обусловлено риском развития во взрослой жизни сердечно-сосудистых заболеваний. Требуются возможности ранней скрининговой диагностики.

**Цель исследования.** Провести скрининг-диагностику сердечно-сосудистой системы у детей школьного возраста.

**Пациенты и методы.** В исследовании приняли участие учащиеся 8–9-х классов (31 человек). Девочки – 12 (39%), мальчики – 19 (61%). Средний возраст составил 15 лет. Анализ функционального состояния сердечно-сосудистой системы проводили при помощи кардиотрека AngioCode-301. В качестве интегрального показателя состояния резервов сердечно-сосудистой системы рассчитывали адаптационный потенциал по формуле Р.М. Баевского. Оценивали индекс Кердо – показатель состояния вегетативной нервной системы.

**Результаты.** При оценке антропометрического индекса ИМТ/возраст (BAZ) определили, что 15 (48%) детей имеют нормальные значения массы тела (от -1 до +1 SDS), 5 (16%) – легкую недостаточность питания (от -2 до -1 SDS), 2 (6%) – дефицит массы тела (< -2 SDS), 6 (19%) – избыток массы тела (+1–2 SDS), 2 (6%) – ожирение (> +2 SDS).

22 (71%) человека имели отрицательные значения величины процента жесткости сосудов (среднее значение – -14,65), 9 (29%) человек – положительные значения (среднее значение – +10,34).

Тип пульсовой волны С определили у 25 (81%), что свидетельствует о хорошем состоянии артериальной стени, тип В (возможно, имеются факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний) – у 2 (7%). Тип А (неудовлетворительное состояние, вероятно наличие нарушений состояния сердечно-сосудистой системы) – у 4 (13%) человек. Оценка уровня адаптации по Баевскому показала, что удовлетворительный уровень отмечался у 26 (84%) пациентов, напряжение адаптации – у 4 (13%), неудовлетворительная адаптация – у 1 (3%). Индекс Кердо показал, что 24 (78%) имеют симпатикотонический тип регуляции, 1 (3%) – эйто-нию, 6 (19%) – ваготонический тип регуляции.

**Заключение.** По данным исследования определено, что скрининг функционального состояния сердечно-сосудистой системы у детей дает возможность ранней диагностики изменений, которые следует учитывать при организации диспансерных осмотров детей школьного возраста, что способствует более качественному подходу с выделением групп риска по формированию данной патологии.

# Влияние экскреторно-секреторного продукта *O. felineus* на баланс Th17/Treg в культуре клеток больных бронхиальной астмой *in vitro*

А.П. Мелентьева

Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Российская Федерация

**Актуальность.** Воздействие гемозина печеночной двуустки на дендритные клетки больных бронхиальной астмой ассоциировано с выработкой IL-10, который усиливает выработку Treg-клеток. Клетки Th17 способствуют воспалению, тогда как Treg поддерживают иммунный гомеостаз.

**Цель исследования.** Выяснить влияние экскреторно-секреторного продукта *O. felineus* на баланс Th17/Treg в культуре клеток больных бронхиальной астмой *in vitro*.

**Пациенты и методы.** Методом магнитного сортирования из периферической крови двух групп пациентов в возрасте от 12 до 17 лет ( $n = 20$ , средний возраст  $14,43 \pm 1,82$ ), проживающих в г. Томске и в районах Томской области с высокой распространенностью описторхоза, выделены дендритные и Т-клетки. Методом иммуноферментного анализа (ELISA) оценена продукция IL-17A и IL-10 Т-клетками при сокульттивировании дендритных клеток с антигеном *Dermatophagoides pteronyssinus* и антигеном *Dermatophagoides pteronyssinus* в сочетании с гемозоином.

**Результаты.** При сравнении уровня изучаемых цитокинов в культуре дендритных клеток пациентов с бронхиальной астмой (группа 1) и бронхиальной астмой и описторхозом (группа 2) были получены следующие результаты. Уровень IL-17A оказался статистически значимо выше в первой группе по сравнению со второй. У больных бронхиальной астмой и бронхиальной астмой с описторхозом уровень IL-17A без стимуляции был равен  $18^*$  (15,13; 27,41),  $7,62^*$  (5,12; 14,79), при сокульттивировании дендритных клеток с аллергеном клеща домашней пыли —  $17,18^*$  (15,54; 27,11),  $6,12^*$  (5,36; 15,95), при добавлении к культуре гемозина —  $17,59^*$  (15,75; 50,12),  $4,41^*$  (2,67; 5,85) пг/мл соответственно ( $p < 0,05$ ). В культуре клеток больных бронхиальной астмой уровень IL-10 оказался статистически значимо выше при добавлении к культуре не только аллергена, но и гемозина ( $p < 0,05$ ).

**Заключение.** Таким образом, гемозоин вносит свой вклад в баланс Th17/Treg, способствуя активации регуляторных клеток, которые могут улучшить противовоспалительный иммунный ответ при аллергической астме.

## Гемофагоцитарный синдром — клинические портреты

П.И. Миглан, А.Е. Шнайдер, И.С. Мещеряков

Областная клиническая больница № 1, Тюмень, Российская Федерация

**Актуальность.** Гемофагоцитарный синдром (ГФС) объединяет группу тяжелых иммуноопосредованных жизнеугрожающих состояний. Ввиду низкой распространенности, разнообразия этиологических причин заболевание имеет трудности в своевременной диагностике, что влияет на исход.

**Цель исследования.** Исследование особенностей ГФС при различных нозологиях посредством проведения ретроспективного анализа историй болезни пациентов.

**Пациенты и методы.** Выполнен анализ 5 историй болезни пациентов с первичным и вторичным гемофагоцитарным лимфогистиоцитозом от 0 до 14 лет. Особое внимание уделялось клиническим проявлениям в зависимости от природы основного заболевания, лабораторным показателям (ОАК, ферритин, триглицериды), выделению особенностей в зависимости от нозологии.

**Результаты.** Проанализировано 5 случаев ГФС: 2 первичных (40%), 3 вторичных (60%). Первичный ГФС представлен случаями Х-сцепленного лимфопролиферативного синдрома: 1 случай подтвержден генетически (мутация в гене *SH2D1A*), второй — вероятен. 3 случая вторичного ГФС были связаны с системной аутоиммунной патологи-

ей — юношеским артритом с системным началом (100%). В структуре распределения по полу ГФС в случаях первичных форм 100% заболевших мальчики, вторичных — 100% девочки. Средний возраст пациентов на момент дебюта первичного ГФС — 4,5 года (1 год и 8 лет), вторично-го — 10 лет. Всем случаям первичного гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза предшествовала инфекция (в 100% случаев верифицирован вирус Эпштейна — Барр). Вторичный ГФС в 66,6% случаев был сопряжен с дебютом системной аутоиммунной патологии, в 33,4% — на фоне течения установленного диагноза и получаемой иммуносупрессивной терапии (ГИБП канакинумаб + метотрексат). Первичный ГФС в 100% случаев имел летальный исход, вторичные формы разрешились на фоне пульс-терапии, ВВИГ, ГИБП.

**Заключение.** ГФС является тяжелым жизнеугрожающим состоянием, требующим ранней диагностики. Нередко в случаях первичного ГФС диагностика крайне затруднена ввиду множества масок заболевания, что ведет к позднему началу лечения и ухудшению прогноза пациента. Вторичный ГФС имеет более благоприятное течение и раннюю диагностику ввиду большей осведомленности и настороженности специалистов.

## Физическое развитие и риск остеопении у подростков: результаты исследования

Т.С. Радченко

Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск, Российская Федерация

**Актуальность.** По статистике, к 17 годам на первое место выходит ортопедическая патология. Высокая частота остеопенических состояний и распространенность высокого типа физического развития у детей подросткового возраста определяют актуальность данного исследования.

**Цель исследования.** Изучение распространенности остеопенического синдрома и его взаимосвязи с высоким типом физического развития у детей подросткового возраста.

**Пациенты и методы.** В исследовании участвовали 302 ребенка возраста от 17 до 17 лет 11 мес 31 дня, не принимавшие кальцийсодержащих препаратов в течение последнего года и давшие предварительное письменное согласие на участие. Гендерное распределение составило: 204 девочки (67,5%) и 98 мальчиков (32,5%). Все обследуемые прошли объективный осмотр, антропометрию и остеоденситометрию на аппарате УЗ-денситометра MiniOmni. Оценка физического развития проводилась с использованием программного обеспечения BO3 AntroPlus.

**Результаты.** Анализ данных показал, что остеопения была зарегистрирована у 56,4% ( $n = 170$ ) обследованных. Из них нарушения плотности костной ткани у девушек были выявлены в 46% ( $n = 94$ ) случаев с отклонениями Z-критерия. У юношей остеопенический синдром был зарегистрирован в 48% случаев ( $n = 47$ ). Оценка физи-

ческого развития показала, что среди юношей высокий рост ( $> 186$  см) имели 19 (19,4%) подростков, из которых у 12 (63%) было выявлено снижение костной прочности. В этой группе 41,7% ( $n = 5$ ) имели тенденцию к снижению прочности, 33,3% ( $n = 4$ ) — умеренное снижение и 25% ( $n = 3$ ) — выраженное снижение, соответствующее остеопорозу. Среди юношей с высокой массой тела ( $> 80,1$  кг) остеопения была выявлена у 20 (80%) из 25 человек. В группе с избыtkом массы тела отклонение Z-критерия от нормы было установлено в 77,3% случаев, остеопороз — в 25%. Среди девушек высокий рост ( $> 170,4$  см) имели 40 человек, из которых у 19 (47,5%) было выявлено снижение костной прочности. В группе с высокой массой ( $> 68,0$  кг) снижение костной прочности зарегистрировано у 24 (75%) из 32 человек.

**Заключение.** Было установлено, что высокий тип физического развития у детей подросткового возраста является значимым фактором, влияющим на состояние костной прочности. Остеопенический синдром выявлен более чем у половины обследованных подростков. Результаты исследования подтверждают, что избыток массы тела и ожирение являются важными факторами риска остеопении. В группе подростков с повышенным индексом массы тела остеопенические состояния были выявлены в 77,3% случаев.

# Результаты расширенного неонатального скрининга в Астраханской области

Я.О. Старкова, Р.А. Демидова

Астраханский государственный медицинский университет, Астрахань, Российская Федерация

**Актуальность.** Неонатальный скрининг на 36 заболеваний в данный момент является важнейшим методом для раннего выявления детей с наследственными заболеваниями, их диспансерного наблюдения и лечения детей с врожденными и генетическими патологиями.

**Цель исследования.** Проанализировать динамику выявления наследственных заболеваний в рамках неонатального и расширенного неонатального скрининга на протяжении последних трех лет в Астраханской области.

**Пациенты и методы.** В 2023 г. в рамках реализации приказа Минздрава России от 21.04.2022 № 274н с целью обеспечения своевременного выявления, диспансерного наблюдения и лечения детей с врожденными и/или наследственными заболеваниями (36 болезней) обследованы 9089 новорожденных, в 2022 и 2021 гг. при проведении неонатального скрининга на 5 наследственных болезней через процедуру скринирования прошли соответственно 9208 и 10 331 новорожденный. В работе использовались статистический и аналитический методы исследования.

**Результаты.** По результатам неонатального скрининга в 2021 г. выявлены 5 детей, страдающих врожденным гипотиреозом, 2 ребенка, больных адреногенитальным синдромом, 2 человека — муковисцидозом и 1 — фенилкетонурией (всего 10 случаев наследственных заболеваний).

При продолжении скрининга в 2022 г. было диагностировано 5 случаев врожденного гипотиреоза. В 2023 г. в связи с введением в действие расширенного неонатального скрининга было проведено обследование новорожденных детей на 36 наследственных заболеваний. По итогам установлено 2 случая первичного иммунодефицита, 1 случай спинальной мышечной атрофии и 1 случай наследственной болезни обмена. Кроме того, выявлены 4 ребенка с врожденным гипотиреозом, по 1 ребенку с фенилкетонурией, адреногенитальным синдромом и муковисцидозом (всего 11 случаев). Все дети с выявленными наследственными заболеваниями после проведения уточняющей диагностики взяты под диспансерное наблюдение и получают лечение. Двое детей обеспечиваются лекарственными препаратами по линии фонда «Круг добра».

**Заключение.** С введением в 2023 г. расширенного неонатального скрининга возросло число своевременно диагностируемых врожденных и/или наследственных заболеваний и увеличился диагностический спектр выявляемой патологии. Таким образом, цели, заложенные в основу расширенного неонатального скрининга, достигнуты. Раннее выявление прежде не диагностированных в неонатальном периоде заболеваний позволило провести своевременную коррекцию, назначить терапию, что является важным условием полноценного развития ребенка.

# Акустическая рефлексотерапия в регуляции психоэмоционального статуса, вегетативной нервной системы и расстройств аккомодации у детей с миопией

А.В. Терехова

Офтальмологический центр «Рассвет», ООО «Академоптика», Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** Школьный стресс может стать причиной невротических расстройств, что способно негативно влиять на здоровье ребенка, и в особенности на зрительную систему. Распространенность миопии в мире делает ее важным объектом научных исследований.

**Цель исследования.** Изучение влияния Мезо-Фортетерапии (МФТ) на психологическое состояние детей, страдающих миопией, а также оценка особенностей аккомодационного ответа на алгоритмически дифференцированные музыкально-акустические воздействия.

**Материалы и методы.** Обследованы 14 детей с миопией легкой и средней степени в возрасте от 7 до 13 лет. Сформированы две группы: группа 1 и группа 2 по 7 человек. В соответствии с составленным планом участники обеих групп в полном составе дважды прошли психоdiagностическое и офтальмологическое обследование – до МФТ и после. Группа 1 получила 4 сессии МФТ с алгоритмом HR(–), группа 2 – 4 сессии МФТ с алгоритмом HR(+). Использованы методы анкетирования, наблюдения и опросники из тест-системы «ТЕМП+». Были проведены два теста: «Психомоторный профиль личности» и по шкале невротизации. Тест «Психомоторный профиль личности» позволяет оценить психомоторную активность и энергетические ресур-

сы личности. Тест по шкале невротизации необходим для диагностики невротических симптомов и их выраженности. Офтальмологическое обследование включало компьютерную аккомодографию на аппарате Auto Refract-Keratometer ACOMOREF Righton 2-K. Определяли коэффициент микрофлуктуаций (КМФ) в децибелах. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью U-критерия Манна – Уитни.

**Результаты.** Были выявлены признаки невротических расстройств в обеих группах, подтверждено состояние повышенной психомоторной активности. Влияние МФТ: индекс общей невротизации снизился в группе 1 с 3,1 до 1,6 балла. В группе 2 индекс снизился с 3,6 до 2,4 балла. Индекс психомоторной активности нормализовался в обеих группах. После МФТ с алгоритмом HR(–) КМФ снизился с 65,88 до 59,26 дБ. Алгоритмы HR(+) вызвали повышение КМФ с 72,32 до 79,39 дБ.

**Заключение.** Метод акустической рефлексотерапии «Мезо-Форте» с применением алгоритма HR(–) показал оптимальные результаты в реабилитации невротических расстройств у детей с миопией. Этот алгоритм улучшил психоэмоциональное состояние участников исследования, а также снизил избыточный тонус аккомодации. Алгоритмы HR(+) могут быть эффективны при слабости аккомодации.

## Дифференцированная школа диабета 1-го типа для детей и подростков: первый опыт в Томской области

Е.И. Трифонова

Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Российской Федерации

**Актуальность.** Терапевтическое обучение при сахарном диабете 1-го типа (СД1) у детей — часть эффективного лечения для компенсации СД1. Трудности в обучении связаны с психологическими особенностями ребенка, возрастом, отношениями в семье и с окружающими, восприятием заболевания.

**Цель исследования.** Проведение оценки эффективности обучения детей и подростков с СД1 с использованием разработанных дифференцированных программ.

**Пациенты и методы.** Включены 32 пациента от 7 до 17 лет с СД1. С учетом возраста, уровня знаний о СД1, длительности СД1 в школе диабета (ШД) выделены 2 программы: 1) «Продвинутый уровень» для подростков с СД1 от 1 года; 2) ШД для детей младшего возраста. Уровень знаний о СД1 оценивался по опроснику «Структурированная программа обучения больных СД1», оценка психологического статуса детей и их родителей — по специализированным опросникам. Для оценки эффективности обучения проводилось изучение клинико-метаболических параметров, качества жизни (КЖ) с помощью вопросника PedsQL Diabetes Module.

**Результаты.** Анализ анкетирования показал, что процент правильных ответов составил 58,7% по всем вопросам с вариацией личных ответов от 30,1 до 86,7%. При

этом у всех участников отмечаются низкие знания (34%) по вопросам питания (сложные блюда, гликемический индекс), инсулинотерапии — 57,5% (коррекция инсулина, техника инсулинотерапии). В младшей группе более сложный вопрос был связан с компенсацией углеводного обмена при физической нагрузке (30,2% ответили верно). При оценке КЖ максимальный балл был получен по шкале «общение» (87 [75; 100]) в сравнении со шкалами «диабет» (63 [55; 74]), «лечение» (77 [65; 90]), «беспокойство» (69 [51; 86]) ( $p = 0,035$ ). Общий балл при оценке КЖ составил 75 [61;83]. В результате: низкий и ниже среднего уровень знаний детей и подростков о заболевании СД1 не зависит от их возраста и длительности заболевания. Уровень гликемического контроля (HbA1C) может отражать компенсацию заболевания с клинической точки зрения, но с психологическим компонентом помочь пациентам с СД1 остается еще очень много нерешенных вопросов и проблем в амбулаторной сети.

**Заключение.** Полученные результаты показали необходимость построения индивидуальных программ ежегодного амбулаторного обучения детей и подростков с СД1 в школе диабета с акцентом на клинические и психологические аспекты для улучшения самоконтроля и профилактики макро- и микрососудистых осложнений.

# Особенности питания и физической активности детей дошкольного возраста, проживающих в Челябинской области

Д.А. Целищева

Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Российская Федерация

**Актуальность.** Питание – важный фактор, определяющий здоровье человека. Алиментарный фактор у детей обеспечивает гармоничный рост и развитие организма, интеллект ребенка, оптимальную работоспособность, адаптацию, нормализацию обменных процессов

**Цель исследования.** Изучить пищевое поведение и физическую активность детей дошкольного возраста, проживающих в Челябинской области.

**Пациенты и методы.** В исследовании участвовали родители (61 человек), чьи дети посещают детские садики «Малышок» и «Рябинушка» г. Нязепетровска (численность населения – 10 198 человек). Исследование проводилось с использованием Yandex Forms. Средний возраст детей составил 4 года, большинство детей были женского пола – 41 (67%). Средний возраст матерей составил 33 года, отцов – 36 лет. Средний возраст женщин на момент рождения ребенка – 28 лет, мужчин – 30 лет.

**Результаты.** Большая часть родителей имели нормальный ИМТ – 18,5–24,9 кг/м<sup>2</sup> у 31 женщины (51%) и у 26 мужчин (43%). Избыточную массу тела имели 15 (25%) женщин, 14 (23%) – ожирение. У мужчин избыточную массу – 25 (41%), ожирение – 10 (16%).

В ответах вопрос «Что чаще всего кушает ваш ребенок вне детского сада?» по приоритету представлены фрук-

ты – 51 (84%), суп – 41 (67%), макароны – 40 (66%), овощи – 40 (66%), выпечка – 30 (49%), пельмени – 28 (46%). Вкусовые предпочтения детей: часто дети едят кашу – 34 (56%), яйца – 35 (57%), молочные продукты – 47 (77%), сладости – 38 (62%). Рыбу редко употребляют 30 (49%) семей. Из напитков отдают предпочтение воде 52 (85%), сокам – 44 (72%) и чаю – 44 (72%). У 59 (97%) детей бывают перекусы: фрукты – 47 (77%), печенье – 35 (57%), булочки – 28 (46%).

Из вредных продуктов в рационе имеются картофель фри – 33 (54%), чипсы – 34 (56%), кетчуп – 32 (53%), сосиски – 51 (84%), полуфабрикаты – 51 (84%), шоколад – 53 (87%). При оценке двигательной активности определили, что более 2 ч проводят на прогулке в выходные дни 54 (89%) ребенка. Не делают утреннюю зарядку 4 (77%), не занимаются спортом в свободное время 40 детей (63%).

**Заключение.** Было показано, что питание детей дошкольного возраста вне детского сада не полностью сбалансированное: присутствуют в большом количестве продукты, содержащие добавленный сахар и легкоусвояемые углеводы. Также определено, что у большинства детей низкая физическая активность, что может оказывать влияние на их гармоничное развитие.

# Новые представления об анализе состава конкрементов у детей с уролитиазом

А.А. Чикунова

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация

**Актуальность.** После эффективного хирургического лечения детей с уролитиазом частота рецидивов составляет до 30%. Для эффективного лечения таких пациентов и снижения риска рецидивов камнеобразования необходим комплексный подход с выбором наиболее оптимальной стратегии.

**Цель исследования.** Снижение частоты рецидивов у детей с мочекаменной болезнью посредством использования комплексного подхода к оценке состава конкрементов.

**Пациенты и методы.** В исследование включены 6 детей с уролитиазом, которым было выполнено оперативное вмешательство с полной литоэкстракцией. Далее выполнен анализ состава конкрементов с микротомографическим исследованием на рентгеновском микротомографе «TOMAC», рентгенофлуоресцентным анализом на рентгеновском дифрактометре «ДИТОМ-М» и рамановской спектроскопией на конфокальном рамановском микроскопе INTEGRA Spectra.

**Результаты.** На изображениях, полученных в результате микротомографического исследования, видно, что в 67% исследуемых образцов присутствуют пустоты, а остальные 33% образцов имеют рыхлую структуру, представляющую, по всей видимости, сращения отдельных мелких камней.

Расшифровка спектров, полученных методом рентгенофлуоресцентного анализа, выявила в 17% исследуемых образцов высокое содержание серы и почти полное отсутствие кальция, а в 83% исследуемых образцов превалировало содержание кальция. Согласно полученным в ходе проведения фазового анализа конкрементов данным, в 33% случаев пики соответствуют оксалатам. Более плотные фосфаты (фазы апатита), находятся во внутренней структуре, о чем свидетельствуют проведенные рентгеновские измерения, что может указывать на нарушение фосфатно-кальциевого обмена. Помимо этого, в 33% случаев были выявлены характерные пики, указывающие на присутствие фазы Calcium oxalate dihydrate (COD), что указывает на возможные избыточное употребление пациентом растительных продуктов, содержащих оксалаты, генетические факторы, нарушение метаболизма или эндогенный синтез.

**Заключение.** Полученные данные свидетельствуют о том, что наиболее информативным методом анализа состава конкрементов является рамановская спектроскопия, которая используется в исключительных случаях для диагностики состава конкрементов. Планирование тактики лечения детей с уролитиазом необходимо проводить с учетом физико-химических параметров конкрементов.

# Цветовой тест: диагностические возможности оценки психоэмоционального статуса подростков в условиях дононозологического скрининга

А.И. Шестакова

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь, Российская Федерация

**Актуальность.** По всему миру отмечается значительный рост распространенности психических расстройств у детского населения. В этой связи важен поиск экспресс-методов оценки психологического неблагополучия школьников, позволяющих выявить группы риска.

**Цель исследования.** Изучить диагностические возможности цветового теста Люшера для выявления риска психологического неблагополучия у школьников.

**Пациенты и методы.** Обследованы 293 подростка, обучающиеся в школах Перми (100 юношей и 193 девушки): 15-летних – 8,87%, 16-летних – 39,93%, 17-летних – 51,2%. Для оценки психологического статуса использован цветовой тест Люшера. Обследование проводилось на аппаратно-программном комплексе «Здоровье-экспресс». Статистическая обработка результатов проведена с помощью Excel.

**Результаты.** В 22% случаев методика показывает противоречивый результат, что создает необходимость организации повторного обследования и повышает риск несвоевременного выявления подростков с отклонениями. Настораживает, что только 28,3% подростков имеют нормальный уровень тревожности, у 67,5% наблюдается повышение тревожности, у 4,1% – клинически выраженная

нагнетающая тревожность. Нормальный вегетативный коэффициент имели 57,2% подростков, у 25,5% выявлен противоречивый результат, у 17,3% – повышенный уровень, что следует трактовать как повышение активности симпатоадреналовой системы. Высокий индекс тревоги коррелировал с повышенным вегетативным коэффициентом ( $r = +0,45$  и  $r = +0,48$ ;  $p < 0,01$  соответственно). При оценке уровня работоспособности отмечены противоречивые результаты у 19,8% подростков, нормальную работоспособность имели 59,9%, пониженную – 20,2%. Выявлено, что 81,1% школьников имеют высокий уровень напряженности, а остальные – средний (11,9%) и низкий (7,0%).

**Заключение.** Исследование подтвердило ранее известные данные о том, что метод Люшера дает противоречивые результаты и является неинформативным у значимого числа обследованных (22%). Большинство старшеклассников демонстрируют высокую напряженность (81,1%), но при этом сохраняют нормальную работоспособность (59,9%). Только пятая часть подростков имеют нормальные показатели тревожности и вегетативный коэффициент, что требует проведения психогигиенических мероприятий у 57,2–67,5% обучающихся.

# Диагностические возможности аппаратно-программного скрининга в выявлении нарушения зрения у подростков

М.А. Шимова

Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, Пермь, Российская Федерация

**Актуальность.** С каждым годом в стране увеличивается число школьников, имеющих школьно-обусловленную патологию. Второе место в структуре заболеваемости занимают болезни органов зрения (16,3%), что диктует необходимость поиска новых подходов скрининга данной патологии в условиях школы.

**Цель исследования.** Оценить возможности использования аппаратно-программного комплекса (АПК) «Здоровье-экспресс» для скрининга нарушений зрения у школьников.

**Пациенты и методы.** Проведена оценка зрения 211 пермским школьникам в возрасте 15–17 лет двумя методами: 1) оценка остроты зрения на аппаратно-программном комплексе «Здоровье-экспресс» (далее АПК) с использованием автоматизированной таблицы с кольцами Ландольта и машинным способом выдачи результата; 2) углубленное офтальмологическое обследование с определением автоматической рефрактометрии, проектированием знаков, подбором оптических линз и оправы с помощью электронного диоптрометра. Впоследствии оценены чувствительность и специфичность метода оценки зрения с помощью АПК.

**Результаты.** Обследование на АПК выявило, что остроту зрения ниже нормы имели 52,1% школьников, а нормальную остроту зрения – 47,9%. По данным углубленного офтальмологического обследования у окулиста, доля подростков с миопией среди обследованных составила 59,2%,

эмметропией – 39%, гиперметропией – 1,8%. Выявлено, что 61% подростков нуждается в коррекции зрения. При этом 37,7% из них не пользуются никакой коррекцией. Среди подростков, использующих коррекцию, 61,6% носят очки, 30,2% – линзы. Интересно, что 25,2% старшеклассников не берут с собой в школу очки, так как стесняются сверстников. У 42,1% школьников в очках и у 51,6% в линзах оптическая коррекция не соответствует уровню нарушения зрения. 40,8% подростков направлены на профилактические мероприятия в условиях кабинета охраны зрения, а 59,2% детей назначены лечебные мероприятия.

Показано, что чувствительность методики «Острота зрения АПК» составляет 96,2, а специфичность – 85,7, что позволяет оценить метод как высокочувствительный для выявления школьников с нарушениями зрения. При этом специфичность имеет средний показатель, так как у части школьников выявлены ложноотрицательные результаты (по данным АПК не имели отклонений, а после осмотра окулиста диагностировано снижение зрения).

**Заключение.** Метод определения остроты зрения на АПК «Здоровье-экспресс» является высокочувствительным и среднеспецифичным тестом для выявления школьников со сниженной остротой зрения. Распространенность миопии среди старшеклассников составляет почти 60%, из них 37,7% не пользуются коррекцией зрения, а у 42,1% коррекция не соответствует уровню нарушений.

# Памяти Федора Игоревича Петровского (05.05.1974–09.06.2025)



Медицинское научное педиатрическое сообщество понесло тяжелую утрату: 9 июня 2025 г. ушел из жизни второй ректор Ханты-Мансийской государственной медицинской академии доктор медицинских наук, профессор кафедры фармакологии, педиатрии и инфекционных болезней Федор Игоревич Петровский.

Федор Игоревич Петровский родился 5 мая 1974 г. в г. Нововоронеже в семье инженеров. После окончания школы

принял решение связать свое будущее с медициной, поступив в Сибирский ордена Красного Знамени государственный медицинский университет на медико-биологический факультет.

За время обучения Федор Игоревич показал себя как талантливый, трудолюбивый и целеустремленный студент, проявлял особый интерес к изучению пропедевтики внутренних болезней, клинической иммунологии и аллергологии, а также клинической фармакологии, некоторые дисциплины осваивал экстерном по индивидуальному учебному плану. В 1997 г. Федор Игоревич с отличием окончил университет, по окончании работал заведующим иммунологической лабораторией центральной научно-исследовательской лаборатории СибГМУ, в 2004 г. окончил клиническую ординатуру по специальности «аллергология и иммунология». В 2001 г. защитил кандидатскую диссертацию, а уже в 2006 г. успешно защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему «Пути оптимизации фармакотерапии тяжелой бронхиальной астмы».

С 2006 г. свою трудовую деятельность Ф.И. Петровский продолжил в Ханты-Мансийском государственном медицинском институте (ХМГМИ), начав путь с должности доцента кафедры госпитальной терапии.

В 2008 г. за счет своей исключительной порядочности и лидерских качеств Федор Игоревич был утвержден

на должность ректора ХМГМИ. Под его руководством институт существенно укрепил материально-техническую базу, открыл новые специальности, увеличил контингент обучающихся и, как следствие, получил государственную аккредитацию в статусе Ханты-Мансийской государственной медицинской академии. За период работы Ф.И. Петровского в академии в жизни вуза произошло множество побед и знаменательных событий, которые невозможно представить без активного участия Федора Игоревича.

Ф.И. Петровский является автором более 150 научных трудов, которые внесли значительный вклад в развитие медицинской науки, а его достижения продолжают вдохновлять студентов и коллег. В 2017 г. Федору Игоревичу было присвоено ученое звание профессора по специальности «клиническая иммунология, аллергология».

В течение многих лет Ф.И. Петровский был президентом регионального отделения Союза педиатров России по Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре, а также научным редактором журналов «Педиатрическая фармакология», «Российский педиатрический журнал» и других проектов, учредителем которых является Союз педиатров России.

В памяти студентов, пациентов и коллег Федор Игоревич навсегда останется талантливым лектором, неординарным преподавателем, чутким доктором, человеком исключительного профессионализма и эрудиции.

Светлая память о нем навсегда сохранится в наших сердцах!

А это легендарные правила клинической фармакологии от Федора Игоревича, которым он всегда обучал студентов:

- Не назначайте лекарственные препараты на основе собственных представлений о патофизиологии болезни.
- Несколько возможно, не назначайте препараты посимвтомно или посиндромно.
- Избегайте полипрограммии.
- Никогда не назначайте лекарства, не будучи уверенными в их необходимости.
- Не стесняйтесь незнания! Перепроверяйте, переспрашивайте!

Союз педиатров России выражает соболезнования в связи с кончиной Федора Игоревича Петровского