

© В. Б. Шамик, А. А. Малыхин, 2026
УДК 617.586-007.5-071.2/.3-073.75-053.3
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2026.21006>
ISSN – 2073-8137

Сравнительный анализ применения оригинального рентгенологического метода и шкалы Dimeglio в оценке степени тяжести косолапости у грудных детей

В. Б. Шамик¹, А. А. Малыхин^{1,2}

¹ Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

² Областная детская клиническая больница, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Comparative analysis of the use of the original radiographic method and the Dimeglio scale in assessing the severity of clubfoot in infants

Shamik V. B.¹, Malykhin A. A.^{1,2}

¹ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

² Regional Children's Clinical Hospital, Rostov-on-Don, Russian Federation

Обследовано 80 пациентов грудного возраста с врожденной косолапостью. Степень тяжести косолапости определялась по шкале Dimeglio и оригинальным рентгенологическим методом. Сравнение результатов диагностики проводили с помощью статистической программы StatTech v.4.7.0. Распределение пациентов по степени тяжести заболевания в зависимости от метода диагностики статистически значимо различалось ($p < 0,001$). Для пациентов с легкой степенью косолапости результаты исследования совпадали, а для других степеней по Dimeglio характерна недооценка степени тяжести заболевания за счет эквинусного компонента. При корреляционном анализе связи между величинами угла деформации и баллами по шкале Dimeglio выявлена тесная прямая взаимосвязь ($p < 0,05$).

Предложенный новый метод диагностики тяжести косолапости позволит персонализировать выбор способа операции и улучшить результаты лечения косолапости у грудных детей.

Ключевые слова: косолапость, классификация, рентгенодиагностика, шкала Dimeglio, грудные дети

80 infants with congenital clubfoot were examined. The severity of clubfoot was determined by the Dimeglio scale and the original X-ray method. The comparison of diagnostic results was performed using the statistical program StatTech v.4.7.0. The distribution of patients by the severity of the disease depending on the diagnostic method was statistically significantly different ($p < 0.001$). For patients with mild clubfoot, the results of the study coincided, and for other degrees of Dimeglio, an underestimation of the severity of the disease due to the equine component is characteristic. Correlation analysis of the relationship between the angle of deformation and the Dimeglio scores revealed a close direct relationship ($p < 0.05$).

The proposed new method for diagnosing clubfoot severity will allow personalizing the choice of surgery and improving the results of clubfoot treatment in infants.

Key words: clubfoot, classification, X-ray diagnostics, Dimeglio scale, infants

Для цитирования: Шамик В. Б., Малыхин А. А. Сравнительный анализ применения оригинального рентгенологического метода и шкалы Dimeglio в оценке степени тяжести косолапости у грудных детей. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2026;21(1):30-34. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2026.21006>

For citation: Shamik V. B., Malykhin A. A. Comparative analysis of the use of the original radiographic method and the Dimeglio scale in assessing the severity of clubfoot in infants. *Medical News of North Caucasus*. 2026;21(1):30-34. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2026.21006> (In Russ.)

Деформации стоп у детей встречаются часто, существенно влияя на функциональность и качество их жизни. Косолапость является сложным дефектом и отмечена примерно у 150000–200000 новорожденных в мире [1, 2]. Частота встречаемости этого заболевания составляет 0,05–0,68 % [3–5]. Разработано множество классификаций врожденной косолапости по степени тяжести, однако ни одна из них не является общепризнанной [6]. Наибольшей популярностью пользуются методики Pirani и Dimeglio, основан-

ные на определении балльных шкал [7–11]. Эти методики основаны на субъективных критериях, что снижает уровень достоверности получаемых результатов. После 7–10 дней консервативного лечения косолапости признаки деформации, положенные в основу классификации, корректируются или исчезают полностью и, соответственно, тяжесть косолапости согласно представленным выше шкалам будет меняться в сторону облегчения заболевания [11]. Данные особенности требуют совершенствования классификации ко-

солапости с учетом изменений согласно последовательности применения лечения и использования объективных критериев, не зависящих от субъективного суждения врача-ортопеда. Объективная оценка с фиксацией результатов исследования характерна для рентгенологического метода. Однако мнения ученых о необходимости использования этого метода при диагностике косолапости разделились [12–18].

Цель исследования – представить результаты сравнительного анализа применения оригинального рентгенологического метода и шкалы Dimeglio в оценке степени тяжести косолапости у грудных детей.

Материал и методы. На базе Областной детской клинической больницы г. Ростова-на-Дону в период с 2022 по 2024 г. выполнено обследование 80 детей в возрасте 0–6 месяцев с врожденной односторонней идиопатической косолапостью.

Всем пациентам при первичном обращении до начала лечения выполнялась оценка степени тяжести деформации по шкале Dimeglio. Данная шкала основана на оценке наличия и возможности коррекции базовых и дополнительных критериев. В качестве базовых критериев рассматриваются эквинусный компонент деформации стопы, варусное отклонение пятки, угол внутренней ротации стопы относительно передней поверхности коленного сустава, угол приведения переднего отдела стопы. Дополнительными критериями являются глубокая надпяточная складка, выраженная гипотрофия мышц нижней конечности, выраженный кавус стопы, глубокая поперечная подошвенная складка [11]. По шкале Dimeglio выделяли 4 степени тяжести деформации. Легкую степень тяжести деформации стопы выставляли при 5 и менее баллах, среднюю степень тяжести определяли с 5–9 баллами, тяжелую – при 10–14 баллах. Очень тяжелую степень тяжести косолапости отмечали при наличии 15 баллов и более. Для лечения косолапости использовали метод Понсети. После его проведения этапными гипсовыми повязками варусная деформация стоп устранялась. Перед хирургическим вмешательством (ахиллотомией) по поводу коррекции оставшегося эквинусного компонента заболевания всем детям выполнено определение степени тяжести врожденной косолапости по новой методике с использованием рентгенологического исследования [19]. Рентгенологическое исследование проводилось в операционном блоке с помощью интервенционной рентгеновской системы Siemens Cios Alpha, включающей аппарат передвижной рентгеновский цифровой С-дуга для рентгеноскопии («Cios Alpha» (Германия). Лучевая нагрузка 0,1 mGy (0,6 μ Gy·m²). Время экспозиции – 0,2 с.

Степени тяжести определяли следующим образом. Пациента укладывали на спину. По внутренней поверхности голени от верхней трети большеберцовой кости до края медиальной лодыжки наносили линию рентгеноконтрастным веществом (раствором сульфата бария), соответствующую оси голени. По внутренней поверхности стопы наносили линию этим же веществом по средней линии оси пяточной кости от бугра до ее переднего края. Выполняли рентгенографию в боковой проекции при удержании стопы в положении умеренной коррекции (рис. 1). В результате на полученной рентгенограмме определяли угол между рентгеноконтрастными линиями. В зависимости от величины угла выделяли три степени деформации: 1 степень – с углом от 91 до 100 градусов, 2 степень – угол варьировал в диапазоне от 101 до 110 градусов, 3 степень – с углом 111 градуса и более.



Рис. 1. Измерение угла эквинусной деформации стопы у грудного ребенка с косолапостью по оригинальному рентгенологическому методу (боковая проекция)

Исследования в группах больных проведены в соответствии с этическими стандартами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2013 года и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», утвержденными приказом Минздрава РФ от 19.06.2003 г. № 266. Настоящее исследование одобрено локальным независимым этическим комитетом Ростовского государственного медицинского университета (протокол № 18/24 от 21.11.2024). Родители всех пациентов, госпитализированных в клинику больницы, подписывали согласие на участие в клинических исследованиях.

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.7.0 (ООО «Статтех», Россия). Программа зарегистрирована Федеральной службой по интеллектуальной собственности (№ 2020615715 от 29.05.2020). При проведении теста на нормальность распределения показателей в выборках использовали критерий Колмогорова – Смирнова. По причине несоответствия нормальному распределению количественные данные представляли посредством медианы, нижнего и верхнего квартилей. Для сравнения количественных величин в нескольких группах применяли дисперсионный анализ и критерий Краскела – Уоллиса. Оценку сопряжения между признаками в многопольных таблицах проводили с помощью критерия Хи квадрат (χ^2) Пирсона. При корреляционном анализе связи между двумя показателями использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Согласно результатам исследования по шкале Dimeglio легкая степень тяжести косолапости выявлена у 5 пациентов, средняя степень тяжести деформации – у 28 больных, тяжелая степень – у 39 обследованных и крайне тяжелая степень диагностирована у 8 детей. Возраст

пациентов при различных степенях тяжести по Dimeglio не различался ($p=0,163$) (табл. 1).

Таблица 1

Возраст пациентов с учетом степени тяжести деформации при врожденной косолапости

Показатели	Степень тяжести				p
	Легкая	Средняя	Тяжелая	Очень тяжелая	
Шкала Dimeglio					
Количество пациентов, n	5	28	39	8	
Возраст, месяцы, Ме [25; 75]	3,0 [3,0; 4,0]	2,0 [2,0; 4,0]	2,0 [2,0; 3,0]	2,0 [2,0; 2,2]	0,163
Оригинальный рентгенологический метод					
Количество пациентов, n	4	20	56	-	
Возраст, месяцы, Ме [25; 75]	3,0 [2,8; 3,2]	3,0 [2,0; 4,0]	2,0 [2,0; 3,0]	-	0,070

Примечание: Ме – медиана, [25; 75] – нижний и верхний квартили, p – уровень значимости различий между группами с разной степенью тяжести оценивали дисперсионным анализом с помощью критерия Краскела – Уоллиса.

Согласно результатам, полученным при обследовании пациентов по новой методике, легкая степень тяжести выявлена у 4 детей, средняя степень – у 20 обследованных и тяжелая – у 56 пациентов. Анализ возраста пациентов с учетом степени тяжести деформации, определенной по авторской методике, показал отсутствие его различий ($p=0,070$) (табл. 1).

Корреляционный анализ связи между баллами по шкале Dimeglio и углом деформации, определенным по авторской методике, показал тесную прямую связь. Коэффициент корреляции Спирмена между изучаемыми показателями составил 0,815 ($p<0,001$). Уравнение линейной регрессии, отражающее зависимость угла деформации по новой методике от баллов по шкале Dimeglio, имело вид: $Y=1,327 \times X+98,563$, где Y – угол деформации по новой методике, X – баллы по шкале Dimeglio. При увеличении баллов по шкале Dimeglio на 1, следует ожидать увеличение угла деформации на 1,327 градуса. Полученная линейная модель объясняла 65,0 % наблюдаемой вариабельности угла деформации в выборке (рис. 2).

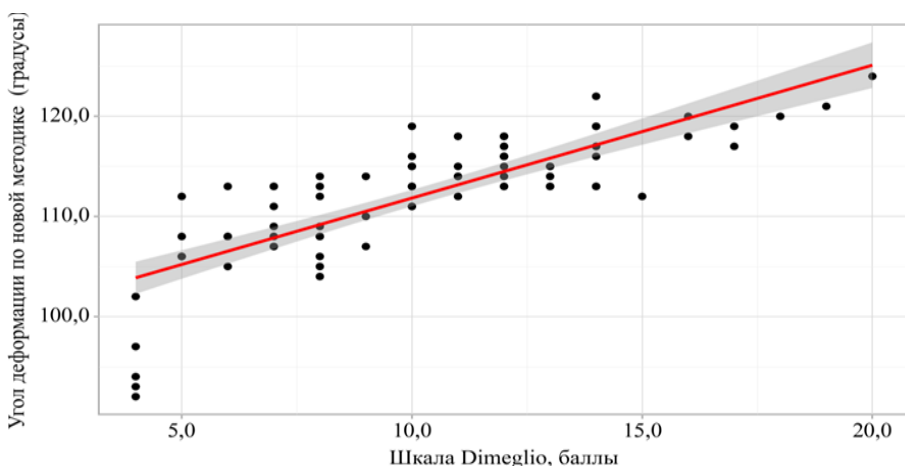


Рис. 2. Корреляционная зависимость между баллами по шкале Dimeglio и углом деформации, определенным по оригинальному рентгенологическому методу

Далее оценивали сопряжение между степенями тяжести по Dimeglio и оценкой тяжести заболевания по авторской методике. При анализе результатов установлены различия распределения пациентов в зависимости от метода оценки тяжести заболевания. Только у пациентов с легкой степенью тяжести деформации по авторской методике тяжесть заболевания совпала со шкалой Dimeglio. У пациентов со средней тяжестью заболевания по новой методике в 95 % установлена средняя, а в 5 % – легкая тяжесть болезни по шкале Dimeglio. Среди пациентов с тяжелой степенью заболевания по авторскому методу в 69,6 % установлена тяжелая, в 16,1 % – средняя и в 14,3 % случаев – очень тяжелая степень болезни по шкале Dimeglio. Распределение пациентов по степени тяжести заболевания в зависимости от метода оценки (шкала Dimeglio или авторская методика) значительно различалось ($p<0,001$) (используемый метод: Хи-квадрат (χ^2) Пирсона) (табл. 2).

Таблица 2

Распределение пациентов по степени тяжести заболевания в зависимости от метода оценки

		Степень тяжести по оригинальному рентгенологическому методу			p
		Легкая n (%)	Средняя n (%)	Тяжелая n (%)	
Степень тяжести по Dimeglio	Легкая	4 (100,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	<0,001
	Средняя	0 (0,0)	19 (95,0)	9 (16,1)	
	Тяжелая	0 (0,0)	0 (0,0)	39 (69,6)	
	Очень тяжелая	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (14,3)	

Примечание: p – уровень значимости сопряжения определяли по методу создания таблиц сопряженности 4x3 и использования критерия Хи квадрат (χ^2) Пирсона.

В настоящее время в клинической практике для установления степени тяжести деформации при врожденной косолапости наиболее популярны балльные шкалы, например, Dimeglio [20–22]. Данная классификация основана на клинических данных, получаемых при осмотре пациента. Эти критерии носят субъективный характер, что негативно сказывается на точности установления степени тяжести. Через 7–10 дней после использования редрессации и этапных гипсовых повязок клинические признаки деформации частично или полностью исчезают, уменьшая тяжесть косолапости [11]. Это требует усовершенствования классификации в динамике коррекции деформации. Так, приведение переднего отдела стопы и супинация вследствие консервативного этапа лечения устраняются практически полностью, перед хирургическим этапом необходима диагностика только эквинусного компонента. Объективизация критериев оценки тяжести деформации привела к необходимости применения рентгенологического метода. Так как у грудных детей многие компоненты кости имеют хрящевую нерентгеноконтрастную структуру [17, 18],

потребовалось применение контрастного вещества – раствора сульфата бария. Согласно предложенной авторской методике использованы угловые значения деформации на рентгенограмме. Анализ результатов показал отсутствие различий возраста пациентов при разных степенях тяжести вне зависимости от метода их оценки. Это свидетельствовало о том, что до начала осевой нагрузки деформация не прогрессировала. Распределение пациентов по степени тяжести заболевания в зависимости от метода оценки (шкала Dimeglio или авторская методика) статистически значимо различалось ($p < 0,001$). Только у пациентов с легкой степенью косолапости результаты исследования совпадали, а при остальных степенях деформации по Dimeglio характерна недооценка степени тяжести, особенно за счет эквинусного компонента. Вероятно у пациентов с легкой степенью тяжести в основе деформации при врожденной косолапости может превалировать дисбаланс мышц-антагонистов над изменениями в сухожильно-связочном и костно-суставном аппарате стопы. Далее, с увеличением степени тяжести на первое место выходят изменения в капсульно-связочном и костно-суставном аппарате, особенно голеностопного и подтаранного суставов. По мнению авторов, это подчеркивает необходимость дифференцированного подхода в выборе хирургического метода для устранения эквинусного

компонента деформации. Ведь согласно представлению метода Понсети оперативный этап лечения заключается в проведении поперечной ахиллотомии 90 % пациентов [10, 17]. Видимо, отсутствие дифференцированного подхода к хирургическому этапу лечения косолапости по методике Понсети приводит к развитию осложнений и неблагоприятным исходам.

Заключение. Представленный оригинальный метод диагностики позволяет четко определить степень тяжести деформации на основе объективных рентгенологических данных. Данная методика не противопоставляется существующим шкалам, а дополняет их в динамике течения заболевания в результате проводимых лечебных мероприятий. Предложенный способ должен использоваться в комбинации с общепринятыми шкалами. Установлена тесная прямая взаимосвязь между величиной угла деформации, определенной по авторской методике, и количеством баллов по шкале Dimeglio. Оригинальный метод диагностики способствует объективизации результатов обследования и снижению риска недооценки тяжести деформации при врожденной косолапости. Применение оригинального метода диагностики позволит персонализировать выбор хирургической тактики в зависимости от степени эквинуса стопы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. Beer A. Common foot deformities in children. *Orthopaedics and Trauma*. 2024;38(6):343-348. <https://doi.org/10.1016/j.mporth.2024.10.001>
2. Hegazy M. A., Khairy H. M., Hegazy A. A., El-Aidy S. M. Clubfoot in children: An overview. *The Foot and Ankle Online Journal*. 2020;13(4):10. <https://doi.org/10.3827/foaj.2020.1304.0010>
3. Smythe T., Kuper H., Macleod D., Foster A., Lavy C. Birth prevalence of congenital talipes equinovarus in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Trop. Med. Int. Health*. 2017;22(3):269-285. <https://doi.org/10.1111/tmi.12833>
4. Medina-Alcantara M., Domínguez-Maldonado G., Garcia-Paya I., Jiménez-Cebrián A. M. Effectiveness of the Ponseti Method in the Treatment of Clubfoot: A Systematic Review. *Int. J. Environ Res. Public Health*. 2023;22(4):3714. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043714>
5. Yolaçan H., Güler S., Özmanevra R. Clubfoot from past to the present: A bibliometric analysis with global productivity and research trends. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(6):e32803. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000032803>
6. Клычкова И. Ю., Коныхов М. П., Лапкин Ю. А. Врожденная косолапость. Классификация, этиология, патогенез, эволюция методов лечения. *Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста*. 2014;2(3):53-63. [Klychkova I. Y., Konyukhov M. P., Lapkin Y. A. Congenital clubfoot. Classification, etiology, pathogenesis, the evolution of treatments. *Ortopediya, travmatologiya i vosstanovitel'naya khirurgiya detskogo vozrasta*. – *Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery*. 2014;2(3):53-63. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17816/PTORS2353-63>
7. Pavone V., Vescio A., Culmone A., Caldaci A., Rosa P. [et al.]. Interobserver Reliability of Pirani and Dimeglio Scores in the Clinical Evaluation of Idiopathic Congenital Clubfoot. *Children (Basel)*. 2021;8(8):618. <https://doi.org/10.3390/children8080618>
8. Шамик В. Б., Малыхин А. А. Врожденная косолапость у детей: этиопатогенез, классификация, диагностика, лечение (литературный обзор). *Современные проблемы науки и образования*. 2024;(6):97. [Shamik V. B., Malukhin A. A. Congenital clubfoot in children: etiopathogenesis, classification, diagnosis, treatment (literary review). *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. – *Modern problems of science and education*. 2024;6:97. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17513/spno.33755>
9. Тимаев М. Х., Сертакова А. В., Куркин С. А., Рубашкин С. А., Анисимова Е. А. [и др.]. Косолапость у детей (обзор). *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2017;13(3):514-520. [Timaev M. Kh., Sertakova A. V., Kurkin S. A., Rubashkin S. A., Anisimova E. A. [et al.]. Talipes equinovarus in children (review). *Saratovskii nauchno-meditsinskii zhurnal*. – *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2017;13(3):514-520. (In Russ.)].
10. Gaber K., Mir B., Shehab M., Kishta W. Updates in the Surgical Management of Recurrent Clubfoot Deformity: a Scoping Review. *Curr. Rev. Musculoskelet. Med*. 2022;15(2):75-81. <https://doi.org/10.1007/s12178-022-09739-6>
11. Круглов И. Ю., Румянцев Н. Ю., Омаров Г. Г., Румянцев Н. Н. Изменение степени тяжести врожденной косолапости за первую неделю жизни *Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста*. 2019;7(4):49-56. [Kruglov I. Y., Rumyantsev N. Y., Omarov G. G., Rumiantceva N. N. Change in the severity of congenital clubfoot in the first week of life. *Ortopediya, travmatologiya i vosstanovitel'naya khirurgiya detskogo vozrasta*. – *Pediatric Traumatology, Orthopaedics and Reconstructive Surgery*. 2019;7(4):49-56. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17816/PTORS7449-56>
12. Kamath S. U., Austine J. Radiological assessment of congenital talipes equinovarus (clubfoot): Is it worthwhile? *Foot (Edinb)*. 2018;37:91-94. <https://doi.org/10.1016/j.foot.2018.06.001>
13. Atanda A. A., Oni J. K., Ramsden D. M., Yoon R. S., Ahmad A. A. [et al.]. Prognostic Value of the Radiological Appearance of the Navicular Ossification Center in Congenital Talipes Equinovarus. *J. Foot Ankle Surg*. 2015;54(5):844-847. <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2015.01.007>
14. Rakonjac Z., Brdar R., Popovic M. The effect of clinical, radiographic and functional scores on the total score in the evaluation of congenital clubfoot. *Med Arc*. 2014;68(4):254-258. <https://doi.org/10.5455/medarh.2014.68.254-258>
15. Berger N., Forkl H., Heimkes B., Frimberger V., Wagner F. [et al.]. Midterm clinical and radiological outcomes of arthrogyposis-associated clubfoot treated with the Ponseti method: a retrospective observational study and comprehensive literature review. *J. Orthop. Surg. Res*. 2024;19(1):595. <https://doi.org/10.1186/s13018-024-05101-3>
16. Tahiriari M. A., Kheiri S., Jannesari Ladani M., Piri Ardakani M. A study on the effect of radiographic angles on clubfoot's recurrence. *Sci. Rep*. 2023;13(1):11734. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-38882-4>

17. Miron M. C., Grimard G. Ultrasound evaluation of foot deformities in infants. *Pediatr Radiol.* 2016;46(2):193-209. <https://doi.org/10.1007/s00247-015-3460-3>
18. Kamath S. U., Austine J. Radiological assessment of congenital talipes equinovarus (clubfoot): Is it worthwhile? *Foot (Edinb).* 2018;37:91-94. <https://doi.org/10.1016/j.foot.2018.06.001>
19. Малыхин А. А., Шамик В. Б., Шамик П. В., Рябоко-нев С. Г., Богданов И. В., Елфимов А. Л. Способ определения тяжести врожденной косолапости. Патент на изобретение № 2835013. Оpubл. 20.02.2025 Бюл. № 5. [Malykhin A. A., Shamik V. B., Shamik P. V., Ryabokonev S. G., Bogdanov I. V., Elfimov A. L. Method for determining the severity of congenital clubfoot. Patent for invention № 2835013. Publ. 20.02.2025. Bull. № 5. (In Russ.)].
20. Harvey N. J., Mudge A. J., Daley D. T., Sims S. K., Adams R. D. Inter-rater reliability of physiotherapists using the Pirani scoring system for clubfoot: Comparison with a modified five-point scale. *J. Pediatr. Orthop. B.* 2014;23:493-500. <https://doi.org/10.1097/BPB.0000000000000083>
21. Cosma D., Vasilescu D. E. A Clinical Evaluation of the Pirani and Dimeglio Idiopathic Clubfoot Classifications. *J. Foot Ankle Surg.* 2015;54:582-585. <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2014.10.004>
22. Mejabi J. O., Esan O., Adegbehingbe O. O., Orimolade E. A., Asuquo J. [et al.]. The Pirani Scoring System is Effective in Assessing Severity and Monitoring Treatment of Clubfeet in Children. *Br. J. Med. Med. Res.* 2016;17:1-9. <https://doi.org/10.9734/BJMMR/2016/27439>

Поступила 30.06.2025

Сведения об авторах:

Шамик Виктор Борисович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры детской хирургии и ортопедии; тел.: +79185577736; e-mail: prof.shamik@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-0461-8700>

Малыхин Алексей Алексеевич, врач отделения травматологии и ортопедии; тел.: +79889502659; e-mail: a.malikhin@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0003-7567-5897>

© Коллектив авторов, 2026

УДК 616.24-002

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2026.21007>

ISSN – 2073-8137

Микоплазменная инфекция у детей с бронхиальной астмой

А. В. Деньгина¹, В. П. Карпов², В. А. Батурин², Л. С. Бадирян²,
О. Ю. Позднякова³, Е. А. Енина^{1,2}, И. И. Ольшанская²

¹ Краевая детская клиническая больница, Ставрополь, Российская Федерация

² Ставропольский государственный медицинский университет,
Российская Федерация

³ Северо-Кавказский федеральный университет, Ставрополь,
Российская Федерация

Mycoplasma infection in children with bronchial asthma

Dengina A. V.¹, Karpov V. P.², Baturin V. A.², Badiryani L. S.²,
Pozdnyakova O. Y.³, Enina E. A.^{1,2}, Olshanskaya I. I.²

¹ Regional Children's Clinical Hospital, Stavropol, Russian Federation

² Stavropol State Medical University, Russian Federation

³ North-Caucasus Federal University, Stavropol, Russian Federation

Проведен сравнительный анализ эффективности антибактериальной терапии микоплазменной инфекции у детей с бронхиальной астмой, получавших длительную терапию ингаляционными глюкокортикостероидами. Всем пациентам проводилось микробиологическое исследование мазков из зева на чувствительность к противомикробным средствам. Эмпирически после верификации диагноза микоплазменной инфекции большинству пациентов назначались макролиды, однако по результатам бактериологического анализа выявлена высокая степень резистентности *M. pneumoniae* к макролидам, в особенности к азитромицину. Неадекватная стартовая антибактериальная терапия приводит к длительной персистенции возбудителя в организме, а проводимая базисная терапия ингаляционными глюкокортикостероидами, подавляя местный иммунитет, усугубляет гиперреактивность бронхов и приводит к утяжелению течения бронхиальной астмы. Проведенное исследование демонстрирует необходимость обязательного индивидуального подбора антибактериальной терапии с определением чувствительности микоплазмы к противомикробным средствам. Это позволит повысить эффективность лечения, уменьшить риск хронизации инфекционного процесса и достичь контроля за течением бронхиальной астмы у детей.

Ключевые слова: бронхиальная астма, микоплазменная инфекция, дети, ингаляционные глюкокортикостероиды, антибиотикорезистентность, респираторный микоплазмоз, *M. pneumoniae*