

6. Клинические рекомендации «синдром поликистозных яичников» / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева, Ю.С. Абсатарова [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2022. – Т.68, №2. – С.112-127.  
7. Vitamin D, PCOS and androgens in men: a systematic review / C. Trummer, S. Pilz, V. Schwetz [et al.]// Endocrine Connect – 2018. – Т.7, №3. – С.95-113.

### **Сведения об авторах**

В.М. Белянина\* - студент  
С.Ю. Сизова - студент  
К.А. Ивакина - студент  
О.И. Мышинская - кандидат медицинских наук, доцент

### **Information about the authors**

V.M. Belianina\* - Student  
S.Y. Sizova - Student  
K.A. Ivakina - Student  
O.I. Myshinskaya - Candidate of Sciences (Medicine), Associate Professor

\* **Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**  
lerabelanina@gmail.com

УДК:616-036.82

## **ОБОСНОВАННОСТЬ ОТДАЛЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА**

Буркова Мария Витальевна, Гофман Алиса Александровна, Зобнина Мария Игоревна, Чернова Елена Михайловна

Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета  
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
Екатеринбург, Россия

### **Аннотация**

**Введение.** Врожденные пороки сердца – это аномалии морфологического развития сердца, его клапанного аппарата и магистральных сосудов, возникшие в результате нарушения процессов эмбриогенеза. Современная концепция лечения включает не только раннее выполнение хирургического вмешательства, но и грамотно организованную этапную реабилитацию, которая способствует восстановлению утраченных функций организма, созданию благоприятной среды для гармоничного роста и развития, улучшению качества жизни и психоэмоционального состояния пациента и его окружения, его социальной адаптации. **Цель исследования** - оценить влияние отдаленной реабилитации на устойчивость к гипоксемии и толерантность к физической нагрузке у пациентов с оперированным врожденным пороком сердца, составить “портрет” пациента. **Материал и методы.** Субъектами исследования стали 56 детей с диагнозом оперированный врожденный порок сердца, проходившие медицинскую реабилитацию в ГАУЗ СО ДГКБ №11 г. Екатеринбург с июня по декабрь 2024 года. Из них 32 мальчика и 24 девочки от 4 до 15 лет, медиана возраста 10,2 лет. В качестве методов оценки взяты проба Штанге, проба Генча, проба 6-минутной ходьбой. Портрет выстроен на основании данных антропометрии, инструментальной диагностики и заключения психолога. **Результаты.** Дети повысили результат пробы Штанге на 16%, результат пробы Генча вырос на 15%, метраж, пройденный в пробе шестиминутной ходьбой, вырос на 7%. “Портрет” пациента в ГАУЗ СО ДГКБ №11: 10 лет, рост и вес в среднем соответствуют полу и возрасту, имеет прооперированный до 1 года врожденный порок сердца, нарушение осанки и/или деформацию грудной клетки, низкий уровень адаптации к социальной среде. **Выводы.** Составлен портрет пациента с оперированным врожденным пороком сердца и обнаружено положительное влияние отдаленной реабилитации на устойчивость к гипоксемии и толерантность к физической нагрузке.

**Ключевые слова:** врожденный порок сердца, отдаленная реабилитация, проба Штанге, проба Генча, проба 6-минутной ходьбой, нарушение осанки, деформация грудной клетки, социальная адаптация.

## **VALIDITY OF REMOTE REHABILITATION FOR CHILDREN WITH CONGENITAL HEART VICE**

Zobnina Maria Igorevna<sup>1</sup>, Burkova Maria Vitalievna<sup>1</sup>, Gofman Alisa Alexandrovna<sup>1</sup>, Chernova Elena Mikhailovna<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Pediatric Diseases, Faculty of Preventive Medicine  
Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russia

### **Abstract**

**Introduction.** Congenital heart vices are anomalies of the morphological development of the heart, its valve apparatus and great vessels, resulting from the violation of the processes of embryogenesis. The modern concept of treatment includes not only early surgical intervention, but also properly organized rehabilitation, which makes it possible to restore the lost capabilities of the body, improve the quality of life and psychoemotional state of the patient, as well as their social adaptation. **The aim of the study** is to assess the effect of remote rehabilitation on resistance to hypoxemia and tolerance to physical activity in patients with operated congenital heart vice and to compile a “portrait” of such a patient. **Material and Methods.** The subjects of the study were 56 children diagnosed with operated congenital heart vice who underwent rehabilitation in Children's City Clinical Hospital №11 from June to December 2024. Of these, 32 boys and 24 girls aged 4 to 15 years, the median age was 10.2 years. The following methods were used for assessment: Stange's test, Gench's test, and 6-minute walk test. The portrait is based on anthropometric data, instrumental diagnostics, and a psychologist's opinion. **Results.** Children increased their Stange's test result by 16%, the Gench's test result increased by 15%, and the distance covered in the 6-minute walk test increased by 7%. "Portrait" of a patient in Children's City Clinical Hospital №11: 10 years old, average height and weight consistent with gender and age, has a congenital heart disease that was operated on before the age of 1, poor posture and/or chest deformity, and a low level of adaptation to the social environment. **Conclusions.** A portrait of the patient was compiled and a positive effect of remote rehabilitation on resistance to hypoxemia and tolerance to physical activity was found. **Keywords:** congenital heart defect, remote rehabilitation, Stange test, Gench test, 6-minute walk test, postural disorder, chest deformity, social adaptation.

## ВВЕДЕНИЕ

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца (ВПС): «Врожденные пороки сердца – это аномалии морфологического развития сердца, его клапанного аппарата и магистральных сосудов, возникшие на 2-8-й неделе внутриутробного развития в результате нарушения процессов эмбриогенеза».

Врожденные пороки развития являются одними из самых значимых патологий в педиатрической практике, приводящих к снижению качества жизни, длительной инвалидности и смерти. Официальное издание статистического сборника “Здравоохранение в России 2023г.” представляет данные о заболеваемости населения по врожденным порокам развития, которые составили 799,9 на 100 000 человек населения за 2022 год [1].

На появление ВПС могут оказывать влияние генетические, тератогенные, материнские и семейные факторы. В подавляющем большинстве случаев этиология заболевания является мультифакторной.

В клинической картине наблюдается множественность признаков, зависящих от морфологии порока. Наиболее распространенными и опасными проявлениями являются сердечно-сосудистая недостаточность, хроническая гипоксемия, артериальная и легочная гипертензия, нарушения ритма и проводимости. У таких пациентов чаще возникают осложнения в виде инфекций, аневризм, тромбозов, тромбоэмболий, которые могут приводить к летальному исходу. В отдаленном прогнозе без адекватного медицинского вмешательства могут возникать задержки в физическом и нервно-психическом развитии из-за недостаточного поступления кислорода и питательных веществ [2].

Несмотря на высокие показатели выживаемости после хирургической коррекции ВПС, на данный момент остается существенный риск послеоперационных осложнений, остаточных дефектов или возникновения рецидивов. [3].

Согласно результатам исследований, у пациентов с скорректированными ВПС, отмечается выраженная гиподинамия, которая потенциально может стать предрасполагающим фактором для развития метаболических нарушений, в частности, ожирения. Такой образ жизни с возрастом увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе приводящих к сердечной недостаточности и острому коронарному синдрому [4].

Поскольку заболевание является мультифакториальным, значит и подход к лечению детей должен быть междисциплинарным и комплексным для того, чтобы достичь наилучших отдаленных результатов, а не только устранить дефект. Для осуществления данных целей консилиумом специалистов различных специальностей разрабатываются и совершенствуются

многочисленные программы реабилитации, реализуя биопсихосоциальный подход к оказанию медицинской помощи [5].

Достижение оптимальных результатов лечения, восстановление утраченных функций организма, улучшение качества жизни, социальной адаптации и психоэмоционального состояния пациента и его окружения, создание благоприятной среды для гармоничного роста и развития являются задачами правильно организованной послеоперационной реабилитации.

ВОЗ определяет реабилитацию, как комплекс мероприятий, направленных на восстановление функциональных возможностей человека и снижение уровня инвалидности у лиц с нарушениями здоровья с учетом условий их проживания.

На данный момент организационно-функциональная модель реабилитационной помощи пациентам с врожденными пороками сердца включает 3 этапа:

1) в кардиохирургическом стационаре после оказания высокотехнологичной, специализированной медицинской помощи;

2) реабилитация в специализированном кардиореабилитационном центре, ранний восстановительный период

3) реабилитация в специализированном кардиореабилитационном центре, поздний восстановительный период.

Под отдаленной реабилитацией понимают третий этап медицинской реабилитации, который осуществляется после окончания стационарного лечения либо в амбулаторных условиях в рамках дневного стационара, либо в медицинских организациях, реабилитационных центрах, санаторно-курортных организациях согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2019 № 878н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации детей», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям», для предупреждения инвалидности и ограничений жизнедеятельности детей, перенесших острые заболевания, неотложные состояния, травмы и хирургические вмешательства.

Процесс отдаленной реабилитации является индивидуальным и комплексным с мультидисциплинарным подходом. В дневном стационаре он начинается с первичной консультации мультидисциплинарной реабилитационной команды (МРК) в составе: врача физической и реабилитационной медицины, клинического психолога, специалиста по физической реабилитации; проведения функциональных тестов для оценки исходного статуса пациента; составления плана реабилитации с учетом особенностей состояния конкретного ребенка. Основная часть реабилитации включает в себя физическую составляющую (рациональные физические нагрузки с обязательным контролем основных показателей сердечно-сосудистой системы (ССС)), нутритивную поддержку (план сбалансированного питания), психологическую терапию (индивидуальные и групповые консультации с детским психологом, помогают выявить нарушения психоэмоционального фона ребенка, особенности его окружения, уровень социальной адаптации) и проведение образовательных мероприятий (обучающие сессии для родителей и детей с целью стимулирования и помощи в продолжении самостоятельных занятий на дому). По мере прохождения пациентами реабилитации выполняется мониторинг и коррекция плана занятий. На заключительном этапе оценивается прогресс состояния по результатам контрольного исследования ССС, составляется итоговый отчет и выдаются рекомендации по дальнейшей поддерживающей терапии и образу жизни, а также могут быть назначены дополнительные визиты к специалистам.

**Цель исследования:** оценка влияния отдаленной реабилитации на устойчивость к гипоксемии и толерантность к физической нагрузке у пациентов с оперированным врожденным пороком сердца и составление “портрета” такого пациента.

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Были проанализированы истории болезни 56 детей с диагнозом “Оперированный

врожденный порок сердца”, которые проходили реабилитацию в ГАУЗ СО ДГКБ №11 г. Екатеринбург в период с июня по декабрь 2024 года. Из них 32 мальчиков и 24 девочки от 4 до 15 лет, медиана возраста 10,2 лет. Средняя продолжительность нахождения детей на реабилитации на дневном стационаре - 11 дней. Для оценки эффективности отдаленной реабилитации необходимо было определить устойчивость к гипоксемии и толерантность к физической нагрузке детей с помощью пробы Штанге и Генча, пробы шестиминутной ходьбой в первый (до реабилитации) и последний (после курса реабилитации) день нахождения в стационаре. «Портрет пациента» с оперированным врожденным пороком сердца составлен на основании данных возраста прохождения реабилитации, возраста проведения операции, роста, веса ребенка и заключения психолога, а также инструментальных методов исследования - электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ).

Обработка результатов проводилась с использованием табличного и графического методов анализа данных в программе Microsoft Excel. Для проведения статистического анализа для исследования нормальности распределения был использован расчет t-критерия Стьюдента.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ**

У 19,6% детей из анализируемых встречается дефект предсердной перегородки (Q21.1), у 16,1% - коарктация аорты (Q25.1), у 14,3% - открытый аортальный проток (Q25.0), у 14,3% - дефект межжелудочковой перегородки (Q21.0), у 8,9% - тетрада Фалло (Q21.3), у 7,1% - дискордантное желудочково-артериальное соединение (Q20.3), у 5,4% - врожденный стеноз клапана легочной артерии (Q22.1), частота встречаемости таких диагнозов, как общий артериальный ствол (Q20.0), врожденный стеноз аортального клапана (Q23.0), врожденная недостаточность аортального клапана (Q23.1), врожденная митральная недостаточность (Q23.3), другие уточненные врожденные аномалии сердца (Q24.8), составляет 1,8% каждый.

У 52% детей из анализируемых врожденный порок сердца был диагностирован и прооперирован до 1 года жизни. У 48% детей ВПС прооперирован в более поздние сроки: у 31,25% детей - в возрасте от 2 до 4 лет, у 16,6% детей - в возрасте от 5 до 14 лет. Не все пороки требуют оперативного вмешательства в неонатальном периоде, поскольку развитие органов продолжается и после рождения, что позволяет некоторым дефектам разрешаться самостоятельно. Кроме того, причиной более поздней операции может стать несвоевременная диагностика ВПС у ребенка или ожидания лечащих врачей увеличения компенсаторных сил организма с возрастом.

При обследовании методом ЭКГ у большинства детей выявлены различные нарушения ритма и проводимости: брадикардия (31,3%), полная блокада правой ножки пучка Гиса (19,6%), миграция водителя ритма (15,7%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса (15,7%), синусовая аритмия (13,7%), тахикардия (11,8%), изменение процессов реполяризации желудочков (11,8%), локальная внутрижелудочковая блокада (5,9%), АВ-блокада 1 степени (2%) наджелудочковая экстрасистолия (2%). В 82% случаев у детей наблюдается синусовый ритм, а в 9,8% - предсердный ритм.

По результатам ЭхоКГ были обнаружены следующие нарушения гемодинамики: трикуспидальная регургитация (23,5%), митральная регургитация (13,7%), пульмональная регургитация (11,8%), стеноз легочной артерии (5,9%), двустворчатый аортальный клапан (3,9%), аортальная регургитация (3,9%), добавочная левая верхняя полая вена (3,9%), расширение правых камер сердца (3,9%), дилатация правого желудочка (3,9%), пролапс митрального клапана (3,9%). При этом фракция выброса сохраняется свыше 60%. Радикальные оперативные вмешательства по лечению ВПС не всегда позволяют полностью устранить нарушения функций кровообращения.

Исследование демонстрирует значительную распространенность заболеваний грудной клетки и позвоночника у детей с ВПС, перенесших хирургическую операцию до 2 лет. У 33,9% обследованных детей выявлены следующие патологии: нарушение осанки (17,8%),

воронкообразная деформация грудной клетки (7,1%), сколиоз (5,4%) и килевидная деформация грудной клетки (3,6%).

В соответствии с проведенным анализом результатов дыхательных проб Штанге и Генча, пробы шестиминутной ходьбой у одних и тех же пациентов до и после прохождения реабилитации показатель  $p < 0,05$ , массивы данных в каждой группе статистически значимы, и можно утверждать о влиянии реабилитации на исследуемые параметры.

До прохождения реабилитации показатели пробы Штанге, Генча и метраж пробы шестиминутной ходьбой были ниже возрастной нормы у 79,5%, 90,9% и 65,3% детей соответственно. После прохождения реабилитации дети повысили результат пробы Штанге на 16%, результат пробы Генча вырос на 15%, метраж, пройденный в пробе шестиминутной ходьбой, вырос на 7% (Таблица 1).

Таблица 1.

Прирост показателей по дыхательным пробам и пробе шестиминутной ходьбой

	мальчики	девочки
Проба Штанге	17%	14%
Проба Генча	31%	6%
Проба 6-мин ходьбой	6%	9%

В ходе медико-психологического обследования детей, были обнаружены следующие когнитивные нарушения: низкий уровень адаптации к социальной среде (85,4%), недостаточная сформированность эмоциональной и мотивационных сфер (85,4%), повышенная истощаемость (41,6%), снижение концентрации внимания (43,75%), неравномерность темпа работы (43,75%), статико-моторное нарушение (нарушение ориентировки в незнакомой обстановке, овладения двигательными навыками, чувства равновесия) (10,4%), нарушение восприятия и переработки речи (6,25%). Помимо перечисленного, в эмоциональной сфере, по заключениям психолога, у детей может выявляться пассивность, тревожность, стеснительность, конфликтность. В 14,5% случаев у детей наблюдается экстравертный тип реагирования. Он характеризуется высокой адаптацией в социальной среде, активностью и заинтересованностью к окружающей среде. Дети с таким типом реагирования демонстрируют эмоциональные реакции, соответствующие их возрасту и ситуации.

Можно сделать вывод, что существует нарушение в формировании социальной сферы жизни у детей с ВПС, что подчеркивает необходимость оказания помощи в корректровке их психоэмоционального состояния в максимально ранние сроки.

Среднестатистический пациент с оперированным врожденным пороком это мальчик 10 лет, рост 143 см, вес 36 кг или девочка 10 лет, рост 135 см, вес 34 кг, прооперированный до 1 года порок сердца, имеющий(-ая) нарушение осанки и деформацию грудной клетки, обладающий(-ая) низким уровнем адаптации к социальной среде и недостаточно сформированной эмоциональной и мотивационной сферой жизни.

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

Настоящее исследование показало, что нивелирование гемодинамических нарушений с помощью хирургического вмешательства является только первым этапом сопровождения пациента. Статистические исследования говорят, что смертность пациентов до 68 лет с ВПС на 3,2% выше, чем у контрольной группы. Это связано более ранним началом накопительного эффекта, приводящего к фатальным событиям (фибрилляция предсердий, сердечная недостаточность, инфаркт миокарда, ишемический инсульт, сахарный диабет, или смерть из-за ВПС у взрослых)[6].

Врожденные пороки сердца могут быть связаны с нарушениями развития скелетно-мышечной системы, поскольку сердце и скелет формируются из одного эмбрионального слоя - мезодермы. Если в период внутриутробного развития происходят нарушения

дифференцировки тканей или воздействуют неблагоприятные факторы, это может привести к одновременному формированию ВПС и деформации скелета.

Свидетельства о возможной связи между хирургическим доступом и последующем развитии деформаций грудной клетки и позвоночника в данной возрастной группе приводятся и у других авторов [7].

Результаты пробы Генча у девочек и мальчиков значительно отличаются, что может быть обусловлено комплексом биологических, физиологических и психологических факторов. В частности, у девочек наблюдается более низкий уровень кардиоваскулярной выносливости и мышечной силы по сравнению с мальчиками, что связано как с анатомо-физиологическими особенностями, так и с влиянием половых гормонов. Уровень тестостерона у мальчиков способствует увеличению мышечной массы, силовых показателей и улучшению адаптационных возможностей организма к физическим нагрузкам. Напротив, доминирование эстрогенов у девочек может замедлять прогресс в физической реабилитации и снижать скорость достижения положительной динамики. Также важную роль играют психоэмоциональные особенности. Девочки чаще проявляют повышенную тревожность и меньшую уверенность в своих силах в отличие от мальчиков, что может ограничивать их готовность к выполнению физических нагрузок.

## **ВЫВОДЫ**

Выявлено статистически значимое увеличение показателей дыхательных проб и теста шестиминутной ходьбой, что является показателем повышения устойчивости к гипоксемии и толерантности к физической нагрузке после прохождения пациентами с оперированным пороком сердца физических реабилитационных мероприятий в ГАУЗ СО ДГКБ №11. Помимо этого необходима психологическая реабилитация, помощь детям в адаптации в социуме. Одну из основных ролей в этом вопросе должны играть родители ребенка, важно понимать, что восстановительный этап — это длительный процесс, включающий различные подходы физического и психологического воздействия на ребенка, не заканчивающийся после закрытия двери кабинета врача.

Портрет пациента с оперированным врожденным пороком сердца в ГАУЗ СО ДГКБ №11: ребенок 10 лет, рост и вес в среднем соответствует полу и возрасту, порок прооперирован до 1 года, имеющий нарушение осанки и/или деформацию грудной клетки, обладающий низким уровнем адаптации к социальной среде и недостаточно сформированной эмоциональной и мотивационной сферой жизни.

## **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Здравоохранение в России. 2023: Статистический сборник / Росстат. - Москва, 2023. - 179 с. - URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2023.pdf> (дата обращения: 6.10.2024). - Текст: электронный.
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца. - 2015. - 21 с. - URL: <https://dgp18.ru/wp-content/uploads/2020/041.pdf> (дата обращения: 06.10.2024). - Текст: электронный.
3. Отдаленные последствия реконструктивных операций на сердце у детей / Г. А. Глазырина, Н. А. Колядина, О. О. Сударева [и др.] // Педиатрический вестник Южного Урала. - 2014. - №1-2. - С. 33-41.
4. Эффективность программы физической реабилитации детей с корригированными врожденными пороками сердца / А.В. Дубовая, Н.А. Усенко, Е.В. Бордюгова [и др.] // ПМ. - 2023. - №1. - С. 69-75.
5. Румянцева, А.А. Когнитивный портрет ребенка с врожденным пороком сердца: необходимость междисциплинарного подхода / А.А. Румянцева, В.А. Каменева, И.В. Болгова // Мид. - 2024. - №3 (98). - С. 4-12.
6. Взрослые с врожденными пороками сердца: тенденции в выживаемости без осложнений после среднего возраста / М.Деллборг, К. В. Джианг, П.Эрикссон [и др.] // Circulation - 2022 - №147. - С. 930-938
7. Распространенность развития деформации позвоночника после хирургического лечения врожденных пороков сердца у детей: систематический обзор и метаанализ / Р.Н. Балубайд, Р.С. Альджедани, А. Моглан [и др.] // Eur Spine - 2024.

## **Сведения об авторах**

М.И. Зобнина\* - студент

М.В. Буркова - студент

А.А. Гофман - студент

Е.М. Чернова - ассистент кафедры

## **Information about the authors**

M.I. Zobnina\* - Student

M.V. Burkova - Student  
A.A. Gofman - Student  
E.M. Chernova - Department Assistant

\***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**  
mary.i.zobnina@gmail.com

УДК: 616.24-002.56:618.92

## **БРОНХИОЛИТ У ДЕТЕЙ. АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ О ЗАБОЛЕВАНИИ И ЗНАЧЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ**

Вайнер Роман Александрович<sup>1</sup>, Щербинина Виктория Игоревна<sup>1</sup>, Царькова Софья Анатольевна<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра поликлинической педиатрии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>2</sup>ГАУЗ СО «Детская городская клиническая больница №11»

Екатеринбург, Россия

### **Аннотация**

**Введение.** Бронхиолит — острое респираторное заболевание, характеризующееся острой обструкцией нижних дыхательных путей, требующее неотложной помощи и являющееся основной причиной госпитализации детей младшего возраста. Значимость заболевания возрастает параллельно с всплеском респираторных заболеваний у детей в осенне-зимний период. **Цель исследования** - провести анализ информированности родителей детей разных возрастных групп о заболевании «Бронхиолит» и понимании значения специфической иммунопрофилактики. **Материал и методы.** Методом случайной выборки в поликлиниках ГАУЗ СО «ДГКБ№11» было проведено анкетирование 120-ти родителей (анкета из 13 вопросов) детей до 1 года и детей старше года в период с июля по октябрь 2024 года. **Результаты.** По результатам анкетирования установлено, что в обеих возрастных группах более, чем у половины детей выявлены факторы риска развития тяжелой формы Бронхиолита. Отмечена недостаточная разъяснительная работа участковых педиатров по приверженности к иммунизации детей из групп риска развития тяжелого Бронхиолита, что свидетельствует о низком качестве профилактической работы и возможности развития тяжелых форм Бронхиолита в настоящее время. **Выводы.** Более половины детей в сравниваемые периоды времени имеют факторы риска развития тяжелой формы Бронхиолита, однако охват иммунизацией «Паливизумабом» остается низким. Таким образом, можно сделать вывод о недостаточной разъяснительной работе участковых педиатров о необходимости иммунизации детей из групп риска развития тяжелого Бронхиолита.

**Ключевые слова:** Бронхиолит, Паливизумаб, иммунопрофилактика, факторы риски, анкетирование.

## **BRONCHIOLITIS IN CHILDREN. ANALYSIS OF PARENTS' AWARENESS OF THE DISEASE AND THE IMPORTANCE OF SPECIFIC IMMUNOPROPHYLAXIS.**

Vainer Roman Aleksandrovich<sup>1</sup>, Shcherbinina Victoria Igorevna<sup>1</sup>, Tsarkova Sofia Anatolyevna<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Outpatient Pediatrics

Ural State Medical University

<sup>2</sup>Children's hospital №11

Yekaterinburg, Russia

### **Abstract**

**Introduction.** Bronchiolitis is an acute respiratory disease characterized by acute obstruction of the lower respiratory tract, requiring emergency care and is the main cause of hospitalization in young children. The importance of the disease increases in parallel with the surge in respiratory diseases in children in the autumn-winter period. **The aim of the study** - to conduct an analysis of the awareness of parents of children of different age groups about the disease "Bronchiolitis" and understanding the importance of specific immunoprophylaxis. **Material and methods.** A survey of 120 parents of children under 1 year of age and children aged 1 year was conducted using a random sampling method in the outpatient clinics of Children's City Clinical Hospital No. 11 from July to October 2024. The survey included 13 questions from a developed questionnaire. **Results.** Based on the responses from the children's parents, we identified that in both age groups, more than half of the children were found to have risk factors for the development of severe bronchiolitis, as well as insufficient explanatory work by local pediatricians on the need to immunize children at risk of developing severe bronchiolitis, which indicates the low quality of preventive work and the possibility of developing severe forms of bronchiolitis at the present time. **Conclusions.** More than half of the children in the compared time periods have risk factors for the development of severe bronchiolitis, but the coverage of immunization with Palivizumab remains low.