

Тезисы Конкурса научных работ молодых ученых

13–15 февраля 2026 г. в Москве с огромным успехом прошел XXVII Конгресс педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии». В рамках Конгресса состоялся уже ставший традицией Конкурс научных работ молодых ученых, в котором приняли участие 42 человека (студенты, ординаторы, аспиранты, ассистенты, научные сотрудники, врачи) из 20 городов России и 3 стран ближнего зарубежья (всего подана 71 заявка). Представляем вашему вниманию тезисы, занявшие призовые места.

Победители Конкурса научных работ молодых ученых 2026

1-е место

Динамика маркеров электрической нестабильности миокарда у детей после применения ЭКО: результаты проспективного наблюдения от периода новорожденности до трех месяцев жизни

Тягушева Е.Н.

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, Саранск, Российская Федерация

Актуальность. У новорожденных детей маркеры электрической нестабильности миокарда (ЭНМ) определяют аритмогенный риск. Отсутствие данных динамики в первые месяцы жизни ограничивает стратификацию риска и разработку персонализированного наблюдения.

Цель исследования. Оценка электрофизиологических особенностей миокарда у новорожденных после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и анализ динамики выявленных изменений в возрасте 3 мес жизни.

Пациенты и методы. Проведено одноцентровое ретроспективно-проспективное исследование «случай – контроль». Основную группу (I) составили 110 доношенных новорожденных после ЭКО, контрольную (II) — 110 детей, зачатых естественным путем. В обеих группах провели разделение по наличию или отсутствию церебральной ишемии I–II степени, а также по срокам гестации (35–37 и 38–40 нед). Для статистической обработки данных использовались программы STATISTICA 8 и StatTech v.3.1.8.

Результаты. Параметры деполяризации у новорожденных обеих групп находились в пределах референсных значений, без достоверных различий. В I группе среднее значение интервала QTc — $421,7 \pm 6,23$ мс, во II груп-

пе — $398,28 \pm 3,86$ мс ($p = 0,0015$). Патологическое удлинение QTc (> 460 мс) было выявлено у 14,5% новорожденных I группы против 2,7% ($p < 0,005$). У детей после применения ЭКО наблюдалось увеличение дисперсии интервала QT на 84,3% (52 мс против 28 мс во II группе, $p < 0,01$). Выявлено увеличение Tr-Te в 1,15 раза (55 мс против 48 мс) и дисперсии Tr-Te на 39,8%. При этом Tr-e/QT и Tr-e/QTc статистически значимых различий не показали. Сглаженность зубца T отмечалась у 32% новорожденных группы ЭКО против 4% в контроле ($p < 0,001$), а инверсия зубца T — у 14% детей основной группы ($p < 0,001$). При динамическом ЭКГ-исследовании в возрасте 3 мес у 65% детей I группы наблюдались нормализация QTc и уменьшение дисперсии QT, повышение амплитуды зубца T у 58%. Однако у 12% пациентов сохранялись нарушения реполяризации, что потребовало продолжения наблюдения.

Заключение. У новорожденных после применения ЭКО выявляется комплекс нарушений реполяризации миокарда, отражающий ЭНМ. ЭКГ-обследование в возрасте 3 мес жизни показало положительную динамику маркеров ЭНМ. На основе полученных данных разрабатывается программа прогнозирования аритмогенного риска с использованием нейросетевых технологий.

Анализ корреляции тяжести пациентов с синдромом Ретта в зависимости от генетического варианта и возраста

Попова В.М.

НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Синдром Ретта — одна из частых причин интеллектуальной недостаточности у девочек. В настоящее время актуальной задачей является изучение связи клинических проявлений заболевания с данными молекулярно-генетического обследования.

Цель исследования. Проанализировать корреляцию тяжести пациентов с синдромом Ретта в зависимости от генетического варианта и возраста ребенка.

Пациенты и методы. Проанализированы 25% детей с синдромом Ретта из всех выявленных в Российской Федерации с данным диагнозом. В исследование включены 65 детей, из них в возрасте 1–3 лет — 8 (12,3%) детей, 3–7 лет — 35 (53,8%), 7–10 лет — 13 (20%), старше 10 лет — 9 (13,8%) детей. В зависимости от типа генетического варианта пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа — с вариантами в гене *MECP2*, приводящими к потере функции белка, — 36 (55,4%) детей, из них варианты, приводящие к сдвигу рамки считывания, — 14 (21,5%), нонсенс-варианты — 20 (30,8%), варианты сайта сплайсинга — 2 (3,1%); 2-я группа — миссенс-варианты — 29 (44,6%) детей.

Результаты. Интеллектуальная недостаточность, стереотипии, расстройства аутистического спектра, затруднение целенаправленных движений рук диагностированы в 100% случаев у пациентов всех возрастов. Эпилепсия встречалась у 23 (63,9%) пациентов в группе с вариантами, приводящими к потере функции белка, в группе

с миссенс-вариантами — у 29 (51,7%). Ограничение двигательных функций выявлено у 9 (25%) детей из группы вариантов с потерей функции белка, у 3 (10,3%) — с миссенс-вариантами. Количество детей, способных говорить слова, было одинаково низким в обеих группах — 22,2 и 20,7% соответственно. В связи с наличием у описываемого заболевания стадийности клинических проявлений, нами был проведен анализ данных в зависимости от возраста. Эпилепсия встречалась во всех возрастных группах, в возрасте 1–3 лет — в 75% случаев, старше 10 лет — в 77,8%. Частота встречаемости эпилептической активности в группе 3–7 лет составляла 97,1%, а эпилепсия в этой группе дебютировала лишь в 51,4% случаев, что соответствует стадиям заболевания. На фоне противосудорожной терапии происходит стабилизация состояния, к 10 годам процент детей с эпилептиформной активностью по данным ЭЭГ снижается на 19,3%.

Заключение. Развитие эпилепсии не зависит от характера выявленных генетических вариантов. В группе 3–7 лет доля детей с наличием эпилептической активности на ЭЭГ значительно превышает количество пациентов с эпилепсией, в связи с чем необходимо проведение ЭЭГ-мониторинга у всех детей с синдромом Ретта вне зависимости от возраста. Эпилепсия является одним из факторов, приводящих к прогрессированию заболевания, раннее назначение терапии способствует стабилизации состояния пациентов.

2-е место

Фекальная М2-пируваткиназа как потенциальный неинвазивный инструмент диагностики и мониторинга язвенного колита у детей

Гарина Г.А., Ханафина М.А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время эндоскопические методы не используются для мониторинга воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) у детей из-за их инвазивности. М2-пируваткиназа (М2-ПК) является потенциальной альтернативой илеоколоноскопии в диагностике и мониторинге у детей с язвенным колитом (ЯК).

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость М2-ПК при язвенном колите у детей.

Пациенты и методы. В исследование вошли 85 детей с ЯК и 30 условно здоровых детей, средний возраст составил 14 лет (Q_1 – Q_3 — 11–16). Уровни М2-ПК (пг/мл) и фекального кальпротектина (ФК, мкг/г) определяли методом иммуноферментного анализа в зависимости от клинической (индекс Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index), лабораторной, эндоскопической (индекс Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity) и гистологической (индекс Geboes) активности заболевания у всех

детей. Статистическая обработка проводилась с использованием StatTech v.4.2.

Результаты. Показатели М2-ПК были статистически значимо выше у детей с ЯК (Me — 90,7 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 20,2–210,2), чем у детей из группы контроля (Me — 20,2 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 8,9–27,2); $p < 0,05$. Уровень М2-ПК в активную фазу ЯК по индексу PUCAI был выше (Me — 156,8 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 47,4–238,6), чем в фазу ремиссии (Me — 33,8 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 15,8–66,7); $p = 0,012$. Аналогично концентрация М2-ПК была выше у детей с эндоскопически активной формой ЯК (Me — 170,9 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 43,4–244,7) по сравнению с фазой ремиссии (Me — 50,2 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 23,3–60,9); $p < 0,001$. М2-ПК была выше при гистологически активной форме ЯК (Me — 192,7 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 47,4–248,1) по сравнению с фазой ремиссии (Me — 47,1 пг/мл; Q_1 – Q_3 — 9–84,9); $p = 0,023$. Сравнительный анализ значения показателей М2-ПК и ФК выявил меньшую

чувствительность ФК (80%) по сравнению с М2-ПК (90%) при определении клинической активности ЯК. В отличие от М2-ПК, показатели ФК статистически значимо не различались в зависимости от эндоскопической и гистологической активности ЯК ($p > 0,05$), что подчеркивает большую ценность М2-ПК как предиктора рецидива и заживления слизистой оболочки толстой кишки.

Заключение. Фекальная М2-ПК может использоваться в качестве дополнительного неинвазивного

диагностического маркера ЯК в детском возрасте. Ее высокий уровень может указывать на активную форму ЯК, определять рецидив и показания к повторной илеоколоноскопии. С учетом того, что М2-ПК превосходит ФК при определении эндоскопической и гистологической активности ЯК, определение уровня рассмотренного маркера представляется перспективным и неинвазивным инструментом мониторинга данного заболевания.

Анализ эффективности и безопасности генно-инженерной биологической терапии у детей с ювенильным артритом: данные регионального регистра

Миглан П.И., Бикияева В.С., Попцова Т.А.

Областная клиническая больница № 1, Тюмень, Российская Федерация

Актуальность. Терапия генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) улучшает прогноз ювенильного артрита у детей, позволяя достичь ремиссии и избежать инвалидизации. Для оценки ее эффективности и безопасности необходимым инструментом является региональный регистр.

Цель исследования. Дать характеристику популяции и оценить результаты применения ГИБП при ювенильном артрите у детей по данным регионального специализированного регистра.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ данных регионального регистра детей (≤ 17 лет) с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА), получавших подкожные формы ГИБП в условиях дневного стационара ГБУЗ ТО «ОКБ № 1» (данные актуальны на 01.12.2025).

Результаты. В анализ включены данные 70 пациентов с ЮИА, получавших терапию ГИБП. В когорте преобладали девочки — 39 человек (57%). 22 (31%) пациента имелиотягощенный семейный анамнез по ревматической патологии. Иммунологическая активность регистрировалась у 22 (31%) пациентов с преобладанием положительного антинуклеарного фактора и анти-тел к двуспиральной ДНК. Аллель HLA-B27 выявлен у 25 (36%) детей. Увеит в дебюте заболевания отмечался

у 17 (24%) детей. 60 пациентов до терапии ГИБП получали терапию метотрексатом. Большинству детей (59 пациентов (84%)) терапия проводилась первым назначенным ГИБП, а в 11 (16%) случаях потребовалось переключение на иной препарат. В качестве первого ГИБП наиболее часто применялся этанерцепт (36 пациентов (51%)), замена которого потребовалась 8 больным, в том числе у 4 — в связи с развитием увеита *de novo*. Адалимумаб в качестве первой линии получали 30 (43%) пациентов, реже использовались такие препараты, как голиму-маб, секукинумаб, тоцилизумаб. 13 (18,5%) пациентам на фоне проводимой терапии удалось достичь медикаментозной ремиссии заболевания, 47 (67%) детей находятся в низкой степени активности заболевания.

Заключение. На основании анализа данных регионального регистра установлена высокая клиническая эффективность терапии ГИБП у детей с ЮИА, позволяющая достичь ремиссии или низкой активности заболевания. Терапия характеризуется удовлетворительным профилем безопасности, при этом выявлен специфический риск развития увеита на фоне применения этанерцепта, требующий мониторинга. Полученные данные подтверждают целесообразность создания и ведения региональных регистров как инструмента для оценки реальной практики.

Детское ожирение: цена короткого сна? Новые горизонты познания

Суханова М.А.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация

Актуальность. В последние десятилетия в педиатрии растет интерес к изучению роли сна в развитии метаболических нарушений и прогрессировании ожирения.

Цель исследования. Изучить особенности нарушения сна у подростков с ожирением.

Пациенты и методы. Обследованы 30 подростков 12–17 лет. Основная группа ($n = 15$) — подростки с алиментарным ожирением ($\text{SDS IMT} \geq +2,0$), группа сравнения ($n = 15$) — соматически здоровые подростки с нормальной массой тела. Проведена оценка физического развития (SDS IMT), субъективных характеристик сна

с использованием шкал сна и бодрствования подростков (Adolescent Sleep-Wake Scale), качественных характеристик сна методом клинической полисомнографии. Статистическая обработка данных — XLState.

Результаты. Обе обследуемые группы были однородны и сопоставимы. У 20% подростков основной группы отмечалось ожирение 2-й степени; у 60% — 3-й степени, у 20% — морбидное ожирение. При субъективной оценке качества сна (ASWS) 50% подростков с ожирением имели трудности при засыпании. В стадии поддержания сна 33% подростков с ожирением отмечали шумное дыхание

во сне. В стадию пробуждения только 17% подростков с ожирением сообщили, что ощущают себя после сна отдохнувшим. В группе сравнения выраженных изменений сна не было. По данным гипнограммы у пациентов с ожирением отмечено снижение общей продолжительности сна: 399,5 [382; 407] и 482 [474; 487] в основной и группе сравнения соответственно ($p < 0,0001$). У пациентов с ожирением отмечены укорочение латенции N3 фазы медленного сна — 11 [10; 19] и 52 [49; 54] мин соответственно и достоверное увеличение латен-

ции REM-фазы — 135 [124,75; 143] против 82 [79; 84] ($p < 0,0001$). Выявлен дисбаланс продолжительности фаз сна у пациентов с ожирением в виде снижения длительности N1 и N2 и удлинения фаз N3 и REM, что указывало на неполноценность ночного отдыха. В группе сравнения отклонений не выявлено.

Заключение. Полученные данные могут свидетельствовать о взаимосвязи между прогрессированием метаболических расстройств у пациентов с ожирением и нарушением архитектуры сна.

3-е место

Внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника у детей: анализ спектра распространенности, динамики развития и сравнение со взрослой популяцией

Липихина В.С., Гетманов С.Д., Кострыгина М.М., Дунай И.В.

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

Актуальность. Манифестация внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) нередко предшествует развитию классической гастроинтестинальной симптоматики, что значительно затрудняет раннюю верификацию диагноза и отрицательно влияет на клинические исходы.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости и особенностей развития внекишечных проявлений ВЗК у детей и сравнение полученных данных с аналогичными показателями у взрослых пациентов.

Пациенты и методы. Проведен ретроспективный анализ клинических данных педиатрической когорты пациентов с ВЗК ($n = 219$), находившихся на госпитализации в отделении гастроэнтерологии с дневным стационаром НИИ педиатрии и охраны здоровья детей РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского в 2024–2025 гг. Проводили сравнительный анализ частотных показателей с результатами исследования во взрослой популяции ($n = 1971$) с применением критерия согласия Пирсона χ^2 .

Результаты. Как минимум одно внекишечное проявление ВЗК верифицировано у 72 (32,9%) из 219 пациентов; у 9 (4,1%) диагностировано по 2 внекишечных проявления. Спектр внекишечных проявлений был представлен следующим образом: чаще встречались поражения опорно-двигательного аппарата — 51,4% детей с ВЗК; на втором месте находились гепатопанкреа-

тобилиарные проявления — 33,3%; поражения кожи и ее придатков диагностированы у 25,0% пациентов; изменения со стороны почек верифицированы у 4,2% детей. Офтальмологические проявления, часто описываемые у взрослых пациентов с ВЗК, в исследуемой педиатрической группе не обнаружены. При сопоставлении полученных данных с результатами обследования взрослых пациентов выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$): поражения опорно-двигательного аппарата чаще регистрируются у взрослых пациентов ($\chi^2 = 8,63$), тогда как гепатопанкреатобилиарные проявления ВЗК — у детей ($\chi^2 = 20,1$). При анализе динамики развития внекишечных проявлений ($n = 24$) у одного ребенка в течение 12 мес наблюдения произошла манифестация двух новых внекишечных проявлений.

Заключение. Внекишечные проявления ВЗК у детей имеют возрастные особенности, обуславливающие течение заболевания, маскирующееся под поражение других органов и систем. Это диктует необходимость включения ВЗК в алгоритм дифференциальной диагностики при дебюте заболевания с внекишечных симптомов. Ведение пациентов с ВЗК, осложненным внекишечными проявлениями, требует мультидисциплинарного подхода и разработки персонализированных терапевтических стратегий, учитывающих полиморфизм клинических проявлений.

Клинико-патогенетические аспекты особенностей пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра

Лобанов М.Е.

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов, Российская Федерация

Актуальность. Нарушения пищевого поведения у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) тесно связаны с сенсорными особенностями. Существующие опросники сложны для скрининга,

а малоизученная связь сенсорики и питания затрудняет практическую работу.

Цель исследования. Изучить клинико-патогенетические особенности пищевого поведения у детей с РАС

и определить корреляции сенсорных профилей с конкретными пищевыми девиациями.

Пациенты и методы. В исследование включен 51 пациент с подтвержденным диагнозом РАС (F84.0), медиана возраста — 7 лет (Q_1 – Q_3 — 5–10). Проведены анализ медицинской документации и клинический осмотр. Сенсорный профиль пищевого поведения оценивали оригинальным опросником, созданным на основе SP-2, BAMBI и CFNS (α Кронбаха = 0,75). Статистический анализ выполнен в Statistica 10 с использованием параметрических и непараметрических методов; корреляции рассчитывали по Спирмену при $p < 0,05$.

Результаты. Среди включенных детей ($n = 51$) с РАС преобладали мальчики — 96% ($n = 49$). Медиана начала пищевых проблем — 16 мес (Q_1 – Q_3 — 12–24). Девиации: пикацизм — 49% ($n = 25$), неофобия — 43% ($n = 22$), ритуализированное поведение — 41% ($n = 21$), полифагия — 31% ($n = 16$). Сенсорные профили: избегание — 61% ($n = 31$), поиск — 25% ($n = 13$), смешанный — 14% ($n = 7$). При избегании отказ был связан с гиперчувствительностью: крупы/каши (–0,569), фрукты (–0,536), мясо (–0,528), овощи и рыба (–0,490/–0,463). Неофобия

коррелировала с избеганием новых продуктов (0,672), ритуалы — с визуальной организацией (0,627), пикацизм — с обонятельным избеганием (–0,352), полифагия — с защитным эффектом при вкусовой гиперчувствительности (–0,354). При сенсорном поиске пикацизм был центральным маркером (0,495–0,785), полифагия отражала стремление к интенсивной вкусовой стимуляции (0,439–0,529), ритуалы носили компенсаторный характер (0,370), неофобия соответствовала текстурному избеганию (–0,400–0,415). Сенсорные триггеры: фрукты — жевательная/тактильная стимуляция (0,589–0,609), рыба и овощи — термальная (0,487–0,540).

Заключение. У детей с РАС нарушения питания имеют отчетливую сенсорную природу, формируя устойчивые связи между типом сенсорного профиля и характером девиаций. Сенсорное избегание связано с гиперчувствительностью и отказом от продуктов, сенсорный поиск — с пикацизмом и полифагией. Полученные данные подтверждают патогенетическую роль сенсорных механизмов и обосновывают необходимость их учета в клинической практике врача-педиатра, включая маршрутизацию и ранний скрининг.

Выраженность структурных изменений печени у детей: синергизм матриксных белков и серологических индексов

Фатуллаев С.Т.

НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №2 ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского», Москва, Российская Федерация

Актуальность. Рост выявляемости хронических заболеваний печени (ХЗП) у детей и ограничения биопсии (инвазивность, риск осложнений, невозможность динамического мониторинга) обуславливают необходимость разработки надежных малоинвазивных методов оценки выраженности фиброза.

Цель исследования. Оптимизация малоинвазивной диагностики фиброза печени (ФП) у детей путем интеграции в диагностический алгоритм прямых серологических биомаркеров и расчетных индексов.

Пациенты и методы. Обследованы 111 детей с хроническими болезнями печени различной этиологии. Медиана возраста составила 9,9 года. Всем детям для определения стадии ФП проводили двумерную эластографию сдвиговой волной (ДЭСВ), оценку сывороточных концентраций прямых биомаркеров ФП с помощью иммуноферментного метода: гиалуроновой кислоты (ГК), нг/мл; фактора дифференцировки роста-15 (ФДР-15), пг/мл; протеина-1 экстраклеточного матрикса (ПЭМ-1), пг/мл. Также проведен расчет индексов Aspartate-aminotransferase to Platelet Ratio Index (APRI) и Fibrosis-4 (FIB-4). Для статистического анализа применялись критерии Краскела – Уоллиса, Данна и Манна – Уитни с поправкой Холма, коэффициент ранговой корреляции Спирмена (rs). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. По данным ДЭСВ стадия F0 выявлена у 26, F1 — у 37, F2 — у 18, F3 — у 20, F4 — у 10 детей. Концентрации ГК в соответствии с указанными стадиями ФП составили 20,0; 38,0; 80,0; 207,0; 353,0. Отмечены статистически значимые различия уровней ГК между

группами со стадиями ФП F0 и F2 ($p < 0,001$), F0 и F3 ($p < 0,001$), F0 и F4 ($p < 0,001$), F1 и F3 ($p = 0,002$), F1 и F4 ($p = 0,011$). Сывороточные концентрации ФДР-15 в соответствии с указанными стадиями ФП составили 160,00; 192,50; 380,50; 473,50; 432,00. ФДР-15 в сыворотке крови достоверно различался между детьми со стадиями F0 и F2 ($p = 0,003$), F0 и F3 ($p < 0,001$), F0 и F4 ($p = 0,003$), F1 и F3 ($p = 0,037$). Сывороточные концентрации ПЭМ-1 в соответствии с указанными стадиями ФП составили 256,00; 392,00; 403,00; 478,50; 501,00. Дифференцирующая способность: ПЭМ-1 хорошо разделяет стадии F0 и F1 ($p < 0,001$), F0 и F2 ($p = 0,021$), F0 и F3 ($p = 0,027$), F0 и F4 ($p < 0,031$). Значение APRI при F0 составило 0,36; при F1 — 0,32; при F2 — 0,32; при F3 — 0,99; при F4 — 1,57. Выявлены статистически значимые различия индекса APRI между детьми со стадиями F3 и F0 ($p = 0,013$), F4 и F0 ($p = 0,013$), F3 и F1 ($p = 0,002$), F4 и F1 ($p = 0,003$), F3 и F2 ($p = 0,030$), F4 и F2 ($p = 0,026$). Индекс FIB-4 при F0 составил 0,23; при F1 — 0,29; при F2 — 0,36; при F3 — 0,47; при F4 — 0,72. Выявлены статистически значимые различия индекса FIB-4 между стадиями ФП ($p = 0,025$). Корреляционный анализ показал статистически значимую заметную положительную взаимосвязь между APRI и FIB-4 ($rs = 0,598$, $p < 0,001$).

Заключение. Совместная оценка сывороточных концентраций ГК, ФДР-15 и ПЭМ-1 в комбинации с индексами APRI и FIB-4 позволяет в ряде клинических ситуаций рассматривать данный комплекс показателей как малоинвазивный инструмент стратификации стадий ФП у детей.