

ФГАОУ ВО ПЕРВЫЙ МГМУ ИМЕНИ И.М. СЕЧЕНОВА
МИНЗДРАВА РОССИИ
СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ



СБОРНИК ТЕЗИСОВ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

ИНСТИТУТ ЭЛЕКТРОННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

13–14 МАЯ 2020 | МОСКВА

<http://pediatricforum-sechenov.ru>

Федеральное государственное
автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский университет)

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

Научно-практической конференции
«Второй Всероссийский педиатрический форум
студентов и молодых ученых
с международным участием»

13–14 мая 2020 г.
Москва

СБОРНИК ТЕЗИСОВ. Научно-практической конференции «Второй Всероссийский педиатрический форум студентов и молодых ученых с международным участием». 13–14 мая 2020, Москва. — М.: Издательство ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). — 2020. — 116 с.

Все материалы в сборнике опубликованы в редакции авторов.

НАПРАВЛЕНИЕ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ

ЭТАПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Чечулин Е.С.

Научный руководитель:

Фомина Инна Владимировна, к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский
университет Минздрава России, Тюмень, Россия

Введение. Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимают преждевременные роды (ПР) [2,5], частота которых приблизительно 5–7% всех родов в мире [1]. В Тюменской области (ТО) введен поэтапный механизм маршрутизации [4], направленный на предотвращение развития ПР и своевременную госпитализацию пациенток стационар соответствующего уровня [3].

Цель. Изучить этапы мероприятий, направленных на раннее выявление ПР и своевременную маршрутизацию, с целью оказания высокоспециализированной медицинской помощи.

Материалы и методы. Сплошное ретроспективное когортное исследование «Формализованных историй болезни» случаев преждевременных родов женщин, родоразрешенных в акушерско-гинекологических организациях Тюменской области в 2016–2018 гг. Для статистической обработки материала применялись программы Microsoft Excel и Statistica 13.

Результаты. Показатель рождаемости в ТО с 2014 г. снизился на 15,3%, и к 2017 году составил 14,4%, что выше общероссийского значения. Число родов, принятых в области в 2017 г., составило 21 402 случаев, что на 13% меньше, чем в 2014 г. В 2018 году в области произошло 21 387 родов. В ТО наблюдается рост удельного веса нормальных родов и в 2018 году увеличился на 2% (52% от общего количества родов) по сравнению с 2013 годом (в РФ в 2016 на нормальные роды приходится 38,4 % от всех случаев родоразрешений).

Перинатальная смертность в 2018 году равнялась 5,6%, что ниже уровня смертности в 2015 году на 23,3%. Благоприятные результаты в снижении показателей перинатальной смертности возможны благодаря совершенствованию службы неонатологии, реанимации и грамотной маршрутизации пациенток.

Как в РФ, так и в ТО наблюдается снижение числа преждевременных родов, однако этот показатель остается относительно стабильным. В 2013 году на долю преждевременных родов приходилось 5,7%, в 2018 году этот показатель достиг значения 5,1%. В ТО создана трехуровневая система оказания акушерско-гинекологической и перинатальной помощи. Тюменская область находится на втором месте по доле ПР, протекающих в учреждениях III уровня. Доля ПР в перинатальных центрах (ПЦ) выросла на 15,6 % и составила в 2018 г 71,2% (2015 год — 61,6%).

ПЦ активно сотрудничают с Центром медицины катастроф и санитарной авиации с целью выявления ПР и своевременной маршрутизацией. В 2018 году в организации III уровня было эвакуировано 158 пациенток в ПЦ г. Тюмень, в том числе и транспортом санитарной авиации. Также проводится транспортировка пациенток с угрожающими преждевременными родами в медицинские организации II и III уровней. Всего за 2018 год переведено 169 пациенток, из них 93,5% в Областной перинатальный центр г. Тюмень.

Структура причин ПР за 2016–2018 года кардинально не изменилась. Тремя причинами развития ПР являются: спонтанно развивающаяся родовая деятельность, преждевременный разрыв плодных оболочек и тяжелая преэклампсия.

Выводы. В Тюменской области наблюдается снижение доли ПР. Выявление ПР ведет к снижению частоты рождения детей с ЭНМТ и ОНМТ. В ТО доля преждевременных родоразрешений в организациях III уровня имеет устойчивую тенденцию к увеличению.

НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ И ГЕМАТОЛОГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ ПИРУВАТКИНАЗЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОГО ЦЕНТРА

Банколе В.А.¹, Черняк Е.А.²

Научный руководитель:

Сметанина Н.С.², д.м.н., проф.

¹ ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет им.
Н.И. Пирогова, Москва, Россия

² Национальный медицинский исследовательский
центр детской гематологии, онкологии и
иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва, Россия

Введение. Наследственная несфероцитарная гемолитическая анемия вследствие дефицита пируваткиназы — наиболее распространенная среди всех анемий в результате дефекта гликолитических ферментов. Клинические проявления заболевания варьируют по степени тяжести, которая может меняться с возрастом. Многообразие клинических проявлений, возможных осложнений, а также малодоступность диагностических методов (определение уровня активности фермента, генетический анализ) затрудняют постановку диагноза.

Цель. Оценить клинические проявления, результаты молекулярно-генетического исследования, частоту развития осложнений у пациентов с дефицитом пируваткиназы.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ данных медицинской документации 26 пациентов с наследственным дефицитом пируваткиназы в возрасте от 4 месяцев до 17 лет, наблюдавшихся в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева.

Результаты. По данным молекулярно-генетического исследования мутации в гене PKLR (кодирующем синтез R и L изоферментов пируваткиназы) были гомозиготными у 8 (30,77%) пациентов, компаунд-гетерозиготными — у 18 (69,23%). Всего было идентифицировано 44 мутации, наиболее часто встречающийся вариант с.1529G>A описан 7 раз (15,91%): 5 раз (11,36%) в гетерозиготном состоянии, 2 раза (4,55%) в гомозиготном состоянии. Средний возраст пациентов исследуемой группы составил 4,98 лет, среди них 10 (38,46%) мальчиков и 16 (61,54%) девочек. Трансфузии эритроцитной взвеси за время наблюдения выполнялись всем пациентам: у 6 (23,08%) пациентов отмечалась потребность в проведении трансфузий с рождения, максимальный возраст дебюта трансфузионной зависимости — 3 года. Частота трансфузий эритроцитной взвеси: ежемесячно — 12 детей (46,15%), с интервалом в 4–8 недель — 6 (23,08%), с интервалом 3–4 месяца — 5 (19,23%), с интервалом 6 месяцев — 1 (3,85%), по требованию — 2 (7,69%). С возрастом тяжесть течения заболевания изменилась у 4 (15,38%) пациентов. Гепатомегалия наблюдалась у 17 (65,38%) пациентов, спленомегалия — у 17 (65,38%), желчнокаменная болезнь развилась у 3 (11,54%) пациентов. По данным лабораторных исследований: осмотическая резистентность эритроцитов в пределах нормы у 8 (42,11%) пациентов из 19, у 5 (26,32%) — повышение значений после инкубации; у 3 (15,79%) — снижена до и после инкубации, у 5 (26,32%) снижение зафиксировано после инкубации. Наследственный анамнез отягощен у 10 (38,5%) пациентов. Спленэктомия была выполнена 3 пациентам (11,54%), после чего у 2 (66,67%) достигнута трансфузионная независимость, у 1 (33,33%) — увеличение интервала между трансфузиями.

Выводы. Дефицит пируваткиназы характеризуется широкой вариабельностью клинических проявлений, что подтверждают результаты проведенного исследования. Гетерогенность клинических проявлений, вариабельность их степени тяжести, манифестация заболевания в раннем возрасте, регулярные трансфузии, сложность методов диагностики создают трудности при постановке диагноза. Наследственный анамнез отягощен менее, чем у половины пациентов, что может быть связано с наличием у родителей мутаций в гетерозиготном состоянии. Дальнейшее изучение позволит выявить корреляцию генотипа и фенотипа.

ОСОБЕННОСТЬ ФЕНОТИПА У ДЕТЕЙ С ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В ОДНОМ ИЗ РЕГИОНОВ ЮФО

Гарянин Р.В., Ищенко Е.М.

Научные руководители:

Сагитова Гульнара Рафиковна, д.м.н, профессор

Отто Наталья Юрьевна, к.м.н, ассистент

ФГБОУ ВО Астраханский государственный
медицинский университет Минздрава России,
Астрахань, Россия

Введение. Среди острых лейкозов в детском возрасте наиболее часто встречается острый лимфобластный лейкоз из предшественников В-лимфоцитов. В диагностике данного заболевания у детей «золотым стандартом» является иммунофенотипирование субстрата опухоли костного мозга. Иммунофенотипирование позволяет определить лимфоидную (Т или В) линию дифференцировки.

Цель. Изучить региональные особенности иммунологических вариантов острых лимфобластных лейкозов у детей Астраханской области и сравнить с результатами исследований, проведенных в других регионах (Ростов-на-Дону, 2008; Казахстан, 2007–2011; Республика Беларусь, 2012).

Материалы и методы. Истории болезней 53 пациентов (0–17 лет) с острым лимфобластным лейкозом, госпитализированных в отделение гематологии ГБУЗ АО «ОДКБ им. Н.Н. Силищевой» за период 2017–2019 гг.

Результаты. За период 2017–2019 гг. в отделении гематологии проходили обследование 74 ребенка с острым лейкозом. У 59 детей диагноз звучит острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ), у 15 детей — острый миелобластный лейкоз (ОМЛ). В Астраханской области преобладает острый лимфобластный лейкоз — 79,7% (Казахстан 70,5%), доля острого миелобластного лейкоза составила 20,3%. Иммунологическое исследование было проведено 53 детям с ОЛЛ. У 35 пациентов (66%) выявлен В2 (common) вариант ОЛЛ (Казахстан 48,9%), который с одинаковой частотой встречается как у мальчиков, так и у девочек (1:1) и начинает регистрироваться с 5 летнего возраста, половина детей в этой группе — подростки 12–17 лет (31,4%). На втором месте В2/В3 вариант — 10 пациентов (18,9%), этим вариантом лейкоза болеют дети в возрасте от 2–х до 6 лет, из них 60% это дети в возрасте 4–6 лет, преимущественно мальчики (70%). На третьем месте Т-клеточные лейкозы — 5 пациентов — 9,4%, чаще встречаются у подростков в возрасте 12–17 лет, соотношение мальчиков и девочек 4:1. Доля других вариантов ОЛЛ (про-В вариант (В1); пре-В вариант (В3); В1/В2) составила 5,7 % (Казахстан, про-В вариантом (В1) 4,1%, пре-В вариант (В3) 9,2%,). Зрелого варианта ОЛЛ (В4) не было ни одного случая (Казахстан 1 случай).

У трети детей с ОЛЛ (32,1%) на лимфобластах выявлена коэкспрессия миелоидных маркеров (Беларусь 42,6%). Наиболее часто встречается антиген CD33+ 41,2% (Беларусь 17,2%, Ростов-на-Дону 32,8%); на втором месте CD13+ 35,3% (Беларусь 28%, Ростов-на-Дону 20,6%); далее по рангу CD117+ и CD2+ по 17,6% и CD3+, CD15+ по 5,9 % (Беларусь CD15+ 8,2%; CD117+ 1,1%). Экспрессия миелоидных маркеров в 45,7% случаев сочетается с В2 (common) вариантом (Казахстан 77,2%). В группе пациентов с коэкспрессиями не зарегистрировано ни одного случая рецидива.

Выводы. У детей Астраханской области с ОЛЛ преимущественно регистрируется В-клеточная линия дифференцировки (t=5,4; p < 0,01) и В2 (common) вариант (66%). Т-клеточные варианты ОЛЛ составляют 9,4%, в 4 раза чаще встречаются у мальчиков и у подростков 12–17 лет. Наиболее часто на лимфобласт-

ных клетках коэкспрессировались миеломаркеры CD33+ 41,2%, CD13+ 35,3%, редко — CD3+, CD15+ (по 5,9%). Региональной особенностью является коэкспрессия миелоидного антигена CD33+. У пациентов с B2 (common) вариантом коэкспрессия CD33+, CD13+, CD117+, CD15+ встречается в 45,7% и не ассоциируется с неблагоприятным прогнозом. Выявленные тенденции соответствуют данным других регионов. Региональной особенностью также является наличие у детей иммунологического варианта B2/B3 (18,5%), который при сравнении в других регионах не выявлен.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУНОФЕНОТИПА БЛАСТНЫХ КЛЕТОК

Коноваленко А.А.

Научный руководитель:

Стременкова Инна Алексеевна,
доцент кафедры факультетской педиатрии, к.м.н.
ФГБОУ ВО Ставропольский государственный
медицинский университет Минздрава России,
Ставрополь, Россия

Введение. Острые лейкозы — гетерогенная группа опухолевых заболеваний кроветворной ткани, характеризующаяся первичным клональным поражением костного мозга бластными клетками, которые замещают, подавляют рост и созревание нормальных элементов гемопоэза, а также, вследствие способности к миграции, инфильтрируют органы и ткани.

В детской популяции в структуре онкологической патологии острые лейкозы имеют наибольший удельный вес — они соответствуют приблизительно одной трети всех злокачественных опухолей. При этом в детском возрасте преобладает лимфобластный вариант ОЛ (ОЛЛ), который встречается в 80–90% случаев, у взрослых больных, напротив, соотношение нелимфобластных (миелоидных) и лимфобластных форм в среднем равно 6:1.

В настоящее время к основным методам, раскрывающим новые перспективы в понимании природы опухоли, ее возникновения, развития и прогрессирования относятся: иммунофенотипирование (ИФТ) бластных клеток, цитогенетическое и молекулярно-генетическое исследование костного мозга. ИФТ бластных клеток позволяет уточнить прогноз и выбрать правильный подход к лечению больных с ОЛЛ.

Цель. Изучение и выявление особенностей течения ОЛЛ у детей Ставропольского края в зависимости от иммунофенотипа бластных клеток.

Задачи работы. Изучить иммунофенотип бластных клеток при ОЛЛ у детей Ставропольского края;

оценить данные цитогенетического и молекулярно-генетического исследования костного мозга у детей с ОЛЛ; исследовать частоту и особенности течения осложнений полихимиотерапии (ПХТ) в зависимости от иммунофенотипа бластных клеток и этапа лечения; провести анализ причин и структуры смертности детей Ставропольского края с диагнозом ОЛЛ.

Материалы и методы. В ретроспективном порядке проанализированы истории болезни 207 детей в возрасте от 0 до 18 лет, находившихся на лечении в отделении гематологии и детской онкологии ГБУЗ КДКБ г. Ставрополя в период с 2008 по 2019 гг. с ОЛЛ, у которых было проведено ИФТ бластных клеток.

При статистической обработке материала использован критерий Пирсона (χ^2). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Проведенное иммунофенотипирование костного мозга позволило выявить два иммунологических варианта: В-клеточный лейкоз (В-ОЛЛ) у 183 (87,2%) человек, а Т-клеточный (Т-ОЛЛ) — 24 (12,8%) больных. При анализе частоты вариантов лейкоза у детей разных возрастных групп обнаружено, что В-лейкозы преобладают в группе детей от 1 года до 4 лет, а Т-лейкозы — в возрасте 5–9 лет.

Из 207 детей с диагнозом острый лимфобластный лейкоз у 4 был обнаружен рецидив заболевания. Костно-мозговой рецидив наблюдался у 3 детей, у 1 ребенка-ранний изолированный внекостный рецидив (ЦНС).

По отношению к окончанию поддерживающей терапии: ведущим являлся поздний изолированный костно-мозговой рецидив (от 1 года) — наблюдался у 50% больных. По 25 % пришлось на очень ранний (менее 6 месяцев) и ранний (от 6 месяцев до 1 года). 3 ребенка, имеющих костно-мозговую форму рецидива, относились к В-2 иммунофенотипическому варианту острого лимфобластного лейкоза, Т 3 иммунофенотипический вариант наблюдался у 1 больного с внекостной формой.

1. В период реиндукции на этапе поддерживающей терапии, достоверно чаще ($p < 0,05$) При воздействии на гребень преднизолона происходило образование рубцовой деформации тканей с тромбированием сосудов.
2. После введения дексаметазона первое время сосуды сохраняли свою проходимость. Затем наблюдалось разрыхление всех слоев гребня и частичное тромбирование сосудов. В волокнистой ткани появлялась тенденция к уплотнению, истончению волокон с развитием отека.
3. При введении гидрокортизона было истончение всех слоев гребня, что стало причиной значительного уменьшения его поперечного размера. Развивался частичный тромбоз и периваскулярный отек крупных сосудов, истончение и разрыхление волокнистой соединительной ткани.

НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ И ГЕМАТОЛОГИЯ». КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

«НОВЫЕ СИМПТОМЫ» ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ФАЛЬСИФИКАЦИЯ?

Гарянин Р.В., Ищенко Е.М., Алимагомедова П.М.

Научные руководители:

Сагитова Гульнара Рафиковна, д.м.н, профессор,

Отто Наталья Юрьевна, к.м.н., ассистент

ФГБОУ ВО Астраханский государственный
медицинский университет Минздрава России,
Астрахань, Россия

Введение. В 21 веке за многими социальными достижениями человечества кроются большие психологические «трудности» у детей, причем, если ранее они встречались больше у подростков, то сейчас все чаще у детей младшего возраста. Детская психика крайне чувствительна к любому травмирующему фактору и изобретательна на поступки, привлекающие внимание взрослых. Одним из проявлений своего рода «крика души» является селфхарм. Селфхарм — это умышленное ранение своего тела по внутренним (духовным) мотивам без суицидальных намерений.

Цель демонстрации клинического случая. Представить клинический случай селфхарма, скрытого под «маской» геморрагического диатеза.

Материалы и методы. Родители девочки 6 лет обратились с жалобами на рецидивирующие в течение месяца мелкоточечные кровоизлияния на коже щек и шеи ребенка. Кровотечений из слизистых оболочек, после травм, инъекций, при смене зубов не было. Семейный анамнез «болезнями кровоточивости» не отягощён. Препараты, влияющие на агрегационные свойства тромбоцитов, девочка не принимала.

Результаты. При осмотре на коже шеи и щек обнаружена петехиально-экхимозная геморрагическая сыпь. Интоксикационного, анемического, лимфопролиферативного, гиперпластического синдромов не выявлено.

В общем анализе крови все основные направления кроветворения сохранены (HGB–132 г/л, RBC–4,75x10¹²/л, WBC–7,31x10⁹/л, PLT–261,0x10⁹/л, формула в норме). Число и средний объем тромбоцитов (MPV — 6,2 fl), тромбоцит (PCT — 0,24%), длительность кровотечения (2 мин) в норме, поэтому патология тромбоцитарного звена гемостаза была исключена. Исследована свертывающая система крови для исключения коагулопатии. По результатам коагулограммы патологии свертывания не выявлено (АЧТВ–32,2 сек, ПИ–91,5%, ПВ–14,2 сек, МНО–1,1, ТВ–11,6 сек, АТ–122%, фибриноген–2,36 г/л). Несмотря на соблюдение адекватного режима сыпь рецидивировала. Из-за ее симметричного расположения исключался геморрагический васкулит. Данному диагнозу противоречило отсутствие сливной папулезно-геморрагической сыпи и высыпаний на нижних конечностях, отсутствие суставного и абдоминального синдромов. В крови не выявлены характерные для геморрагического васкулита увеличения уровня IgA (100,45 мг/дл), фибриногена (2,36 г/л) и ЦИК (38,4 Ед), тромбоцитоза и лейкоцитоза укорочения времени свертывания (2,58–3,18

мин). Нормальный результат коагулограммы исключает диагноз геморрагический васкулит, для которого характерна гиперкоагуляция, и болезнь Виллебранда, протекающей с гипокоагуляцией.

Неоднократно при ребенке мать высказывала мысль о необходимости оставить работу для обеспечения ухода за «неизлечимо больной» дочерью. Высыпания возникали в те дни, когда родителей не было дома. Точку в гематологическом «расследовании» поставил младший брат, который по просьбе врача наблюдал за поведением сестры и обнаружил, что в отсутствие взрослых она наносит себе побои с помощью кулаков и усиленного растирания щек.

Вывод. Этот случай свидетельствует о встрече с заболеванием нового тысячелетия, когда бессилие в выражении своих чувств и переживаний могло сделать ребенка носителем гематологического диагноза на долгие годы. Искусство врача и комплаенс со стороны семьи позволил своевременно поставить правильный диагноз, избежать ненужного лечения и направить ребенка к психологу.

ALK–МУТИРОВАННАЯ АДЕНОКАРЦИНОМА ЛЕГКОГО У ЮНОШИ 16 ЛЕТ

Яковлева Е.А.¹, Корсунов А.Н.²

Научный руководитель:

Галанскова Алена Германовна¹

Ларина Любовь Евгеньевна^{1,2} к.м.н., доцент

¹ ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва, Россия

² ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет имени
Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Рак лёгкого является самой частой онкологической патологией в современном мире. С каждым годом количество случаев заболевания только увеличивается. Среди немелкоклеточного рака лёгкого отмечается увеличение частоты аденокарциномы (Ак) лёгкого по отношению к плоскоклеточному раку. В клетках Ак найдены специфические генетические изменения, определяющие назначение таргетной терапии. Один из таких факторов — транслокация гена ALK, которая происходит в основном за счёт парацентрической инверсии гена EML4, что приводит к присоединению 2–20 экзона EML4 к 20 экзону ALK EML4–ALK, которая при Ак выявляется в 1,4–11,2% случаев.

Цель демонстрации клинического случая. Обратить внимание на редко встречающуюся в педиатрической практике онкологическую патологию.

Описание клинического случая. Юноша А., 16 лет. Из анамнеза: с 19.09.19 сухой кашель, сохраняющийся в течение 3 недель. Принимал кларитромицин (19.09.19–29.09.19). Жалобы на периодические головные боли и боль в правой половине грудной клетки, снижение АД (105/75 мм.рт.ст.), повышение темпе-

ратуры тела до 37,2°C. 08.10.19 по СМП доставлен в МДГКБ. При осмотре: состояние средней тяжести, сознание ясное. Не лихорадит. Дыхание везикулярное, резко ослаблено в нижних отделах и по средней подмышечной линии справа. Редкий сухой кашель. При пальпации заднешейных лимфоузлов (л/у) справа выявлено объемное образование до 3 см в диаметре, плотное, безболезненное. По другим органам и системам без видимой патологии. На УЗИ л/у: признаки переднешейного лимфаденита справа; рентгенография (Rg) ОГК: правосторонние плевральные наложения, правосторонний ограниченный плевропневмофиброз, грубый плевро–диафрагмальный спаечный процесс справа. Госпитализирован в МДГКБ. На МСКТ с в/в контрастированием: объемное образование мягких тканей шеи справа, от С6–Т4, с распространением в заднее средостение и компримацией трахеи, множественные узлы по висцеральной плевре. По данным Rg легких, нельзя было исключить вторичные очаги в правом легком (mts?). Взят анализ на хорионический гонадотропин — 5,7 мМЕ/мл (норма до 0,60), альфа–фетопротеин — 0,9 МЕ/мл (норма до 14). Консультирован детским онкологом. 11.10.19 выполнена экстирпация л/у: морфологическая картина и иммунофенотип соответствуют миоэпителиальной карциноме (Мк). По УЗИ ОБП (23.10.19): признаки гепатомегалии с диффузными, очаговыми изменениями. МРТ мягких тканей (25.10.19): картина солидной опухоли правых отделов шеи и средостения, mts поражение плевры правого легкого. По КТ (29.10.19): отрицательная динамика (увеличение в объеме очагов). Учитывая анамнез заболевания, результаты проведенного обследования, выставлен клинический диагноз: «Миоэпителиальная карцинома мягких тканей шеи справа с распространением в средостение и метастатическим поражением легких и печени. T1N1M1. IV группа по IRS». Начата ПХТ по протоколу TREP для Мк. 31.10.19 — 1 блок ПХТ. 26.11.19 по МСКТ отрицательная динамика — увеличение мягкотканого компонента на 38%, увеличение mts. 28.11.19 — специфическая ПХТ 2–ой линии по схеме MAID для эпителиальных опухолей. Родители самостоятельно обратились в МГОБ №62 с целью референса гистопрепаратов. У юноши выявлена ALK–мутированная Ак правого легкого. 19.12.19 начата таргетная терапия Алектинибом 600 мг х 2р/д. По клинико–лабораторным показателям отмечается положительная динамика.

Выводы. Мутация гена ALK встречается довольно редко среди заболевших немелкоклеточной Ак. Еще реже данное заболевание можно встретить в педиатрической практике, что подтверждается отсутствием клинических рекомендаций по лечению ALK–мутированной Ак легкого у детей. Клинический случай демонстрирует важность тщательного обследования детей на амбулаторном этапе и предельной настороженности врачей в отношении онкологических заболеваний. Поздняя диагностика заболевания в большинстве случаев приводит к невозможности реализации современных методов лечения в полной мере, что требует мультидисциплинарного подхода в обследовании и лечении таких пациентов.

ЭКСТАРЕНАЛЬНАЯ НЕФРОБЛАСТОМА: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Степанова В.О.

Научный руководитель:

Хижников Александр Владимирович., к.м.н. детский онколог,

Кубиров Максим Сергеевич, к.м.н., детский онколог, заведующий онкологическим отделением

ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ, Москва, Россия

Актуальность. Нефробластома, или опухоль Вильмса — наиболее часто встречающаяся в педиатрической практике опухоль почки, составляющая более 85% всех случаев опухолей почек у детей. Обычно возникает в раннем детском возрасте (1–11 лет) с пиком выявляемости от 3 до 4 лет. Приблизительно 80% опухолей выявляется до достижения ребенком 5–и летнего возраста. В подавляющем большинстве, поражение одностороннее, менее чем в 5% случаев — двустороннее. Экстраренальная нефробластома (ЭРНБ) встречается казуистически редко. Курс лечения ЭРНБ включает хирургическое лечение и, с учётом гистологического заключения, полихимиотерапию и лучевую терапию.

Цель демонстрации клинического случая. Продемонстрировать редкий клинический случай наблюдения ребёнка с диагнозом экстраренальная нефробластома.

Описание клинического случая. Девочка 8 лет. Клинический метод: анализ данных медицинской документации, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования пациентки, наблюдающейся в онкологическом отделении МДГКБ. В мае 2019 года в онкологическое отделение МДГКБ поступил ребёнок с образованием забрюшинного пространства. Пациентке было выполнено комплексное обследование, в результате которого был установлен диагноз — опухоль забрюшинного пространства. На первом этапе было проведено хирургическое лечение в объеме: срединная лапаротомия, удаление новообразования забрюшинного пространства. При ИГХ: Силлидные поля экспрессируют WT1, CD56; строма с дифференцировкой в рабдомиобласты — Desmin; пролиферативная активность по Ki67 80%. Установлен клинический диагноз: Экстраренальная нефробластома. Локальная стадия 3. T3M0N0. С 26.04.2019 по 07.11.2019 проведено комплексное специальное лечение включающее химиотерапию и лучевую терапию согласно протоколу SIOP RTGS Umbrella. По окончании специального комплексного лечения ребёнок был выписан на динамический контроль. В настоящий момент пациентка жива без признаков рецидива и прогрессирования заболевания.

Выводы: Современные методы диагностики вкупе с мультимодальным подходом в терапии опухолевых заболеваний у детей позволяют добиться высоких результатов лечения больных с экстраренальной нефробластомой.

НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ВКОЛОЧЕННЫХ ВЫВИХОВ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ

Йулдошев А.А.

Научный руководитель:

Туланов Дилшод Шомирзаевич, к.м.н., доцент
Андижанский Государственный Медицинский
Институт, Андижан, Узбекистан

Введение. Вколоченный вывих (интрузия зуба) — это частичное или полное погружение коронки зуба в альвеолу, а корня — в кость челюсти в результате травмы.

По литературным данным вколоченный вывих встречается в 21,9% случаях травмы временных зубов и в 3,5% случаях травмы постоянных зубов у детей.

При вколоченном вывихе временного зуба возможна травмы зачатки соответствующего постоянного зуба, которая может привести к его гибели, некариозным поражениям постоянного зуба (желтые пятна, бороздки на эмали, зуб Турнера, микроденития), нарушению сроков прорезывания, изменению положения прорезавшегося постоянного зуба в зубном ряду и др.

Цель. Изучить встречаемость вколоченного вывиха временных и постоянных зубов у детей в зависимости от пола, возраста, групповой принадлежности зубов, а также проанализировать отдаленные результаты их лечения.

Материалы и методы. Нами проанализированы архивной материал 37 детей с вколоченным вывихом зубов, в возрасте от 1 года до 11 лет, обратившихся за стоматологической помощью в приемное отделение Андижанского Филиала Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской помощи г. Андижана за период с 2011 по 2016 год включительно. Из них 25 детей имели вколоченный вывих 33 временных зубов, 12 пациентов — вколоченный вывих 14 постоянных зубов.

Всем пациентам с интрузией постоянных зубов проводили рентгенологическое исследование вколоченных зубов с целью определения степени сформированности корня зуба, наличия воспалительных изменений в периапикальной области.

Результаты и обсуждение. Среди всех пациентов, дети с вколоченным вывихом временных и постоянных зубов составили в среднем $3,65 \pm 0,54$. Выявлено, что вколоченный вывих временных зубов встречается в 2,3 раза чаще, чем постоянных ($74,6 \pm 7,25$ и $26,4,0 \pm 7,25\%$ соответственно).

Следует отметить, что из вколоченных 33 временных зубов 25 ($75,7 \pm 5,95\%$) были удалены.

Установлено, что у мальчиков вколоченные вывихи зубов встречаются в 1,5 раза чаще, чем у девочек ($60,67 \pm 9,83$ и $40,33 \pm 9,83\%$ соответственно) (рис. 3). Причем в возрасте от 1 года до 5 лет такая травма происходит в 2 раз чаще, чем у детей 6–11 лет ($66,33 \pm 10,28\%$ и $33,67 \pm 10,28\%$ соответственно).

Данные, полученные нами в результате анализа групповой принадлежности зубов с вколоченным вывихом, свидетельствуют о том, что в большинстве случаев травме подвергаются зубы верхней челюсти

(как временные, так и постоянные). Во временном прикусе интрузия центральных резцов составляет $71,57 \pm 9,6\%$ по сравнению с интрузией других временных зубов (боковые резцы, клыки и первые моляры — $29,43 \pm 9,6\%$). В постоянном прикусе наблюдается травма только верхних резцов, причем центральные резцы травмируются в 2 раза чаще, чем латеральные ($66,67 \pm 14,21$ и $33,33 \pm 14,21\%$ соответственно).

Выводы. Дети с вколоченным вывихом временных и постоянных зубов составляют в среднем 3,65% от числа всех детей с травматическими повреждениями ЧЛЮ, обратившихся за стоматологической помощью в приемное отделение Андижанского Филиала Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской помощи г. Андижана за период с 2011 по 2016 год включительно.

Вколоченный вывих временных зубов встречается в 2,3 раза чаще, чем постоянных; вколоченный вывих во временном и постоянном прикусе встречается 1,5 чаще у мальчиков, чем у девочек и в 2 раза чаще в возрасте от 1 года до 5 лет, при этом в большинстве случаев повреждаются центральные резцы верхней челюсти.

Наиболее частой причиной вколоченного вывиха временных и постоянных зубов является бытовая травма в результате падения (51% случаев).

Выдвижение постоянных зубов после вколоченного вывиха и нормализация положения их в зубном ряду отмечены в 72% случаев, в 28% случаев наблюдается воспалительная резорбция корней.

ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА И ОБУЧЕНИЕ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Николенко В.М.

Научный руководитель:

Лаптева Людмила Ивановна, к.м.н., ассистент
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-
стоматологический университет имени А.И.
Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Индивидуальная гигиена полости рта занимает важное место в профилактике основных стоматологических заболеваний. Мероприятия по формированию привычки эффективного ухода за полостью рта необходимо уделять детям, так как от этого зависит их стоматологическое здоровье в будущем. Особое внимание необходимо уделять уходу за полостью рта детям-инвалидам, учитывая, что лечение этих пациентов затруднено. Одним из самых распространенных врожденных генетических заболеваний является синдром Дауна. По статистическим данным, представленным на официальном сайте Министерства здравоохранения РФ, число зарегистрированных людей с синдромом Дауна в России за период 2013–2017гг. увеличилось на 34%. На сегодняшний день стоматологическое здоровье детей с синдромом Дауна изучено недостаточно и требует отдельного внимания.

Цель. Оценить гигиенический статус полости рта у детей с синдромом Дауна.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 40 детей с синдромом Дауна от 6 месяцев до 17 лет и их родители. Проведено 120 осмотров стоматологических осмотров. Для определения уровня гигиены полости рта детей, использовали индекс для оценки зубного налёта у детей раннего возраста (Э.М. Кузьмина, 2000), индекс Федорова-Володкиной (1971) и индекс J.C. Green, J.R. Vermillion (1964). Стоматологический осмотр детей проводили каждые три месяца в течение полугодия. Детей и их родителей обучали методам чистки зубов соответственно возрасту ребёнка (метод Fones, стандартный метод чистки зубов Г.Н. Пахомова).

Результаты. При первичном стоматологическом осмотре детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет (n=5) среднее значение индекса для оценки зубного налёта у детей раннего возраста (Э.М. Кузьмина, 2000) определили, как плохой (0,8). В группе детей в возрасте от 2,5 до 6 лет (n=12) среднее значение индекса Федорова-Володкиной (1971) определили, как плохой (3,3) и очень плохой (4,5). В группе детей от 7 до 17 лет (n=23) при определении среднего значения индекса J.C. Green,

J.R. Vermillion (1964) получили значения, что соответствует плохому уровню гигиены (2,4).

После проведения занятий с детьми и их родителями по гигиеническому обучению показатели уровня гигиены улучшились во всех возрастных группах. В группе от 6 месяцев до 2 лет через 3 месяца результаты достигли хороших значений (0). В группе от 2,5 до 6 лет значения стали удовлетворительными (1,6). В возрасте от 7 до 17 лет значения также достигли удовлетворительных результатов (1,4). Через полгода во всех группах среднее значение индексов гигиены достигли хороших значений: в группе от 6 месяцев до 2 лет (0), от 2,5 до 6 лет (1,3), от 7 до 17 лет (0,9).

Выводы. Занятия по стоматологическому просвещению и гигиеническому обучению среди участников исследования позволили улучшить уровень гигиены полости рта во всех возрастных группах детей с синдромом Дауна. Дети с синдромом Дауна требуют особого внимания и нуждаются в профилактических мероприятиях, позволяющих предотвратить возникновения стоматологических заболеваний, уменьшая психологическую нагрузку на детей и их родителей при необходимом лечении.

НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ». КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВАН ДЕР ВУДА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Волкова Д.А.

Научный руководитель:

Мамедов Ад.А., д.м.н., проф.,

Скакодуб А.А., к.м.н., доцент

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Синдром Ван дер Вуда (СВВ) — редкий синдром врожденного генетического дисморфогенеза, характеризующийся парамедиальными фистулами нижней губы и расщелиной верхней губы с или без расщелины неба или изолированной расщелиной неба.

Данное нарушение является наиболее распространенной моногенной причиной расщелины верхней губы и неба и встречается у 2% пациентов с данным пороком. Расчетная заболеваемость при рождении составляет от 1/35000 до 1/100000 у европейских и азиатских народностей. Поражает мужчин и женщин в равной степени (Беяков Ю.А. 2008).

Цель. Повысить уровень диагностики и лечения детей с синдромом Ван дер Вуда.

Материалы и методы. Объектом обследования и исследования семья с макро и микропризнаками синдрома Ван дер Вуда. Было проведено комплексное многоэтапное обследование, состоящее из: пренатального — генетического консультирование (молекулярно-генетического тестирования на IRF6), — ультразвукового обследования плода, неонатального — обследование челюстно-лицевым хирургом, неонатологом,

детским стоматологом, ортодонтом. Разработан алгоритм полной реабилитации челюстно-лицевой области у наблюдаемого ребенка.

Результаты. При рождении ребенок с СВВ выявили несколько признаков дисморфии: парамедиальная ямка нижней губы с небольшим бугром со свищевым ходом, из желез слизистой губы и одностороннюю расщелину верхней губы, альвеолярного отростка или неба. Также первичную адентию и гипоплазию эмали. У ребенка рост, развитие и интеллектуальные способности не нарушены. Алгоритм многопрофильной реабилитации включал:

1. хирургический этап (14 дней) — ранняя хейлоурано-пластика;
2. терапевтический (1–6 лет) — лечение гипоплазии и кариеса временных зубов;
3. хирургический (5 лет) — коррекция носовой перегородки;
4. ортодонтический (6–12) — замещающий аппарат при первичной адентии, с целью восстановления функции зубных рядов;
5. логопедическая коррекция;
6. хирургический (16–18) — пластика губы и крыла носа.

Выводы. Накопление и систематизация данных распространенности наследственных болезней приобретают все большее значение в связи с увеличением вклада наследственной патологии в заболеваемость и смертность населения. Пациенты с расщеплением губы и неба должны наблюдаться многопрофильной группой и получать, при необходимости, хирургическое и ортодонтическое лечение. Также может потребоваться логопедическая коррекция и аудиологическая оценка. Генетику-стоматологу очень важно знать стоматологические проявления наследственных болезней и синдромов. Ранее их выявление необходимо для определения прогноза и выбора правильного метода лечения.

НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИХ МАТЕРИАЛОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ IN VITRO

Гаврилюк В.П., Северинов Д.А.

Научный руководитель:

Липатов Вячеслав Александрович, д.м.н, профессор
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский
университет Минздрава России, Курск, Россия

Введение. В настоящее время существует значительное число методик, позволяющих эффективно остановить кровотечение. Одним из современных и прогрессивных методов является внедрение в клиническую практику бесшовной технологии наложения (аппликации) на травмированный участок органа синтетического гемостатического материала, выполненного на основе медицинского желатина, коллагена, целлюлозы и пр.

Цель. Исследовать гемостатическую активность кровоостанавливающих материалов в эксперименте *in vitro*.

Материал и методы. Использовали следующие образцы гемостатических материалов: контрольная группа (группа №1, без внесения образцов), Tachocomb (№2), Gelita-Spon Standard (№3), Surgicel Fibrillar (№4), образцы кровоостанавливающих губок, разработанные коллективом авторов на основе натрий-карбоксиметилцеллюлозы (Na-КМЦ — №5) Оценку концентрации кальция производили согласно разработанной нами методике (патент РФ № 2709517).

Результаты. Наименьшая концентрация кальция определялась при погружении в кровь образцов группы № 4 (Surgicel Fibrillar) — 1,64 ммоль/л, а наибольшая — 2,39 ммоль/л при исследовании образцов группы № 7 (Na-КМЦ прессованный). В группах №2 (Tachocomb) и №4 (Surgicel Fibrillar) значения концентрации кальция статистически значимо ниже (на 0,24 ммоль/л и 0,7 ммоль/л соответственно) по сравнению со значениями контрольной группы (№1). В группе №4 значения оцениваемого показателя на 0,46 ммоль/л меньше относительно результатов исследования концентрации кальция во 2 группе и на 0,63 ммоль/л меньше, чем в 3 группе, на 0,58 ммоль/л меньше, чем в 5 группе, на 0,61 ммоль/л меньше, чем в 6 группе, на 0,75 ммоль/л меньше, чем в 7 группе, на 0,5 ммоль/л меньше, чем в 8 группе.

Выводы. В ходе исследования установлено, что гемостатические материалы на основе коллагена и производных целлюлозы значительно влияют на образование сгустка крови в эксперименте *in vitro*, по сравнению с кровоостанавливающими средствами на основе медицинского желатина. Это проявляется снижением уровня кальция в сыворотке крови после внесения тестируемых образцов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДДИТИВНОЙ ЦИФРОВОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ АНАЛИЗА ЭСТЕТИЧНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ

Кашигина О.Ю., Чижов Г.В.

Научный руководитель:

Городков Сергей Юрьевич, к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского
Минздрава России, Саратов, Россия

Цель. Оценить эстетичность послеоперационных рубцов (ПОР) при помощи анкетирования и аддитивной цифровой модели.

Пациенты и методы. Проведен анализ анкет 70 человек (48 мальчиков) имеющих ПОР. Медиана возраста — 12 лет [min 6 мес; max 28 лет]. Медиана срока после операции — 3,5 года [min 6 мес; max 18 лет]. Для сравнения цвета ПОР и окружающей кожи использовали расчёт расстояния Евклида в трехмерном пространстве. Использовали корреляционный анализ по методу Спирмена.

Результаты. Половина родителей обращали внимание на наличие ПОР у ребенка, это не зависело от локализации ПОР. Сами дети негативно относились к наличию ПОР в 30% (21 из 70). Доля девочек 47,6% (10 из 21). 53 % родителей относились к наличию ПОР негативнее, чем дети (37 из 70). У 15,6 % (10 из 65) наличие ПОР негативно отражалось на социальной коммуникации. Хотели бы избавиться от ПОР 51,4 % (36 из 70). Пытались скрыть ПОР 14% (9 из 65), из них 66 % — девочки. Консервативное лечение применяли 21,8 %, из них 78 % (11 из 14) мальчики. 57,1 % (40 из 70) не удовлетворены размером и формой ПОР, 65% из них мальчики (26 из 40). Выделены группы пациентов: I — которые хотели бы избавиться от ПОР из-за неудовлетворенности его формой и размером 40% (28 из 70); II — хотели бы избавиться от ПОР при удовлетворенности его формой и размером 12,8 % (9 из 70); III — не хотели бы избавляться от ПОР, при неудовлетворенности его формой и размером 25,8 % (18 из 70); IV — остались удовлетворены результатом и не желали избавляться от ПОР — 21,4% (15 из 70). До операции не волновал эстетический результат 67,14% (47 из 70). Оценка ПОР хирургом у 32,86% (23 из 70) детей была выше, чем оценка родителями пациента.

Выводы.

1. Для родителей любая локализация ПОР эстетически значима.
2. Оценка эстетичности ПОР родителями и детьми различна;
3. Оценка ПОР хирургом и пациентом различна.
4. Отмечается прямая корреляция между неудовлетворенностью рубцом и разницей в цвете ПОР и окружающей кожи.

МОРФОЛОГИЯ И МОРФОМЕТРИЯ ЗОНЫ КОНСОЛИДАЦИИ ОТКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ТРУБЧАТОЙ КОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ АЛГОРИТМАХ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Борисов С.А., Гордиенко И.И.

Научный руководитель:

Цап Наталья Александровна, д.м.н., профессор
ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский
университет Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Введение. На сегодняшний день хорошо известно, что любые открытые травмы сопровождаются контаминацией раны различными микроорганизмами внешней среды и условно-патогенной микрофлорой кожных покровов, что значительно увеличивает риск развития нагноения мягких тканей и посттравматического остеомиелита и закономерно замедляет костную консолидацию. Профилактика инфекционных осложнений в хирургии повреждений у детей включает широкий круг предупредительных мероприятий (ранняя хирургическая обработка открытых ран, соблюдение асептики и антисептики и др.), среди которых важнейшее значение имеет антибиотикопрофилактика. Согласно современным представлениям о принципах периоперационной антибиотикопрофилактики при открытых переломах трубчатых костей у детей, нецелесообразно назначать длительные (более 24 часов) курсы антибактериального препарата. Однако данный принцип требует морфологического и морфометрического подтверждения в эксперименте.

Цель. Изучить патоморфологические изменения в зоне консолидации открытого перелома трубчатой кости экспериментальных животных при назначении двух методик периоперационной антибиотикопрофилактики и при отсутствии таковой.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование проведено на базе вивария университета в соответствии с международными нормами использования экспериментальных животных и одобрения локального этического комитета. В эксперимент включены 60 морских свинок мужского пола, весом 800–1050 грамм. Всем животным создавали оперативным путем открытый перелом бедренной кости и выполняли остеосинтез. Свинки были разделены на 3 группы по 20 особей. Животным I группы «АБ-1» антибиотик вводился за 30 минут до операции и далее через 8 часов в течение одних суток. Животным II группы «АБ-3» антибактериальный препарат вводился также за 30 минут до операции и далее через 8 часов в течение 3 суток послеоперационного периода. Морским свинкам в III-ей группе «Контроль» антибиотик не вводился. Животных выводили из опыта на 30-е сутки. Для морфологического исследования проводили отбор проб формирующейся костной мозоли в зоне консолидации открытого перелома и подвергали стандартной гистологической обработке. В регенерате трубчатой кости оценивали соотношение размеров кортикальной пластинки, соединительной ткани, новообразованной губчатой кости и хрящевой ткани.

Результаты. При сравнении в группах АБ-1 и АБ-3 морфологических и морфометрических изменений отмечены сходные процессы регенерации в области открытого перелома трубчатой кости, сопровождающиеся формированием эндостальной и периостальной костной мозоли на фоне обильно васкуляризированной соединительной ткани. Формирование новообразованных костных трабекул отмечено в значительном количестве, в тоже время присутствие лейкоцитов в просвете костномозгового канала незначительное, что связано с особенностями послеоперационного ведения лабораторных животных. По площади новообразованных костных балок в группе «Контроль» отмечается значительное снижение показателя (на 16,3%) в сравнении с группой АБ-1, а также уменьшение площади кортикальной пластинки (на 6,48%) и увеличенный объем соединительной ткани, а также активно пролиферирующих участков хрящевой ткани. Обнаружены значительные скопления лейкоцитов в костномозговом канале, а также диффузно расположенные очаги лейкоцитов.

Выводы. При сравнении групп АБ-1 и АБ-3 с группой «Контроль» установлено, что уровень воспалительных осложнений в группах с антибиотикопрофилактикой значительно ниже, а также в группе без антибактериальной поддержки отмечается замедленное формирование новообразованных костных трабекул и увеличенный объем грубоволокнистой соединительной ткани. Доказана эффективность краткосрочного 24-часового курса периоперационной антибиотикопрофилактики для предотвращения гнойно-воспалительных осложнений в зоне консолидации открытого перелома после остеосинтеза. Применение более длительного курса антибиотикотерапии не имеет статистически значимых преимуществ.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ИШЕМИИ НЕОРЕКТУМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Марчук Т.Д., Морозов Д.Д.

Научный руководитель:

Морозов Дмитрий Анатольевич, д.м.н. профессор
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университета им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский университет),
Москва, Россия

Цель. Обосновать значение натяжения и нарушения васкуляризации неоректум в последующем ее склерозировании и нарушении функции.

Материалы и методы. В эксперимент включены 15 крыс, разделенные на группы: с дефицитом ткани кишки и ее натяжением (5), с нарушением васкуляризации неоректум (5), группа сравнения (5). Крысам первых двух групп выполнялась аноректопластика, у группы сравнения производилась мобилизация, а затем реплантация прямой кишки. Регистрировали: клиническое течение послеоперационного периода, макроскопическое состояние неануса. Провели гистологическое исследование ткани неоректум и сравнительный анализ биомаркеров гипоксии

(содержание HIF, VEGF-C и sVEGF-R1 измерялось методом ELISA) в кишечном гомогенате.

Результаты. Общее состояние крыс после операции, наличие стула и его консистенция и форма существенно не отличалось у крыс группы сравнения и крыс с нарушением васкуляризации неоректум, в то время как при натяжении кишки состояние крыс страдало, стул был неоформленным. Гистологическое исследование и анализ биомаркеров HIF, VEGF-C и sVEGF-R1 свидетельствовали об ишемии неоректум у крыс как в группе с дефицитом ткани кишки, так и в группе с нарушением васкуляризации.

Выводы. Натяжение и нарушение васкуляризации неоректум приводит к ишемическим изменениям в ткани кишки и последующем нарушении функции.

ПРОФИЛЬ БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ, ФИБРОГЕНЕЗА И АНГИОГЕНЕЗА В МОЧЕ У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ БЕЗ ЭХО-ПРИЗНАКОВ НЕФРОСКЛЕРОЗА

Негматова К.Н., Яковлев В.В.

Научные руководители:

Ростовская Вера Васильевна, д.м.н. профессор кафедры детской хирургии и урологии-андрологии им. Л.П. Александрова,

Морозова Ольга Леонидовна, д.м.н. профессор кафедры патофизиологии

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

Цель. Оценить уровень экскреции с мочой биомаркеров воспаления (IL-8, IL-18, MCP-1), фиброгенеза (TGF-β1) и ангиогенеза (VEGF) у детей с ПМР с отсутствием и наличием признаков нефросклероза.

Материалы и методы. Обследовано 76 пациентов в возрасте 12 мес–6 лет (4,8±3,2) с ПМР II–V степени. Группа контроля –16 детей без патологии мочевой системы. Методом иммуноферментного анализа в моче определяли уровни экскреции маркеров воспаления, фибро- и ангиогенеза с помощью тест-систем «Вектор-БЕСТ» (Россия), «Invitrogen», «ARGUTUS Medical» и «Bender Medsystems» (Австрия). Ультразвуковое исследование включало измерение размеров почек, эходенситометрию пирамид паренхимы и доплеровское исследование сосудов почек.

Результаты. Выявлено достоверно значимое повышение показателей экскреции биомаркеров в моче всех детей с ПМР по сравнению с группой контроля (p<0,01).

Уровень экскреции биомаркеров в моче пациентов с ПМР и эхо-признаками склерозирования паренхимы (уменьшение размеров почки с повышением эхоплотности пирамид, повышение индекса резистентности, снижение скоростных показателей кровотока) был достоверно выше по сравнению с результатами пациентов с ПМР без эхо-признаков нефросклероза. Уровень исследуемых биомаркеров коррелирует со степенью и длительностью существования ПМР у детей. У 9 детей с ПМР без эхо-признаков нефросклероза повышенная экскреция (IL-8, IL-18, MCP-1) отражает течение инфильтративного воспалительного процесса в паренхиме почек.

Выводы. Уровни мочевой экскреции биомаркеров воспаления, фиброгенеза и ангиогенеза могут быть использованы для стратификации тяжести повреждения почечной паренхимы у детей с разной степенью ПМР.

НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ

РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА

Кирюхина К.О., Окунев Н.А.,
Беляева Н.А., Калабкина М.О.

Научный руководитель:

Окунева Александра Ивановна, к.м.н, доцент ФГБОУ ВО Национальный исследовательский Мордовский Государственный Университет им. Н.П. Огарёва, Медицинский институт, Саранск, Россия

Введение. Инвагинация кишечника — наиболее частый вид приобретенной кишечной непроходимости у детей раннего возраста. Причиной инвагинации кишечника чаще всего является функциональное нарушение координации кишечной моторики. К неkoordinированному сокращению мышечных слоев стенки кишечника могут привести изменения режима питания, введение прикорма, воспалительные заболевания кишечника. У детей старше года сравнительно часто наблюдаются механические причины

инвагинации (полипы, дивертикулы, опухоли кишечной стенки).

Чаще инвагинация кишечника встречается в возрасте от 4 до 9 мес. (85–90% случаев), мальчики страдают в 2 раза чаще, чем девочки.

В последние годы предполагается, что мезаденит может быть основной или очень частой причиной формирования инвагинации у детей, особенно в возрастной группе старше года. Отмечается, что в 85% случаев причина инвагинации неясна, в 15% случаев причиной явился мезаденит, и у всех детей заболевание развилось на фоне гастроэнтерита.

Цель. Анализ клинической картины, методов диагностики и лечения инвагинации кишечника. Роль сопутствующей патологии в развитии заболевания.

Материал и методы. В работе произведен анализ историй болезни и результатов лечения 41 пациента, в возрасте от 9 месяцев до 14 лет и 3 месяцев, в период за 2018 г. и 2019 г. поступивших в ДРКБ №1 г. Саранска с диагнозом: Острая инвагинация кишечника.

Результаты. Среди поступивших детей (41): мальчиков — 32(78%), девочек — 9(22%).

В возрасте:

- до года — 7 (17%),
- 1–2 года — 11 (27%),
- 2–3 года — 9 (22%),
- 3–4 года — 10 (24%),
- старше 4 лет — 4 (10%).

В сроки до 12 часов поступило 29 детей (71%), от 12 до 24 часов — 10 детей (24%) и в сроки около 48 часов — 2 детей (5%).

При поступлении с подозрением на инвагинацию кишечника в 100% случаев было проведено УЗИ органов брюшной полости, которое выявило данную патологию, что свидетельствует о крайне высокой эффективности УЗ-диагностики в постановке диагноза. При наличии клинических показаний за больными установлен УЗ-контроль. Среди 41 ребенка у всех детей (100%) выявлена илеоцекальная инвагинация кишечника.

Средний возраст пациентов составил: 2 года 10 месяцев. Это свидетельствует о тенденции к повышению возраста детей, наиболее подверженным возникновению патологии, относительно прошлых лет по литературным данным.

В 83% случаев у больных отмечалась сопутствующая патология. Наблюдались пациенты с сочетанием следующих заболеваний:

- инвагинация+мезаденит — в 18 случаях (51%);
- инвагинация+мезаденит+респираторные заболевания — у 11 пациентов (31%);
- инвагинация+мезаденит+энтероколит — у 2 больных (6%);
- инвагинация+ОРЗ — в 2 случаях (6%);
- инвагинация+энтероколит у одного пациента (3%).

Самым часто встречаемым сопутствующим заболеванием стал мезаденит, который был выявлен у 31 пациента (76% от всех случаев).

Рецидив отмечался у 6 пациентов (15%).

Лечение начинали с консервативной дезинвагинации в 40 случаях (96%), факт саморасправления наблюдался у одного больного (2%). В 2 случаях (5%) консервативное лечение было неэффективно, была проведена повторная дезинвагинация лапароскопическим путём (по клиническим показаниям). У 2 больных с рецидивами (5%) после неэффективной пневмодезинвагинации (а в последующем также неэффективной лапароскопической операции у одного из этих пациентов) была выполнена резекция кишечника. И повторная консервативная дезинвагинация была осуществлена в 2 случаях (5%) с положительным эффектом.

Выводы.

1. Наблюдается тенденция к росту возраста детей, подверженных данной патологии. Если раньше по статистическим данным 2/3 составляли дети младше года, то в данном исследовании их доля составляет всего 17%.
2. Мезаденит — наиболее часто встречающаяся сопутствующая патология, которая наблюдается у 76% больных.
3. Частота рецидивирующей инвагинации кишечника составляет 15%.
4. В типичных случаях, протекающих без осложнений, наилучшим методом лечения является консервативный. Также при повторной инвагинации и отсутствии осложнений можно предпринимать попытки консервативной дезинвагинации.

СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Есяян Р.Я.

Научный руководитель:

Имшенецкая Н.И., к.м.н., ассистент кафедры детской челюстно-лицевой хирургии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И.Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Хронический небактериальный остеомиелит (ХНО) — хроническое воспалительное заболевание скелета неинфекционного происхождения неизвестной этиологии с моно- и мультиочаговым поражением, склонное к рецидивированию. Ввиду относительной редкости ХНО и при явно недостаточном числе отечественных публикаций принципиальное смещение от хирургических подходов к дифференцированным терапевтическим требует четкого представления о современной тактике его диагностики и лечения.

Цель. Определить этиологию и патогенез хронического небактериального остеомиелита в челюстно-лицевой области у детей и подростков и провести дифференциальную диагностику.

Материалы и методы. Проведен анализ научной литературы (медицинские статьи, клинические рекомендации). Ретроспективно проанализировано 8004 протокола операций с 2015 года по май 2018 года. Также проанализированы карты 34 пациентов с диагнозом «хронический продуктивно-деструктивный остеомиелит» с 1998 года по 2018 год, находившихся на кафедре детской челюстно-лицевой хирургии.

Результаты. В результате анализа литературы выявлено, что в основе патогенеза ХНО лежит нарушение баланса между про- и противовоспалительными цитокинами, которые, связываясь с респонс-элементами ряда генов, способны изменять их функциональную активность через систему транскрипционных факторов. У пациентов с ХНО по сравнению со здоровыми донорами крови выявлена сниженная продукция интерлейкина (ИЛ) 10 моноцитами периферической крови при повышении отношения ингибитора фактора некроза опухоли (ФНО) α к ИЛ10. Также доказано значительное влияние инфламмасом на баланс цитокинов, они содержат белок NLRP3, который при помощи фермента каспазы 1 превращает неактивную молекулу про-ИЛ1 β в активную форму. Ряд аутовоспалительных синдромов, связанных с мутациями в генах, оперирующих в ИЛ 1 β -зависимом сигнальном пути, сопровождается наличием ХНО в клинической картине. Разработка лечения ХНО имеет актуальность в связи с расширением данных о патогенезе. Наиболее распространенный алгоритм лечения: НПВП, ГК, ССЗ/МТ, бисфосфонаты, ингибиторы ФНО α . При изучении архивных данных были найдены данные о 34 пациентах с диагнозом «Хронический продуктивно-деструктивный остеомиелит», находившихся на лечении с 1998 по 2018 гг. По результатам анализа операционных журналов было выявлено, что в период с 2015 года по май 2018 года

было проведено 15 операций у 9 детей и подростков (в возрасте с 7 до 17 лет). При анализе историй болезней у 6 человек было выявлено несовпадение диагнозов по результатам мультиспиральной компьютерной томографии и патогистологического исследования. У 4 пациентов по результатам посева на чувствительность рост микрофлоры не был обнаружен. У 4 пациентов среди микрофлоры преобладали: стрептококки, превотеллы. Дифференциальная диагностика у представленных пациентов затруднена, так как им не проводилось дополнительное обследование на предмет наличия иммунных и генетических предрасположенностей к ХНО.

Выводы. При изучении отечественной и зарубежной литературы был выявлен недостаток клинического опыта, знаний и дифференциальной диагностики ХНО. На основании анализа архивного материала собрать подробный анамнез, результаты исследований и данные о проведенном лечении представилось возможным у 13 пациентов (из 34) с диагнозом «Хронический продуктивно-деструктивный остеомиелит», что свидетельствует об отсутствии стандартного подхода к диагностике и лечению данной категории больных. При статистической обработке и анализе полученных данных была выявлена недостаточная информативность диагностики и дифференциальной диагностики ХНО. Найдено 9 пациентов с расхождением диагнозов по МСКТ и патогистологическому исследованию. Требуется совершенствование дифференциальной диагностики: актуально проведение анализа крови на установление иммунного статуса и консультация иммунолога, генетический анализ для исключения наследственных форм.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ТВЁРДОГО НЁБА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛОСКУТА С ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА

Бакши Т.А.

Научный руководитель:

Макеев Артём Витальевич, ассистент кафедры детской челюстно-лицевой хирургии

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.

Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Одним из распространенных заболеваний челюстно-лицевой области у детей является врожденная расщелина верхней губы и нёба. Хирургическое лечение данной патологии заключается в проведение ряда реконструктивных операций, в том числе уранопластики.

Нередко после хирургического лечения возникают такие осложнения, как остаточные дефекты твёрдого нёба. Их частота в отдаленные сроки после уранопластики достигает 35–69% [1]. Среди клинических проявлений можно выделить заброс пищи из ротовой полости в носовую, неразборчивую речь, плохую гигиену, неудовлетворительное состояние зубных ря-

дов. Все это мешает социализации таких пациентов в современном обществе.

При выборе метода закрытия дефекта твердого неба необходимо учитывать ряд факторов, а именно: наличие окружающей дефект рубцовой ткани, скудное кровоснабжение в этой области и, как следствие, снижение репаративных процессов, размер и форма дефекта. Всё это в большинстве случаев препятствует повторному использованию слизисто-надкостничных лоскутов твердого неба для реконструкции и требует применения лоскутов из близлежащих тканей. По величине все дефекты можно разделить на малые (до 1 см), средние (до 2 см) и большие (свыше 3 см), по форме — круглые, овальные, щелейные и неправильные.

На данный момент на кафедре детской челюстно-лицевой хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова при принятии решения о выборе способа закрытия остаточных дефектов твёрдого нёба придерживается мнение, что лучшим выбором является лоскут с языка, благодаря центральному расположению этого органа в полости рта и обильному кровоснабжению.

Цель. Определить показания к операции закрытия дефектов твёрдого нёба с применением лоскута с языка у детей с врожденной расщелиной губы и нёба.

Материалы и методы. Данное исследование является ретроспективным. На кафедре детской челюстно-лицевой хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова в период с 2018 года по 2020 год проводилось лечение 9 пациентов с диагнозом дефект твёрдого нёба, из них 2 мальчика и 7 девочек в возрасте от 7 до 24 лет (ME=16 лет). В 22,22% случаев (n=2) у пациентов наблюдалось 2 дефекта разных размеров в переднем отделе нёба; в 88,8% (n=8) случаев дефект локализовался в переднем отделе нёба. Все дефекты по величине разделились следующим образом: малые — 2 шт. (18,18%), средние — 7 шт. (63,63%), большие — 2 шт. (18,18%). Среди форм преобладала овальная — 8 шт. (72,72%).

Всем 9 пациентам была проведена операция закрытия дефекта твёрдого нёба лоскутом с языка в 2 этапа. В первом этапе проводилось взятие трансплантата и фиксация его в зоне дефекта, во время второго этапа через 14 дней производилось отсечение питающей ножки. В среднем пациенты находились в стационаре 23 дня.

Оценка качества жизни проводилась по функциональным (отсутствие попадания пищи и жидкости из ротовой полости в носовую, разборчивая речь, сохранение вкусовой чувствительности языка) и эстетическому критериям.

Результаты. После анализа данных, полученных из историй болезни пациентов, были выделены следующие показания к проведению операции закрытия дефекта твёрдого нёба: минимальный размер дефекта равнялся 7x4 мм, максимальный размер — 24x18 мм. Средний размер дефекта составил 16x8 мм.

По результатам реабилитации все 9 пациентов удовлетворены проведенным лечением. Никаких жалоб на функциональные или эстетические нарушения не было. Осложнений и рецидивов в постоперационный период не было.

Выводы. Применение лоскута с языка при закрытии дефектов твердого нёба позволяет решить сложные задачи по устранению данного осложнения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО–МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ БИОПОЛИМЕРАМИ DAM+ И URODEX

Родионов Н.В., Шоков И.Е.

Научный руководитель:

Беляева Надежда Анатольевна, к.м.н., доцент курса детской хирургии

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарева, медицинский институт., Саранск, Россия

Введение. Проблема пузырно-мочеточникового рефлюкса, несмотря на довольно длительную историю изучения и большое число опубликованных работ, продолжает оставаться актуальной в детской урологии. Интерес к ней связан с распространенностью заболевания у детей, а также с возможностью возникновения осложнений в результате развития рубцово-склеротического процесса в паренхиме почки при ПМР.

Цель. Оценка эффективности эндоскопической трансуретральной коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса биополимерами DAM+ и Urodex.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 159 пациентов с пузырно-мочеточниковым рефлюксом, в возрасте от 4 месяцев до 16 лет, находившиеся на стационарном лечении в отделении урологии ГБУЗ РМ «ДРКБ». Во всех клинических случаях эндоскопических трансуретральных коррекций ПМР проводилась не более трех раз. Контрольное обследование проводилось через 6 месяцев и 1 год после эндоскопической коррекции ПМР: микционная цистуретрография, экскреторная урография, УЗИ почек и мочевого пузыря, оценка ритма спонтанных мочеиспусканий, урофлоуметрия, цистометрия по показаниям.

Результаты. Эндоскопическая трансуретральная коррекция ПМР биополимером DAM + произведена на 115 пациентам на 139 мочеточниках. По результатам контрольного обследования при I степени ПМР эффективность составила 100%, II — 82,5%, III — 75,6%, IV — 65,6 %. При оценке эффективности повторных эндоскопических коррекций биополимером DAM + полное выздоровление отмечалось у 89% пациентов. Эндоскопическая трансуретральная коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса биополимером “Urodex” произведена 44 (27,6%) пациентам. Выздоровление при II степени ПМР отмечалось у 93,3%, при III степени ПМР — у 83%, при IV степени ПМР — у 72%. Осложнений в виде нагноения, отторжения биополимера, а также обструкции мочеточника не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, после эндоскопической коррекции биополимером DAM + полное выздоровление отмечалось у 89 % пациентов средняя эффективность в коррекции пузырно–мочеточникового рефлюкса с использованием биополимера “Urodex” в зависимости от степени ПМР составила до 86%.

ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Пустьякин А.А.¹, Беляева Н.А.¹, Окунев Н.А.¹, Окунева А.И.¹, Кемаев А.Б.²

Научные руководители:

Беляева Н.А. ФГБОУВО «МГУ им Н.П. Огарева», доцент курса детской хирургии

Окунев Н.А. ФГОБУВО «МГУ им Н.П. Огарева», профессор курса детской хирургии

Окунева А.И. ФГБОУВО «МГУ им Н.П. Огарева», доцент курса детской хирургии, г. Саранск

Кемаев А.Б. ГБУЗ РМ «ДРКБ» г. Саранск, заведующий отделением детской хирургии

¹ ФГБОУ ВО Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева, медицинский институт., Саранск, Россия

² ГБУЗ РМ «ДРКБ», Саранск, Россия

Введение. Актуальность проблемы острых поражений мошонки обусловлена высокой частотой данного заболевания у детей, а также возможным нарушением фертильности данных пациентов в будущем. У 40% мужчин, которые обратились с нарушением фертильности, имелось в анамнезе перенесённое заболевание, связанное с острым поражением мошонки. Благодаря данному факту, нам становится очевидна проблема острых поражений мошонки и необходимость раннего разрешения данной патологии. Есть большая зависимость между качеством диагностики и количеством необратимых последствий, развивающимся с течением болезни.

Цель. Оценить ультразвуковые изменения при острых поражениях мошонки у детей.

Материалы и методы. Пациенты в возрасте от 1 года до 17 лет с острыми поражениями мошонки, находившиеся на стационарном лечении в отделении детской хирургии ГБУЗ РМ «ДРКБ». Проведено УЗИ органов мошонки до и после хирургического лечения, клинико–лабораторные методы исследования.

Результаты. Обследовано 105 пациентов в возрасте от 1 года до 17 лет. Среди пациентов острое поражение гидатиды наблюдалось у 79 (75,2%), орхоэпидидимит — 13(12,4%), перекрут яичка — 10(9,5%), травма яичка — 2,8% больных. В первые 6 часов госпитализированы — 28(26,6%), свыше 6 часов — 25(23,8%), более 24 часов — 52(49,5%) больных. При поступлении по данным лабораторных исследований в анализе крови у 11(10,4%) наблюдался лейкоцитоз. Ультразвуковое исследование органов мошонки проведено 67(63,8%) пациентам до и после хирургического лечения. При исследовании у 39(58,2%) обнаружена гидатида в виде округлого образования неоднородной структуры, с пониженной эхогенностью, умеренным отеком мягких тканей в пораженной области, у 33(49%) больных наблюдался вторичный острый эпидидимит, у всех определялся жидкостной компонент в пораженной стороне мошонки, в умеренном количестве, у 7 (10,5%) при УЗИ органов мошонки патология не определялась. В общем анализе крови отмечался лейкоцитоз у 11(10,5%) больных, максимальное значение которого достигало 66 тысяч, данному

пациенту проводилась терапия с Азитромицином 500 мг 1 раз в день. Вместе с лейкоцитозом также повышались сегментоядерные клетки, эозинофилы, СОЭ. Хирургическое лечение проведено 100 (95,2%) пациентам, у 79 (75,2%) интраоперационно диагностировано острое поражение гидатиды, проведена скрототомия и удаление гидатиды. 1 (0,9%) больному была проведена двусторонняя операция Росса, после послойного доступа к семенному канатику, последний был выделен, прошит и перевязан у шейки, пересечен дистальнее лигатуры сообщающийся с брюшной полостью ход. Среди пациентов с поражением гидатиды у 4 (5,8%) интраоперационно был выявлен инфаркт придатка яичка. У всех пациентов с перекрутом яичка при УЗИ определялось снижение эхогенности яичка, отсутствие кровотока в пораженном яичке, жидкостной компонент в полости мошонки. Все пациенты были прооперированы, выполнена скрототомия, деторсия яичка и орхидопексия. У 3 (2,8%) пациентов с травмой яичка при УЗИ визуализировались утолщения и неоднородность мягких тканей, а также жидкостной неоднородный компонент, все больные были прооперированы, проведена скрототомия и ушивание ран яичка. В послеоперационном периоде всем пациентам проведена антибактериальная, десенсибилизирующая и противовоспалительная терапия. Основными препаратами были: Цефтриаксон, Лоратадин, Ортофен, повязка с Димексидом местно.

Выводы. Таким образом, при проведении УЗИ органов мошонки у пациентов с острым поражением гидатиды в 58,2% визуализировалась измененная гидатида с умеренным отеком мягких тканей, у 49% наблюдался вторичный острый эпидидимит, у всех определялся жидкостной компонент в полости мошонки, у 10,5% патология не определялась. У пациентов с перекрутом яичка определялось снижение эхогенности яичка, отсутствие кровотока в пораженном яичке, жидкость в полости мошонки.

ГАСТРОСТОМИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Лебедева М.В.¹, Звонкова Н.Г.^{1,2}, Гусев А.А.^{1,2}

Научные руководители:

Звонкова Наталья Георгиевна к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории питания здорового и больного ребенка ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России; доцент кафедры педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Минздрава России

Гусев Алексей Андреевич, к.м.н., заведующий хирургическим отделением с неотложной и плановой помощью

¹ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

² ФГАУ Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Ежегодно растёт количество пациентов, для которых наложение гастростомы остаётся единственным способом поддержания оптимального питания. Это не только дети с заболеваниями пищеварительного тракта, но и пациенты с неврологическими нарушениями, которым гастростомия необходима для обеспечения безопасной нутритивной поддержки с целью коррекции недостаточности питания.

Цель. Описать опыт гастростомии в хирургическом отделении многопрофильного педиатрического стационара; оценить динамику показателей физического развития у детей до и после операции.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное когортное исследование, в которое вошло 42 ребенка в возрасте от 0 до 17 лет 11 мес., находящихся на лечении в хирургическом отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ в период с 2017 по 2020 гг. с целью проведения гастростомии. Антропометрические показатели детей оценивались по стандартам ВОЗ с расчетом индексов (Z-скоргов) масса к возрасту, рост к возрасту, ИМТ к возрасту до наложения гастростомы и через 6–12 мес. после операции.

Результаты. Показанием к наложению гастростомы у большинства детей (33 — 78,5%) являлось нарушение проходимости пищевода на фоне псевдобульбарных расстройств, связанных с неврологическими заболеваниями (детский церебральный паралич, мукополисахаридоз, спинальная мышечная атрофия); 5 пациентов имели рубцовый стеноз пищевода различной этиологии (постожоговый, постоперационный, как осложнение буллезного эпидермолиза); 3 пациентам с муковисцидозом и тяжелой недостаточностью питания гастростома была наложена с целью проведения ночной гипералиментации; 1 пациенту с атрезией пищевода с трахео-пищеводным свищом гастростома была наложена сразу после рождения.

47,6% детей была наложена балонная низкопрофильная гастростома. В связи с необходимостью антирефлюксной операции 38% детей была наложена чрескожная эндоскопическая гастростома, которая через 6 мес. была заменена на балонную низкопрофильную. Детям с недостаточностью питания осуществлялась нутритивная поддержка с использованием высококалорийных высокобелковых смесей.

Оценка антропометрических показателей до операции показала, что недостаточность питания отмечалась у 52,3% детей — острая (Z-score ИМТ/возраст < -2) у 8 (19%), хроническая (Z-score рост/возраст < -2) у 14 (33,3%). Через 12 мес. после операции частота встречаемости недостаточности питания у детей достоверно уменьшилась (P<0,05) и составила 42,8% — острая у 8 (19%), хроническая у 10 (23,8%).

Выводы. Гастростомия является эффективным способом организации кормления детей, когда питание через рот небезопасно или неспособно обеспечить физиологические потребности в пищевых веществах. Нутритивная поддержка через гастростому с использованием специализированных высококалорийных высокобелковых смесей приводит к улучшению состояния питания детей.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Кутлююлова Л.К., Буй В.А.

Научный руководитель:

Яфясов Ринат Явветович, к.м.н., зав. хирургическим отделением №1 ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань, Россия

Введение. Острый аппендицит (ОА) является наиболее частой неотложной хирургической патологией и причиной обращения в хирургические стационары. Ежегодная обращаемость по поводу абдоминальных болей в ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ — свыше 11000 детей (данные за 2018–2019 г.). Из них свыше 1500 детей госпитализируют в хирургическое отделение. В последние годы отмечается тенденция к увеличению удельного веса осложненных форм ОА. Осложненные формы ОА требуют более длительного стационарного лечения, повышают риск осложнений (спаечная болезнь, бесплодие у девочек), поэтому своевременная постановка диагноза имеет важнейшую роль.

Цель. Проанализировать основные причины возникновения осложненных форм острого аппендицита у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни пациентов в ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ за 2013–2019 г. с осложненными формами ОА. Учитывались следующие показатели:

1. количество больных, оперированных по поводу ОА;
2. распределение больных по формам перитонита;
3. распределение по возрастам;
4. время от начала заболевания до госпитализации;
5. время от момента госпитализации до операции.

Результаты. С 2013 по 2019 г. пролечено 3310 детей с ОА. Осложненные формы ОА были у 382 больных (11,3%). Осложненные формы ОА составили в среднем у 382 больных (11,3%) (наибольшее количество в 2018 г. — 13,6%). Из них наиболее частое местный перитонит — 76%, распространенный — 21,3%, абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат — 2,7%. Распределение по возрасту: до 1 г. — 0, 1–2 г. — 8% больных, 3–6 л. — 21%, 6–9 л. — 16%. 10–15 л. — 55%. Пик заболеваемости ОА — 9–10 лет. По времени до госпитализации: до 6 ч — 0, от 6 до 12 ч — 9,2%, 12–24 ч — 25,2%, более 24 ч — 65,6%. Ошибки на этапах диагностики были у 129 детей (33,2%), из них: на догоспитальном этапе — у 78 (21,2%), на госпитальном этапе — у 51 (12%). Основные причины на догоспитальном этапе: 1) несвоевременное обращение родителей (около 54%) при сроке заболевания более 1 суток; 2) ошибки диагностики врачей и фельдшеров СМП, педиатров (низкая настороженность в отношении хирургической патологии — в 27% случаев; 3) отказ родителей при рекомендации врачей к госпитализации в хирургический стационар — 18%; 3) На госпитальном этапе — 1) ошибочное исключение острой хирургической патологии в приёмном отделении — в 54% случаев; 2) непрофильная госпитализация в соматическое отделение под маской соматической патологии — в 33,2%; 3) длительное наблюдение в хирургическом отделении — в 12,8% случаев.

Выводы. Таким образом, причинами задержки диагностики ОА стали: низкая санитарная грамотность населения, когда родители не обращались за медицинской помощью при сроке заболевания более суток; высокий процент диагностических ошибок на всех этапах оказания неотложной помощи, что свидетельствует о низкой настороженности медицинских работников в отношении острой хирургической патологии. Необходимо проводить санитарно-просветительную работу, в том числе с использованием интернет-технологий, инструктирование первичного звена — врачей поликлиник, врачей и фельдшеров СМП, детских больниц о необходимости консультации хирургом детей с острыми болями в животе длительностью более 6 ч, четкое соблюдение клинических рекомендаций по алгоритму диагностики и лечению острого аппендицита у детей.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ГИПОПАЗИИ I ПАЛЬЦА

Идрис Л.Я.

Научные руководители:

Рыбченко Всеволод Витальевич, д.м.н., профессор
Александров Александр Владимирович
ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет имени
Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. В современном мире функция кисти не замыкается на выполнении физического труда, а распространяется на самые разнообразие сферы жизни человека.

К сожалению, в наше время все чаще у детей возникают пороки развития кисти, которые резко снижают ее функцию. Одним из наиболее серьезных врожденных пороков развития кисти у детей является гипопазия I пальца. Поллицизация остается оптимальным хирургическим методом при степени III и IV по Blauth. Однако не так редко главным желанием родителей ребенка является сохранение 5-палой кисти. В таких случаях оправданы альтернативные способы хирургической реконструкции I пальца.

Цель. Сравнить отдаленные результаты и оценить функцию кисти при поллицизации и реконструкции I пальца кисти у детей с гипопазией I пальца кисти III и IV степени.

Материалы и методы. С 2014 по 2019 года в ДГКБ им. Н. Ф. Филатова в отделении микрохирургии наблюдались 205 пациентов с врожденными пороками кисти. Возраст пациентов составил от 4 до 36 месяцев. Из них 48 пациентов с пороками развития I пальца. 20 детям была выполнена поллицизация, 18 — реконструкция I пальца кисти.

Для оценки эстетических и функциональных результатов использовалась шкала VAS от 1 до 10 баллов. Пациенты и их родители должны были ответить на следующие вопросы: «Похож ли восстановленный первый палец на большой палец?»; «Функционирует ли первый палец как большой палец?». Так же для оценки функционального

результата был использован опросник исходов и неспособности кисти и руки DASH (0 — хорошая функциональность, до 100 — чрезмерная неспособность).

Данные, полученные в результате ретроспективного исследования, были систематизированы в программе обработки данных Microsoft Excel 2010. Статистическую обработку выполняли с использованием программы STATISTICA 10.0. При характеристике групп применялась описательная статистика. Результаты исследования принимали за статистически достоверные при значении $p < 0,05$.

Результаты. Средний возраст пациентов, которым была проведена операция полицизация, составил $26 \pm 3,5$ мес. Возраст детей с реконструкцией первого пальца составил $25 \pm 3,6$ мес. Продолжительность операции при реконструкции первого пальца составила $115 \pm 40,5$ мин, когда у детей с полицизацией 120 ± 30 мин. Оценка функции кисти проводилась по опроснику DASH. Средний балл в группе пациентов, которым была проведена полицизация, составил $18,7 \pm 3,5$ баллов, когда в группе с реконструкцией 1 пальца кисти $64 \pm 4,5$ баллов, что является плохим функциональным результатом. Статистическая обработка результатов опросов DASH выявила статистически значимую разницу ($p < 0,05$). Оценка по шкале VAS выставлялась от 0 до 10 баллов, результат лечения оценивался как эстетически, так и функционально. Согласно полученным данным эстетически операция по реконструкции 1 пальца имела лучшие результаты (1 ± 2 балл), чем полицизация (4 ± 1 балл). Возможно, такие результаты связаны с тем, что при реконструкции кисть с пятью пальцами в глазах родителей и детей выглядит полноценной. Функция кисти измерялась так же по шкале VAS от 0 до 10 баллов. При оценке полученных данных было выявлено, что лучшие результаты у детей, которым выполнялась полицизация (0 ± 2) по сравнению с группой с реконструкцией первого пальца кисти (6 ± 2).

Выводы. Операция полицизации является эффективным методом у пациентов с гипоплазией I пальца кисти по сравнению с операциями по реконструкции I пальца кисти, так как обеспечивает необходимые функциональные и косметические результаты.

ПРИМЕНЕНИЕ ПАРОЛА ДЕТЯМ, ПЕРЕНЕСШИМ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Бактыгулов Э.Ж.

Научный руководитель:

Турдубаева Элеонора Курсанбековна, ассистент кафедры детской хирургии с курсом реанимации и анестезиологии

Кыргызская государственная медицинская академия
им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

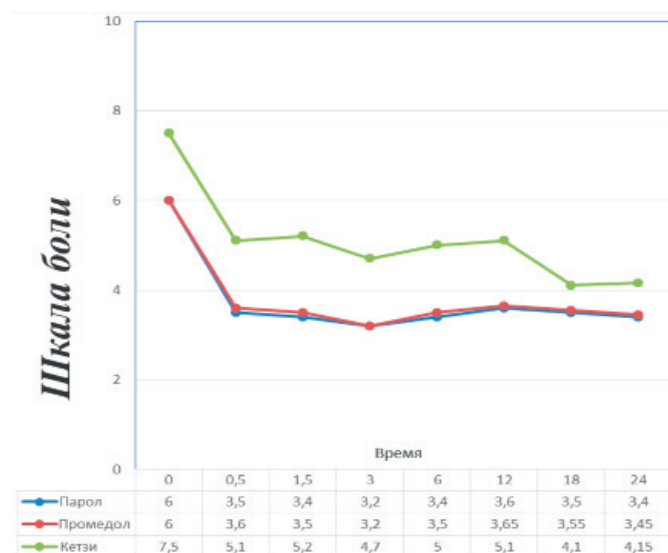
Введение. Приоритетными задачами интенсивной терапии является устранение послеоперационной боли и поддержание жизненно важных функций организма. Интенсивность боли является важным показателем состояния пациента после операции и способствует развитию неблагоприятных последствий. Отмечается, что в 80% случаев пациенты после операции испытывают боль, которая плохо контролируется, а в 34% случаев послеоперационная боль сохраняется до трех месяцев. Эффективное обезбоживание в современной медицине должно рассматриваться и со стороны ее безопасности. По сравнению с Паролом опиоидные анальгетики имеют ряд серьезных побочных эффектов: угнетение сознания, угнетение дыхания, длительное нахождение на ИВЛ, тошнота, рвота, привыкание и др.

Цель. Анализ эффективности препарата Парола для послеоперационной анальгезии при проведенных операциях на органах брюшной полости у детей.

Материалы и методы исследования. Работа основана на комплексном клинико-лабораторном и инструментальном исследованиях. Эффективность и безопасность послеоперационного обезбоживания Паролом рассматривались у 32 детей, которые находились на лечении ГДКБ СМП №3 города Бишкек в период с марта 2019 г. по октябрь 2019 г.

Все хирургические манипуляций по поводу ЭП-инвазии печени, вызванной *Echinococcus granulosus* (B67.0 — по МКБ10), проводились в плановом порядке. Обезболивающие мероприятия оказывались при поступлении ребенка из оперативного отделения в отделение реанимации.

Результаты. График сравнения обезболивающих средств: в/в Парола, в/в Промедола и Кетзи в/в по шкале FLACC (face, legs, activity, cry, consolability) и оценка по ВАШ в разные временные интервалы.



В первой группе пациентов в качестве обезболивающего был введен в/в Промедол, среднее число обе-

Общая характеристика групп пациентов

Группа	Вид анестезии	Средний возраст	Количество пациентов абс.
I группа	Промедол (опиоид)	$12,4 \pm 2,1$	10
II группа	Кетзи	$10,2 \pm 3$	8
III группа	Парол (в/в парацетамол)	11 ± 2	14

зболивающего эффекта по длительности составило 21–48 ч, суточная доза — 2,4 мг/кг. Оценивая болевое поведение данной группы, где использовали шкалы FLACC (face, legs, activity, cry, consolability) и ВАШ, отметили соответствие основному критерию адекватности анальгезии. Но у детей в данной группе наблюдалась повышенная частота и более длительное нахождение на ИВЛ-аппарате, что является непосредственным побочным эффектом опиоидных анальгетиков — угнетение центрального дыхания, требующее реанимационных мероприятий.

Во второй группе пациентов в качестве обезболивающего препарата использовали препарат Кетзи, средняя длительность анальгезирующего эффекта составила 12–20 ч. В этой группе болевое поведение, исходя из шкал, характеризуется более короткой длительностью анальгезирующего эффекта препарата Кетзи, в свою очередь требующего частого применения, которое, в свою очередь, недоброжелательно для растущего организма.

В третьей группе пациентов вводили в/в Парол (в/в парацетамол) от веса до 10 кг–0,75 мл/кг старше 1.0 мл/кг, сут. доза 2 г, длительность обезболивающего эффекта составило 21–48 ч. Отмечается соответствие основным критериям адекватности анальгезии. Исходя из графика, в/в Парол показал себя по сравнению с другими группами не хуже, в ряде случаев даже лучше.

Выводы. Исходя из проведенного исследования, было выявлено, что применение Парола в качестве анестезии является эффективным методом обезболивания у детей, перенесших обширные хирургические манипуляции на органах брюшной полости. В качестве мониторинга за соответствием основных критериев адекватности анальгезии использовались шкалы FLACC (face, legs, activity, cry, consolability) и ВАШ, а также витальные функции (ЧД, ЧСС, АД). Использование в качестве послеоперационного обезболивания Парола показало эффект, в целом, не хуже, чем Промедол, в ряде периодов лучше (0,5; 1,5; 6 и 12 часов после применения). Отмечается хорошая переносимость, а также, что немало важно, уменьшается период госпитализации детей.

ГИРШПРУНГ–АССОЦИИРОВАННЫЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У ДЕТЕЙ

Королев Г.А.

Научный руководитель:

Пименова Евгения Сергеевна, доцент кафедры детской хирургии и урологии — андрологии им. Л.П. Александрова

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

Введение. Болезнь Гиршпрунга (БГ) — это врожденный порок развития кишечника, при котором в стенке кишки отсутствуют нервные ганглии. Гиршпрунг-ассоциированный энтероколит (ГАЭК) — жизнеугрожающее осложнение БГ, которое может носить рециди-

вирующий характер. Частота ГАЭК до операции составляет от 6 до 50%, после — от 2 до 35%. Патогенез ГАЭК до конца не изучен. Лечение направлено в первую очередь на купирование обструкции кишечника (механическая очистка кишечника). Также требуется антибактериальная и симптоматическая терапия. ГАЭК — основная причина смерти при БГ. **Цель.** Ретроспективный анализ пациентов с подтвержденным диагнозом БГ и признаками энтероколита до или после оперативного лечения.

Материалы и методы. Анализ 9 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского (гл. врач проф. Корсунский А.А.) за период с 2014 по 2018 год.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 17 мес. Среди форм БГ преобладали тотальная и ректосигмоидная. Манифестация энтероколита наблюдалась в срок от 6 суток до 3 лет после операции. Основные жалобы: повышение температуры, частый жидкий стул, вздутие живота, рвота, слабость. Состояние при поступлении было тяжелым у 5, средней степени тяжести — у 4, за счет симптомов интоксикации. Положительные результаты на токсины А и В Clostridium difficile у 3 детей, положительные результаты Латекс-тест на ротавирус — у 3 детей. ГАЭК был заподозрен у 7 пациентов, но в окончательный диагноз был вынесен только в двух случаях (22%).

Выводы. Энтероколит чаще развивался у детей с ректосигмоидной (37,5%) и тотальной формой (37,5%). Специфические возбудители подтверждены у 5 пациентов, в остальных случаях энтероколит носил неспецифический характер. Диагноз ГАЭК был выставлен лишь у 22% пациентов. В случае признаков энтероколита у ребенка с БГ необходимо в первую очередь исключать ГАЭК, как наиболее грозное, жизнеугрожающее осложнение БГ как до, так и после операции.

ОПЫТ ЭКСТРАВЕЗИКАЛЬНОЙ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ МЕГАУРЕТЕРОМ

Климкова Д.М.

Научный руководитель:

Айрян Эдуард Каренович, к.м.н., ассистент кафедры детской хирургии и урологии–андрологии им. профессора Л.П. Александрова

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университета им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

Введение. Для формирования уретероцистоанастомоза применяют различные хирургические варианты реимплантации мочеточника, среди которых выделяют экстравезикальные и интравезикальные. Но единого мнения о том, какой метод лечения наиболее эффективный не существует.

Цель. Оценить результаты экстравезикальной реимплантации мочеточника у детей с обструктивным мегауретером.

Материалы и методы. Проведен клинический анализ данных 31 пациента с диагнозом обструктивный мегауретер (ОМУ), находившихся в урологическом отделении ГБУЗ ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского в период с 2012 по 2019 г. Возраст пациентов от четырех месяцев до 12 лет (34 мочеточника). Диагноз обструктивный мегауретер у 17 больных был установлен пренатально, у 10 больных — при проведении планового УЗИ в возрасте 1,2 — 6 лет и у 4 пациентов — диагноз был поставлен вследствие присоединения инфекции мочевых путей, потребовавшей госпитализации и проведения комплексного обследования.

В качестве показаний для формирования экстравезикального уретероцистоанастомоза (ЭВУЦА) были приняты следующие: 3–4 степень ОМУ с сохранной функцией почек, обструктивный вариант уродинамики верхних мочевых путей на пораженной стороне (на основании данных диуретической пиелоуретроэзографии). Двадцати восьми пациентам ЭВУЦА выполнялась в случае неэффективности стентирования. В случае малого объема мочевого пузыря, выполнялись этапные эндоскопические вмешательства, которые позволяли сохранить функцию почечной паренхимы и увеличить объем мочевого пузыря. Данное лечение сопровождалось применением курсов детрузорстабилизирующей терапии (у 24 пациентов) и эндоаугментации Лантоксом (у четырех пациентов). В качестве первичного метода лечения ЭВУЦА применяли у 3 больных с эктопией устья и парауретральным дивертикулом. Возраст пациентов от четырех до 8 месяцев (три мочеточника).

С целью расслабления детрузора всем детям до операции проводили каудальную анестезию. Кроме того, чтобы сократить время экстравезикальной мобилизации мочеточника, подлежащего реимплантации, проводили его трансуретральную катетеризацию. В дальнейшем выполнялось моделирование реимплантируемого мочеточника по длине, а в случае необходимости и по ширине на дренаже 8–10 Ch.

В трех случаях выполнение ЭВУЦА сопровождалось одновременным закрытием ранее выведенной уретерокутанеостомы и формированием анастомоза «конец в конец». Данная манипуляция впоследствии сопровождалась длительной интубацией мочеточника (до 15 сут). Несмотря на факт пересечения мочеточника на двух уровнях, во всех случаях отмечали положительный функциональный результат.

Результаты. Оценка эффективности оперативно-го лечения проводилась через один год после выполнения операции. В 85% случаев было подтверждено отсутствие ретроградного заброса мочи и нарушение ее оттока.

У двух пациентов через 12–18 месяцев выявили послеоперационный рефлюкс, что в дальнейшем потребовало выполнения эндоскопической коррекции полиакриламидным гелем ДАМ+. У одного из пациентов отмечалась ликвидация ПМР, а эффективность манипуляции у другого пациента не установлена.

Вывод. Экстравезикальная реимплантация мочеточника является альтернативой интравезикальным операциям после эндоскопических вмешательств при мегауретере. Эффективность метода составила 85%.

ПРЕДХИРУРГИЧЕСКОЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АКТИВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ И МИНИ-ИМПЛАНТОВ

Дудник О.В., Чертихина А.С., Билле Д.С.

Научный руководитель:

Мамедов Адиль Аскерович, д.м.н., профессор,
Заслуженный врач РФ, зав. кафедрой стоматологии
детского возраста и ортодонтии

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Введение. Расщелина губы и нёба это одно из самых распространенных аномалий развития челюстно — лицевой области. Данная патология занимает 3–4 место среди врожденных аномалий. В соответствии с литературными данными последних лет отмечается тенденция роста, что говорит о неблагоприятном состоянии здоровья населения. Для устранения этих аномалий необходимо лечить пациентов с помощью первичных хирургических операций с ранним ортодонтическим лечением.

Цель. Целью данного научного исследования является повышение эффективности лечения детей с двусторонней расщелиной губы и нёба с предхирургической ортодонтической подготовкой.

Материалы и методы. В проведенном исследовании было обследовано 80 детей с расщелиной губы и нёба. Было установлено, что 56 детей имели двустороннюю расщелину губы и нёба в возрастной категории от новорожденности до трех лет. Все пациенты были разделены на две группы: первая группа состояла из 28 детей, которые получали лечение по стандартному протоколу с предварительной ортодонтической подготовкой, вторая группа состояла из 28 детей, которые были подготовлены к операции по разработанной нами методике. Разработанные несъемные индивидуальные ортодонтические аппараты состояли из базиса, фиксированного на альвеолярном отростке верхней челюсти при помощи активных элементов и мини-имплантов, две части аппарата соединялись между собой при помощи эластических тяг или никель-титановых пружин.

Результаты. Предхирургическая ортодонтическая подготовка 28 детей с двусторонней расщелиной губы и нёба в первой группе показало, что 22 пациентам (78,6%) не удалось полностью достичь контакта между межчелюстной костью и фрагментами альвеолярного отростка верхней челюсти. Кроме того, в процессе лечения данных пациентов было необходимо изготовить несколько сменных устройств, и средний срок лечения таких пациентов составил 7 месяцев. Во второй группе пациентов удалось нормализовать соотношение между межчелюстной костью и боковыми фрагментами альвеолярного отростка у 27 пациентов (96,4%). У 1 пациента (3,6%) не удалось достичь желаемого результата из-за индивидуального не приживления мини-имплантов.

Следует отметить, что использование разработанных несъемных индивидуальных аппаратов позволи-

ло устранить сужение боковых фрагментов альвеолярного отростка верхней челюсти, благодаря расширяющему винту, встроенному в конструкцию. Это, в свою очередь, стало благоприятным фактором для дальнейшего формирования челюстей.

Выводы. Использование разработанных индивидуальных ортодонтических аппаратов с активными элементами (винтами) и мини-имплантами в 96,4% случаев позволило сократить время предоперационной ортодонтической подготовки, нормализовать позицию межчелюстной кости и форму верхней челюсти, с последующей первичной хейлоринопластикой и уранопластикой, а также сократить времени реабилитации пациентов с двусторонней расщелиной верхней губы и нёба, благодаря чему, достигается стабильный эстетический и функциональный результат.

После предхирургической ортодонтической подготовки с использованием несъемных аппаратов с применением мини-имплантов достигается полный межторцевой контакт между межчелюстной костью и фрагментами альвеолярного отростка верхней челюсти, это подтверждается статистической обработкой данных ($P < 0.05$).

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ

Егорская А.Т.

Научный руководитель:

Карпова Ирина Юрьевна, д.м.н., профессор
ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский
медицинский университет Минздрава России,
Нижний Новгород, Россия

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) в Европе регистрируется с частотой 10–20%, в Африке и Азии показатель составляет 3,5–5%. Распространенность ЖКБ среди детей 1–10%. За последние годы заболеваемость выросла от 0,1% до 1,0%. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости (УЗИ ОБП) информативность диагностики ЖКБ 95–99%. При неэффективной консервативной терапии требуется хирургическое лечение.

Цель. Представить частоту встречаемости ЖКБ у детей, изучить методы диагностики и тактику хирургического лечения.

Материалы и методы. В период 2015–2019гг. на базе Детской городской клинической больницы №1 г. Ниж-

него Новгорода было оперативно пролечено 23 ребенка с ЖКБ: 13 мальчиков (56,5%) и 10 девочек (43,5%), в возрасте от 2 до 17 лет (средний возраст $11,8 \pm 4,3$). Осмотр, клинико-инструментальное обследование и лечение регламентированы клиническими рекомендациями. Пациентам выполнено УЗИ ОБП до и после оперативного лечения. Полученные данные подвергли вариационно-статистической обработке.

Результаты. При УЗИ ОБП у всех выявили ЖКБ, в 22 случаях (95,7%) с холецистолитиазом, в 1 случае (4,3%) — холедохолитиазом. У 18 человек (78,3%) констатирована неосложненная форма ЖКБ, хронический калькулезный холецистит (ХКХ), у 4 (17,4%) — обострение ЖКБ, у 1 ребенка ЖП наблюдали «отключенный» ЖП. Всем пациентам выполняли хирургические вмешательства. 22 больным с холецистолитиазом проведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ); в 80% случаев выявлены спайки, кровотечение из ложа ЖП отмечали дважды; у 15 больных пузырная артерия гипоплазирована. Средний размер ЖП составил $61,4 \pm 15,8 \times 24,1 \pm 5,1$ мм. У 6 пациентов (26,1%) размеры соответствовали норме, у 16 (69,6%) — были увеличены, в 1 наблюдении уменьшены. Размер камней составил 1–20 мм, цвет: желтый в 87% случаев, черный — в 13%. Холедохолитиаз диагностирован у одного мальчика с механической желтухой, синдромом цитолиза, холестаза. При проведении УЗИ ОБП выявлен холестатический гепатит, панкреатит, острый холецистит, холедохолитиаз с холедохозктазией. Пациенту проведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией холедохолитов. Пациенты получали антибактериальную, инфузионную, симптоматическую терапию, энтеральный покой. Все дети выписаны в удовлетворительном

состоянии ($8,6 \pm 6,2$ койко-дней). Послеоперационный период у 22 детей был гладкий. У 1 девочки выявлен на УЗИ ОБП перитонит после ЛХЭ, что потребовало релапаротомии с ушиванием перфорации холедоха и дренированием на фоне антибактериальной, инфузионной терапии; перитонит купирован за 29 койко-дней.

Выводы. При наличии при наличии ЖКБ с холедохолитами необходима ЭРХПГ, ЭПСТ с литоэкстракцией; при холецистолитах требуется ЛХЭ; при риске геморрагических и перфоративных осложнений показана ЛХЭ после противовоспалительной терапии. УЗИ позволяет своевременно диагностировать патологию, способствует выбору лечебной тактики при ЖКБ и раннему выявлению послеоперационных осложнений.

НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ». КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У РЕБЕНКА

Коновалова А.А.

Научный руководитель:

Гаймоленко Сергей Григорьевич, к.м.н.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России Чита, Россия

Актуальность. Острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) относится к числу редких, наиболее тяжелых и недостаточно изученных заболеваний в хирургии, которое сопровождается высокими показателями послеоперационной летальности, что обусловлено обширной ишемией и некрозом кишечника.

Цель демонстрации клинического случая. Представить опыт успешного оперативного лечения и ранней реабилитации девочки подростка с ОНМК на фоне тромбофилии.

Описание клинического случая. Девочка Ц., 12 лет больна с 23.10.19, когда появились боли в эпигастриальной области, тошнота, многократная рвота желудочным содержимым. Обратились в приемный покой ЦРБ — осмотрена хирургом, педиатром. Острая хирургическая патология исключена. Проведена инфузионная терапия, с улучшениями была отпущена домой.

Ухудшение состояния ночью 24.10.19 — боли во всех отделах живота, многократная рвота. Обратились повторно к хирургу утром, госпитализирована в реанимационное отделение ЦРБ в состоянии инфекционно-токсического шока с проявлениями перитонита. После предоперационной подготовки оперирована. Обнаружена ишемия селезеночного угла, нисходящего отдела толстой кишки, что расценено как заворот с некрозом стенки. Изменения подвздошной кишки (темного сине-фиолетового цвета, отсутствие перистальтики) расценены как нарушения микроциркуляции. Проведена резекция толстой кишки с наложением двойной колостомы. После новокаиновой блокады корня брыжейки и согревания горячими салфетками петли тонкой кишки признаны жизнеспособными и погружены в брюшную полость. Наложена лапаростома.

На вторые сутки после стабилизации общего состояния — программируемая релапаротомия. Обнаружен тотальный некроз подвздошной кишки, терминального отдела приводящей колостомы и очаговый некроз восходящей ободочной кишки. Магистральные сосуды брыжейки без признаков тромбоза, концевые ветви тромбированы. Выполнена резекция подвздошной кишки с формированием двойной энтеростомы, резекция, реконструкция приводящей колостомы. В связи с ухудшением состояния больной от резекции ободочной кишки решено воздержаться. Вновь сформирована лапаростома. На 4 сутки после релапаротомии госпитализирована в ГУЗ КДКБ г. Читы, и на

следующий день ей была выполнена программируемая релапаротомия. В восходящем отделе сохраняются очаговые некрозы без прогрессии и перфораций. Выполнена резекция восходящего отдела ободочной кишки с наложением анастомоза «конец в конец», аппендэктомия. Ликвидирована лапаростома.

Послеоперационный период протекал на фоне тяжелой полиорганной недостаточности с выраженными нарушениями метаболизма, гемостаза, гастроинтестинальным дефицитом. Ребенок длительное время находился в условиях ОРИТ. При лабораторном исследовании у ребенка выявлена тромбофилия с склонностью к тромбообразованиям по гену FGB аллелю G/A.

После стабилизации состояния девочка была переведена в хирургическое отделение с белково-энергетической недостаточностью (БЭН) II степени. Длительное время не удавалось восстановить энтеральное питание — потери по стоме превышали объем полученного питания. Только при сочетании индивидуально подобранной диеты со смесью Клинутрен Юниор удалось достичь позитивного энергетического баланса и положительной динамики массы тела.

30.01.2020 выполнена реконструктивная резекция фрагмента тонкой кишки, несущего свищи, однорядный анастомоз «конец в конец». Во время операции выявлены выраженные воспалительные изменения со стороны кишечника, которые подтверждены гистологически. На момент представления ребенок выписан из стационара, является носителем колостомы.

Выводы. Данная патология крайне редко встречается в детском возрасте. Представленный клинический случай демонстрирует возможность успешного этапного оперативного лечения при мультифокальном некрозе кишечника у ребенка.

МЕМБРАНОЗНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Суенкова Д.Д.

Научный руководитель:

Цап Наталья Александровна, д.м.н, профессор.
ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Актуальность. Врожденная непроходимость двенадцатиперстной кишки (ДПК) у детей, вызванная аномалиями/пороками развития первичной кишечной трубки на 8–10-ой неделе гестации, требует экстренной диагностики и хирургической коррекции. Частота дуоденальной обструкции составляет 1:5000–10000 новорожденных. Наиболее частой причиной непроходимости ДПК является ее атрезия, которой в настоящее время посвящен целый ряд фундаментальных работ. Мембранозная непроходимость ДПК

встречается гораздо реже, по данным проведенных исследований из 100% исследуемых врожденных пороков ДПК приблизительно 12% отводится мембранам. Диагностика полной атрезии ДПК, как правило, не составляет затруднения. Однако в случае дуоденального стеноза или мембраны симптомы проявляются намного позже и растянуты во времени.

Цель демонстрации клинического случая. Демонстрация редкого случая частичной врожденной кишечной непроходимости с растянутой во времени симптоматикой, поздней диагностикой и ликвидацией в 8-и летнем возрасте.

Описание клинического случая. Пациентка N. родилась в 2010 году с отставанием в массе тела, отмечались обильные срыгивания, окрашенные желчью. В течение жизни возникали рвоты застойным содержимым на фоне полного здоровья, неоднократно проходила лечение в инфекционном отделении, в гастроэнтерологии с такими диагнозами, как дисбактериоз, отравления, гастрит. Постоянная тошнота и рвота при обращениях к врачу оставались без внимания. В дифференциальной диагностике на протяжении 8 лет подозрения на врожденный порок кишечника (ВПК) больше ни разу не возникло.

При очередном приступе рвоты было проведено полное обследование, была выполнена обзорная рентгенография и пассаж контрастного вещества.

При рентгеноконтрастном исследовании выявлена замедленная эвакуация из значительно дилатированной ДПК, а в просвете — инородное металлическое тело.

Пациентке было выполнено ФЭГДС, удалено инородное тело (монета), визуализирована мембрана с центричным отверстием до 2.0 мм. Оперативное вмешательство произведено в объеме лапаротомии, дуоденотомии. Передняя стенка кишки вскрыта продольным разрезом, мембрана циркулярно иссечена, просвет кишки ушит непрерывным швом. Послеоперационный период протекал без осложнений. Восстановлен возрастной пищевой режим.

Выводы. Представленный клинический случай интересен как с точки зрения диагностики редкого врожденного порока развития, так и со стороны медицинской деонтологии.

Стойкая беспричинная рвота, отставание в физическом развитии являются важными диагностическими признаками в поиске врожденной кишечной непроходимости, о которых должен помнить врач-педиатр.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БРОНХОГЕННОЙ КИСТЫ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА

Богданова А.В., Гриневич А.А., Кургинян К.С.,
Сергеева Е.С.

Научный руководитель:

Юсуфов Акиф Арифович, д. м. н., доцент, заведующий кафедрой лучевой диагностики

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России, Тверь, Россия

Актуальность. Бронхогенная киста (БК) — врожденная аномалия формирования легочного зачатка из вентрального отдела первичной кишки на 3–7 неделе эмбрионального развития. Изучение литературы показало редкость данной патологии.

В мировой литературе описан 41 случай диагностированной бронхогенной кисты желудка (БЖК), удаленной хирургическим путем и подтвержденной гистологически. Два случая из описанных — в педиатрической практике. В данной работе впервые подробно описан случай бронхогенной кисты желудка у мальчика 1 года, поступившего в хирургическое отделение ДОКБ г. Твери с предварительным диагнозом: образование брюшной полости. Ребенку было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ), заподозрено кистозное образование желудка.

Цель демонстрации клинического случая. БЖК плохо изучена в педиатрии, вследствие отсутствия достаточного для анализа количества клинических случаев. В данной работе рассмотрен уникальный случай наблюдения, а также успешного оперативного лечения бронхогенной кисты желудка у ребенка 1 года. Что в дальнейшем может послужить базой для изучения, а также лечения этой врожденной аномалии.

Описание клинического случая. Мальчик М., 1 года поступил в хирургическое отделение №1 ДОКБ г. Твери 20.01.2020 г. с диагнозом: ВПР: кистозное образование задней стенки желудка (бронхогенная киста). МАС. Острый бронхит.

Госпитализирован в плановом порядке для решения вопроса об оперативном вмешательстве.

Из анамнеза: Ребенок от 5 беременности протекавшей без патологии, 5 срочных родов. На сроке 37 недель по данным УЗИ образование брюшной полости. Вес при рождении 3450 гр. После рождения по данным УЗИ образование в левой половине живота под диафрагмой, до 4 см в диаметре, с жидкостным компонентом.

В возрасте 2 мес. находился на обследовании в 1 ХО ДОКБ в феврале 2019 года: на момент осмотра мать активно жалоб не предъявляет. Состояние ребенка с рождения удовлетворительное. Вес 5500 гр. На грудном вскармливании через 2–3 часа, рвоты нет. Активен. Кожные покровы бледно-розовые. Слизистые влажные. ЧДД 38 в минуту. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 135 в мин. Живот не вздут, симметричный. При пальпации живот мягкий, без болезненный. Патологических образований не определяется. Стул отходит регулярно, до 5 раз в сутки. Диурез адекватный. Обследования: УЗИ ОБП 26.02. Печень — не увеличена, индекс 1-го сегмента <30 %, ВПД 55 V. Portae 4,8 мм. Паренхима однородной структуры, средней эхогенности. Сосудистый рисунок не изменен. Звукопроводимость паренхимы не нарушена. Очаговые изменения не визуализируются. Внутривеночные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь: овальной формы, стенки не изменены, содержимое гомогенное. Поджелудочная железа: контуры ровные, четкие. Не увеличена, размерами: головка 8,0 мм, тело 5 мм, хвост 7 мм. Структура однородная, средней эхогенности. Вирсунгов проток не

расширен. Очаговые изменения паренхимы, не определяются. Селезенка: расположена типично, контуры ровные, четкие. Размеры 44x18 мм, не увеличена. Однородной структуры, средней эхогенности. Брыжеечные лимфоузлы: не увеличены. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Петли кишечника не расширены, стенки не изменены. В селезеночном углу определяется кистозное образование 47x32 мм, с неоднородным внутренним содержимым. Стенки образования слоистые, аналогичны стенке кишечника. Интимно прилежит к желудку и толстому кишечнику. Заключение: УЗ–картина кистозного образования брюшной полости. Удвоение толстого кишечника или желудка?

Учитывая отсутствие явлений кишечной непроходимости оперативное лечение решено было провести в более позднем возрасте. Наблюдались у хирурга и онколога по месту жительства.

Последнее УЗИ ОБП от 13.11.19 — В селезеночном углу сохраняется анэхогенное образование округлой формы размерами 40x27x29мм, в капсуле до 2мм, по структуре напоминающее стенку кишечника или желудка. При поступлении: состояние удовлетворительное. Вес 10.600 гр. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Пальпаторно образование не определяется. Стул регулярный 1 раз в 2 дня.

Обследован: 10.12.2019 УЗИ ОБП: в селезеночном углу сохраняется кистозное образование — 43x32 мм, с неоднородным внутренним содержимым. Стенки образования слоистые, аналогичны стенке кишечника. Интимно прилежит к желудку и толстому кишечнику. Заключение: кистозное образование брюшной полости (более вероятно кистозное удвоение толстого кишечника). Планировалось плановое оперативное лечение. С 10.12.19 жалобы на кашель, заложенность носа. 12.12.19 Осмотрен педиатром: Острый гнойный ринит. Дентация. Оперативное лечение отменено.

23.01.2020 ребенку проведена лапароскопическая операция, удаление кисты, санация и дренирование брюшной полости.

Гистологическое заключение №685–696 — Бронхогенная киста стенки желудка с хроническим воспалением и бывшими кровоизлияниями.

Послеоперационный период протекает гладко. Получал лечение: ИТ (глюкозо–солевые растворы), цефазолин, этамзилат натрия, аналгин, хлоропирамин, омега-3 в возрастных дозировках. Кормление начато со 2–х суток после операции с постепенным увеличением объема до возрастной нормы. Швы сняты на 10 сутки, заживление раны первичным натяжением.

УЗИ ОБП 25.01., 28.01.2020 г. — патологии не выявлено. С 01.02.2020 ребенок переносит острый ринофарингит. Острый бронхит. 03.02.2020 Rg ОГП (47 МКЗВ) — патологии не выявлено. Осмотрен педиатром, назначено лечение в возрастных дозировках. На фоне проводимой терапии состояние с некоторой положительной динамикой, сохраняется кашель.

06.02.2020 г. ребенка перевели в 1 Т.О. ДОКБ для дальнейшего лечения. Врожденная патология (БКЖ) устранена.

Выводы. Бронхогенная киста желудка — редкая патология, требующая оперативного вмешательства — удаления образования в связи с высоким риском нагно-

ения образования, кишечной непроходимостью. В настоящий момент, оба клинических случая, из представленных в педиатрической практике, были диагностированы при помощи УЗИ и успешно вылечены при помощи оперативного вмешательства. Данные примеры позволяют сделать вывод, что в случае своевременной диагностики и успешного оперативного лечения, БКЖ не оказывает негативного влияния на дальнейшую жизнь человека.

ОСОБЕННЫЙ СЛУЧАЙ РАСЩЕЛИНЫ ГУБЫ И НЕБА У РЕБЕНКА С ВТОРИЧНЫМ ГЕМИФАЦИАЛЬНЫМ СПАЗМОМ.

Хамидова М.М.¹, Ахметханов С.С.²,
Кузенкова Л.М.¹, Куренков А.Л.¹, Бурсагова Б.И.¹,
Мамедов А.А.³

Научные руководители:

Кузенкова Людмила Михайловна д.м.н., профессор, начальник Центра детской психоневрологии, заведующая отделением психоневрологии и психосоматической патологии «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ

Мамедов Адиль Аскерович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой стоматологии и ортодонтии детского возраста Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова МЗ РФ, Заслуженный врач РФ

Актуальность. Проблема лечения детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН) остается по-прежнему актуальной в России в связи с повышением частоты и распространенности рождения детей с этой патологией. ВРГН могут быть изолированными, в структуре синдрома или же быть сопутствующей патологией. Так, мы хотим представить клинический случай сочетания ВРГН с вторичным гемифациальным спазмом.

Цель демонстрации клинического случая. Представить сложный клинический случай, потребовавший междисциплинарного подхода, ввиду наличия редкой сопутствующей патологии.

Описание клинического случая. Пациентка П., 3 г 5 мес. Родители ребенка глухонемые. Беременность 1, протекавшая без особенностей на всем сроке. Роды преждевременные, на сроке 28 нед, обусловленные спонтанным началом родовой деятельности. Масса тела при рождении 900 г, длина тела — 36 см. АРГАР 2/5/7 баллов. После рождения 3 суток — ИВЛ, выставлен диагноз «Множественные ВПР: двухсторонняя ВРГН, эктродактилия правой и левой стопы, синдактилия левой стопы, агенезия левой почки. Недоношенность 28 нед.»

С 3 мес эпизоды пароксизмального тонического напряжения мускулатуры лица справа, без эффекта на фоне базовой противоэпилептической терапии.

По результатам множественных видео–ЭЭГ–мониторингов в бодрствовании и во сне эпилептиформной активности не зарегистрировано.

МРТ головного мозга: МР–признаки образования паравентрикулярного четвертого желудочка определя-

ется участок патологического повышения МР–сигнала с нечеткими контурами и с деформацией четвертого желудочка размерами до 16 мм в диаметре, не накапливающий контраст, ликвородинамика компенсирована.

Консультирована нейрохирургом: с учетом возраста, небольшим размером диффузной опухоли, риском появления дополнительного неврологического дефицита после резекции опухоли абсолютных показаний к нейрохирургическому лечению не имеет.

В 1 г 3 мес была проведена первичная хейлоринопластика, однако учитывая выраженный гемиспазм мускулатуры лица справа п/о рана разошлась справа полностью, слева — частично.

Ребенок впервые поступил в ФГАУ НМИЦ здоровья детей в декабре 2019 г, диагноз: «Вторичный гемифациальный спазм».

Учитывая гемифациальный спазм, сопровождающийся выраженным болевым синдромом, беспокойство ребенка и фобии, проводилась терапия Прегабалином — без эффекта. В связи с чем, с целью уменьшения гемифациального спазма в мимические мышцы лица (мышцы нахмуривающие бровь, носовые мышцы, круговые мышцы глаза, щечные мышцы) проведена ботулинотерапия препаратом ботулинотоксина типа А (БОТОКС) в суммарной дозе 32 ЕД (=3,3 ЕД/кг массы тела). На 3 сутки после инъекций отмечалось полное купирование гемифациального спазма.

Через две недели ребенку успешно проведена вторичная хейлоринопластика, осложнений не наблюдалось.

Также, ребенок обследуется генетиком: кариотип — 46ХУ, проводится хромосомный микроматричный анализ, результаты в работе.

Выводы. Перед проведением первичной операции на губе необходимо исключить влияние на мимическую мускулатуру лица, что позволит избежать повторных оперативных вмешательств на лице и значительно улучшит качество оказанной медицинской помощи.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ У РЕБЕНКА

Егорская А.Т.

Научный руководитель:

Карпова Ирина Юрьевна, д.м.н., профессор кафедры детской хирургии

ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Введение. Нейроэндокринные опухоли (НЭО) червеобразного отростка (ЧО) определяются в 0,3–0,9% случаев аппендэктомий и составляют 4,7% от всех НЭО желудочно–кишечного тракта. Дооперационная диагностика НЭО ЧО затруднена, так как заболевание не имеет патогномичных симптомов при малых размерах и выявляется случайно при гистологическом исследовании удаленного ЧО при оказании неотложной хирургической помощи по поводу острого аппендицита. Единственным эффективным методом лечения НЭО ЧО является ее хирургическое удаление.

Цель исследования. Представить клинический случай раннего выявления и успешного лечения НЭО ЧО у ребенка.

Материалы и методы. На базе ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница №1» г. Н.Новгорода прооперирована девочка К., 13 лет, 49 кг. По стандартным методикам проведена оценка соматического статуса, результатов клинико–лабораторного, гистологического и иммуногистохимического исследований.

Результаты. Девочка от 2 беременности, 2–х срочных родов. Поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, сухость во рту, жажду для исключения острого аппендицита. При осмотре состояние тяжелое. Кожа, слизистые оболочки сухие, бледно–розовые, язык обложен бледным налетом. Частота дыхания 18/мин, пульс 100/мин. Живот резко болезненный в правой подвздошной области с напряжением мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины положительные. Лейкоцитоз $20 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, скорость оседания эритроцитов 5 мм/ч. После предоперационной подготовки проведена лапароскопическая аппендэктомия с санацией брюшной полости. Интраоперационно отмечен мутный выпот в большом количестве, петли кишечника с налетом фибрина, гиперемированы, с выраженным сосудистым рисунком, ЧО 8,0x1,5x1 см, занимал тазовое положение, был спаян с правыми придатками матки. Аппендикс гангренозно изменен, с перфоративным отверстием. Выполнено удаление последнего. В послеоперационном периоде пациентка получала инфузионное, антибактериальное, симптоматическое лечение (9 койко–дней). При гистологическом исследовании, помимо подтверждения гангренозной формы аппендицита, была выявлена высокодифференцированная НЭО ЧО.

Выводы. Нейроэндокринная опухоль червеобразного отростка у детей не проявляется клинически, а является случайной находкой при аппендэктомии. Верификация НЭО возможна при гистологическом и иммуногистохимическом исследованиях. При малых размерах НЭО ЧО аппендэктомия приводит к полному излечению.

НАПРАВЛЕНИЕ «НЕОНАТОЛОГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА

Имамова А.О.

Научный руководитель:

Гулямова Муяссар Абдусаттаровна, к.м.н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский
Институт, Ташкент, Узбекистан*

Введение. По данным последних исследований врожденные пороки развития встречаются у 4,0–6,0% новорожденных, а их удельный вес в структуре младенческой смертности составляет более 20,0% (Бочков Н.П., 2017). Синдром Дауна (СД) социально значимое заболевание, не поддающееся лечению или постнатальной коррекции, представляет большую проблему для семьи и общества в целом [R.J. McGrath. 2016].

Цель. Провести клинико-anamnestическое исследование у новорожденных детей с синдромом Дауна.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 12 новорожденных детей с диагнозом синдром Дауна. Был проведен ретроспективный анализ по данным 5-й ДКБ г. Ташкента. Нами изучены клинико-anamnestические данные и проведено клиническое обследование новорожденных.

Результаты исследования. Диагноз синдрома Дауна устанавливался на основании анамнеза, клинических данных и генетического исследования. Нами выявлено, что у 5 детей (41,6%) выявлялся наследственный вариант, а у 7 (58,4%) детей ненаследственный вариант. Из анамнеза матери были выявлены факторы риска, которые могли приводить к заболеванию: возраст матери выше 35 лет отмечался у 5 (41,6%) детей, наличие вредных привычек было у матерей 3 (25%) детей, наличие хронических заболеваний у одной (8,3%) матери, наличие наследственных заболеваний выявлено у матерей 3 (25%) детей. Определяли внешние признаки и врожденные пороки развития. Из них у 6 (50%) детей встречались ВПС, среди которых было у 4 (33,3%) детей ДМЖП, у 2 (16,6%) детей ДМПП. У 2 (16,6%) детей отмечался стеноз и атрезия двенадцатиперстной кишки, у 3 (25%) детей выявлялась брахицефалия. Среди внешних признаков встречались эпикантус – у 10 (83,3%) детей, гиперподвижность суставов – у 8 (66,6%) детей, мышечная гипотония – у 8 (66,6%) детей, плоский затылок – у 9 (75%) детей, короткие конечности – у 11 (91,6%) детей, брахимезофалангия – у 11 (91,6%) детей. Данные роды были первыми у 3 (25%) матерей, вторыми – у 4 (33,3%), третьими – у 3 (25%), четвертыми – у 2 (16,6%), пятыми – у 1 (8,3%), шестыми – у 1 (8,3%) матерей. Среди обследованных новорожденных с гестационным возрастом: в 22–28 недель родились – 7 (58,3%), в 35 – 36 недель – 5 (41,6%). Асфиксию в родах средней степени тяжести перенесли 5 (41,6%) детей, тяжелую асфиксию – 2 (16,6%).

Выводы. Таким образом, полученные результаты показали, что синдром Дауна чаще всего ассоцииру-

ется с такими заболеваниями как врожденные пороки сердца, среди которых наиболее часто встречается ДМЖП и ДМПП, а также врожденными аномалиями желудочно-кишечного тракта.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лутфуллаева С.А., Имамова А.О.

Научный руководитель:

Гулямова Муяссар Абдусаттаровна, к.м.н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский
Институт, Ташкент, Узбекистан*

Введение. Гипертензивные расстройства при беременности до настоящего времени остаются чрезвычайно важной проблемой, поскольку существенно влияют на показатели как материнской, так и перинатальной заболеваемости и смертности. Каждый четвертый ребенок при этой патологии имеет последствия перенесенной гипоксии (Сидирова И.С., 2016). Перинатальная заболеваемость также не имеет устойчивой тенденции к снижению и составляет 463,0–780,0 на 1000 (National Heart Foundation of Australia, 2016). Хроническая артериальная гипертензия беременной женщины или повышение артериального давления при преэклампсии оказывают влияние на состояние внутриутробного плода и на последующее течение периода ранней неонатальной адаптации. Учитывая возрастающую частоту этой патологии, в современной медицинской литературе внимание исследователей привлекают не только особенности течения беременности и родов у женщин с гипертензивными расстройствами, но и комплексная оценка состояния здоровья их новорожденных детей (Abalos E., et all., 2014). Кроме того, они являются причиной тяжелой заболеваемости, инвалидизации матерей и их детей.

Цель. Изучение клинического течения у новорожденных, родившихся от матерей с гипертензивными расстройствами.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 42 ребенка от матерей с хронической артериальной гипертензией (АГ). У женщин с хронической АГ большинство детей родилось в срок (73,8%), средний гестационный возраст новорожденных составил 37 ± 3 недель. Недоношенными родились только 11 (26,2%) детей, из них на сроке гестации 34–36 недель – 7 детей, менее 34 нед. – 4 ребенка, в том числе менее 28 недель – 1. Синдром задержки внутриутробного развития (СЗВУР) диагностирован у 9 (21,4%). Состояние большинства детей при рождении расценивалось как удовлетворительное, асфиксия при рождении зарегистрирована у 23% пациентов (преимущественно это были глубоко недоношенные дети). Оценка по шкале Апгар на первой минуте со-

ставила 3 балла и менее — у 3 детей, 4–6 баллов — у 7 детей (3 недоношенных и 4 доношенных). Респираторные нарушения были характерны только для 6 пациентов от матерей с хронической АГ (14,3%), в том числе респираторный дистресс- синдром новорожденных (РДСН) + врожденная пневмония — у 4 детей, врожденная пневмония — у 2. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) потребовалась 4 детям, средняя ее продолжительность составила $76,5 \pm 32$ часа. После рождения 8 новорожденных (19,0%) были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии, остальные — в отделение новорожденных акушерской клиники. В последующем 15 детей были переведены в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей. Не потребовали последующего наблюдения в условиях стационара и были выписаны из родильного дома домой только 27 (64,3%) детей.

Выводы. Наиболее часто из патологий перинатального периода у детей от матерей с гипертензивными расстройствами регистрируются: асфиксия, синдром задержки внутриутробного развития, перинатальные поражения центральной нервной системы. Таким образом, гипертензивные расстройства матери при беременности: хроническая артериальная гипертензия неблагоприятно влияют на состояние здоровья их новорожденных детей.

С ВИТАМИНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Дронова Д.А., Галустян В.Г.

Научный руководитель:

Мачнева Ирина Викторовна,
старший преподаватель

*ФГБОУ ВО Оренбургский государственный
медицинский университет Минздрава России,
Оренбург, Россия*

Введение. Грудное молоко является особым объектом исследования, т.к. позволяет изучить элементную и витаминную обеспеченность ребенка при естественном вскармливании.

Актуальность работы. Неоспоримым и самым основным фактором в формировании здоровья ребенка является грудное молоко. К настоящему времени доказано, что положительное влияние грудного молока не ограничивается лишь краткосрочными эффектами, например, в части снижения риска инфекционных заболеваний. Грудное вскармливание обеспечивает ребенку и долгосрочную защиту, формируя, таким образом, основу будущего здоровья. Важным фактором является формирование иммунной системы новорожденного. Уникальность грудного молока обусловлена его химическим составом и определяется оптимальным соотношением в нем белков, липидов, углеводов, а также минеральных солей. Грудное вскармливание — это важный фактор в профилактике инфекционных поражений ребенка. Через материнское молоко новорожденному ребенку передается необходимое количество материнской микрофлоры, иммуноглобулины,

а также макро- и микронутриенты. Таким образом, формируется адекватная микробиома ребенка и иммунная защита. Также ребенок получает необходимый витаминный комплекс, в том числе и витамин С. [1] Витамин С не синтезируется в организме человека, но он необходим для нормально физического развития, становления иммунной системы, а также является одним из основных антиоксидантов.

Цель. Оценка С-витаминной обеспеченности грудного ребенка.

Материалы и методы. Группу обследования составили 30 женщин в возрасте от 21 до 32 лет. В ходе анкетирования было установлено, что 60% женщин принимали комплексные витаминные препараты разных фармацевтических марок. Для определения обеспеченности организма ребенка аскорбиновой кислотой, проведено исследование грудного молока кормящих женщин. Определение проводили титриметрическим методом по Тильмансу.

Результаты. При исследовании содержания витамина С в грудном молоке было выявлено, что у 72% кормящих женщин данный показатель находится в пределах нормы и составляет в среднем 4,2 мг/100 (норма 3–6 мг/100 мл), в 20 % случаев концентрация аскорбиновой кислоты ниже нормы (в среднем 1,8 мг/100 мл) и у 8% выше нормы.

Выводы. Полученные данные могут свидетельствовать о том, что грудное молоко большинства кормящих женщин содержит достаточное количество витамина С и полностью обеспечивает потребности ребенка в нем. Можно предположить, что снижение аскорбиновой кислоты связано с несбалансированным питанием и отсутствием витаминных препаратов в рационе кормящей женщины.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ГИПОКСИИ

Кечина А.М., Мусаева Р.З.

Научный руководитель:

Богомазова Ирина Михайловна, к.м.н., доцент
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Введение. На сегодняшний день существует неуклонная тенденция к росту детской инвалидизации с преобладанием заболеваний центральной нервной системы. Данное наблюдение напрямую коррелирует с фактом наличия внутриутробной гипоксии в антенатальном периоде, что создает предпосылки для изучения влияния осложнений беременности и родов на закономерности постнатального развития детей в рамках снижения детской заболеваемости и смертности.

Цель. Изучить особенности развития речи у детей, родившихся в состоянии гипоксии различной степени тяжести, в зависимости от сроков родоразрешения.

Материалы и методы. На основании анкетирования родителей проведена оценка уровня здоровья и особенностей развития 64 детей, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых родильного дома ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ» с июня по август 2016 г.

Результаты. При анализе полученных данных отмечено, что 76,69% детей, родившихся в условиях гипоксии, состоят на учете у невролога, в том числе — 68,13% по поводу задержки речевого развития. При этом выявляется определенная зависимость частоты нарушения речевого поведения в зависимости от сроков родоразрешения. В подавляющем большинстве наблюдений, задержка речевого развития диагностирована у детей, родившихся в сроках 31–34 недели (85,71%); на втором месте по развитию данного осложнения находятся дети, родившиеся в сроках 34–37 недель (77,78%); на третьем — дети, родившиеся в сроках 28–31 неделя (75%). Наиболее низкий показатель нарушения речевого поведения (47,06%) зарегистрирован у своевременно родившихся детей (37–41 неделя).

Выводы. Таким образом, видно, что наиболее часто развитие неврологических осложнений, в том числе нарушение речевого поведения, диагностируется у детей, появившихся на свет в результате преждевременных родов (31–34 недели), что создает необходимость своевременной диагностики и проведения комплексной коррекции осложнений беременности, приводящих к развитию гипоксии плода, требующей досрочного родоразрешения.

ВЛИЯНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПЕРОКСАЛУРИЕЙ

Обухова А.Н.

Научный руководитель:

Халецкая Ольга Владимировна, д.м.н., профессор
ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский
медицинский университет Минздрава России,
Нижний Новгород, Россия

Введение. Одной из актуальных проблем современной педиатрии и неонатологии является выхаживание недоношенных детей, в процессе которого очень широко распространено применение антибактериальных препаратов. Среди используемых антибиотиков наибольшей нефротоксичностью обладают аминогликозиды и ванкомицин. В неонатальном периоде почки ребенка более чувствительны к их нефротоксическому воздействию. При этом, чем больше степень недоношенности, тем более негативное влияние оказывают эти препараты на физиологию нефронов.

Цель. Оценить влияние антибактериальной терапии недоношенных детей с гипероксалурией на функциональное состояние почек в периоде новорожденности.

Материалы и методы. В исследование включено 30 детей, находящихся на госпитализации в отделении патологии недоношенных ГБУЗ НО «ДГКБ №1» г. Нижнего Новгорода. Дети были рождены на сроке

гестации от 29 до 36 недель включительно, без генетических, хромосомных заболеваний, генерализованной формы внутриутробной инфекции. У всех пациентов в анализах мочи присутствовала гипероксалурия, которая сохранялась на протяжении всего периода госпитализации, что позволило принять эти данные за диагностически значимые.

Функциональное состояние почек при проведении антибактериальной терапии нефротоксичными антибиотиками оценивалось по концентрации креатинина в плазме крови. Во внимание принимались значения креатинина на третьей неделе жизни ребенка, а также при выписке из отделения при достижении постконцептуального гестационного возраста $37,8 \pm 3,88$ недель.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программ: Microsoft Excel 2007, Statgraphics Centurion, trial version. Определяли средние величины и стандартное отклонение по выборке ($M \pm m$). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Средний уровень креатинина в группе обследованных детей на третьей неделе жизни составил $88,86 \pm 37,23$ мкмоль/л, что в два раза превышало показатели возрастной нормы ($44,8-67,0$ мкмоль/л). Следует отметить, что у 40% детей ($n=12$) средний уровень креатинина соответствовал норме — $50,42 \pm 10,42$ мкмоль/л. У 60% детей ($n=18$) показатели креатинина превышали нормальные значения — $112,35 \pm 26,07$ мкмоль/л. К моменту достижения постконцептуального гестационного возраста $37,8 \pm 3,88$ недель происходила нормализация показателей сывороточного креатинина у всех обследованных детей ($46,27 \pm 12,5$ мкмоль/л).

При оценке влияния антибактериальной терапии на функциональное состояние почек было обнаружено, что среди обследованных детей более половины (63% ($n=19$)) получали в лечении амикацин, который обладает потенциальной нефротоксичностью.

Факторами риска реализации нежелательных реакций со стороны амикацина служат исходные нарушения функции почек, его высокие дозы, длительные курсы терапии, совместное применение с другими нефротоксичными средствами. Приведенные факторы присутствовали в группе обследованных детей (средняя дозировка амикацина составила $16,14 \pm 9,46$ мг/кг/сутки, распределенная на два приема).

На фоне проводимой антибактериальной терапии, уровень креатинина на 10 день пребывания в отделении имел достоверную положительную корреляцию с дозой назначенного амикацина ($r=0,5$, $p=0,04$). Полученные результаты подтверждают нефротоксичность данного препарата.

Выводы. Применение антибактериальных препаратов с выраженным нефротоксическим действием в периоде новорожденности может являться причиной лекарственного токсического повреждения почек, по данным уровня сывороточного креатинина ($88,86 \pm 37,23$ мкмоль/л). Следовательно, при назначении нефротоксичных антибиотиков (в частности амикацина) необходим мониторинг маркеров повреждения почек учитывая, что уровень сывороточного креатинина имеет достоверную положительную корреляцию с дозой назначаемого амикацина ($r=0,5$, $p=0,04$).

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Коваленко Н.С.

Научный руководитель:

Бурлуцкая Алла Владимировна, д.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский
университет Минздрава России, Краснодар, Россия

Введение. За последние годы повсеместно отмечается возрастание частоты многоплодной беременности, что связано с внедрением современных методов лечения бесплодия, в частности стимуляции овуляции и экстракорпорального оплодотворения. Многоплодная беременность и роды представляют повышенный риск, как для матери, так и для плода.

Цель. Изучить особенности течения раннего неонатального периода и заболеваемости у детей, рожденных от многоплодной беременности.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 40 детей на базе Перинатального центра г. Краснодара, рожденных от многоплодной беременности.

Результаты. Из 20 женщин первородящие составили –11 (55%), повторнородящие — 9 (45%). В анамнезе имели бесплодие — 7 (35%), аборт — 4 (20%), самопроизвольные выкидыши — 2 (10%) женщин. Показателем неблагоприятного течения беременности стала угроза прерывания беременности, которая наблюдалась у 17 (85%) беременных, из них в первой половине у 4 (20%), во второй половине у 6 (30%), в течении всей беременности у 7 (35%). Экстрагенитальная патология выявлена у 11 беременных (55%). Чаще всего встречается: анемия беременных (65%), вегетососудистая дистония (15%), заболевания почек (12%), варикозная болезнь (8%). Роды проведены через естественные родовые пути у 6 (30%) женщин. Оперативному родоразрешению подверглись 14 (70%) женщин. Из 40 детей — 21 (52,5%) являлись лицами мужского пола и 19 (47,5%) женского, возраст которых составлял от 6 месяцев до 3 лет, с массой тела при рождении 800–2820 г, со сроком гестации 26–36 недель. Средняя масса тела детей при рождении составила — 805,5 г; длина тела — 42,5 см; окружность груди — 26,7 см; окружность головы — 28,9 см. Монохориальный тип плацентации имел место при 6 беременностях (15%), дихориальный в 34 (85%) случаях. Оценка состояния детей по шкале Апгар составила 6–7 баллов (среднее значение). Респираторная поддержка проводилась с использованием современных методов, применяемых в неонатологии. Из 40 новорожденных на искусственной вентиляции легких находилось 15 (37,5%), на назальном СРАР 7 (17,5%). На второй этап выхаживания переведено 27 (67,5%) новорожденных. На основании обследования всем детям были выставлены клинические диагнозы. Наиболее часто встречаются: врожденная пневмония — 40 (100%), функционирующее овальное окно — 37 (92,5%), церебральная ишемия — 36 (90%), неонатальная желтуха — 23 (57,5%), анемия — 22 (55%). У близнецов ранний неонатальный период имеет осложненное течение: задержка внутриутробного развития плода 18 (45%), респираторный

дистресс-синдром 13 (32,5%). При выписке из стационара все дети имели заболевания, требующие длительной реабилитации: функционирующее овальное окно 36 (90%), церебральная ишемия 30 (75%), анемия 20 (50%), тимомегалия 20 детей (50%).

Выводы. Наиболее благоприятно беременность и роды протекают у женщин с самопроизвольно наступившей беременностью с дихориальным типом плацентации. Беременность же после экстракорпорального оплодотворения, индукции овуляции и с монохориальным типом плацентации имеют более высокий уровень акушерской патологии. Характер развития плода зависит от того самостоятельно ли наступила беременность или в результате вспомогательных репродуктивных технологий и от типа плацентации. У женщин с самостоятельно наступившей беременностью и с дихориальным типом плацентации, задержка внутриутробного развития и респираторный дистресс-синдром плодов встречается реже. Таким образом, женщины с многоплодием нуждаются в применении превентивных мер по снижению осложнений гестации, с госпитализацией в учреждения родовспоможения третьего уровня (Перинатальный центр), где им будет оказана высококвалифицированная акушерская помощь с применением современных перинатальных технологий.

ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Верхотурцева А.В., Таранов В.Е., Черных А.В.

Научный руководитель:

Николина Елена Виленовна, к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский
университет Минздрава России, Екатеринбург,
Россия

Введение. Неонатальные инфекции уверенно продолжают занимать одно из лидирующих мест в структуре смертности в отделениях интенсивной терапии новорожденных наряду с тяжелой асфиксией и респираторным дистресс-синдромом (РДС) (Ионов О.В., Никитина И.В., Зубков В.В. и др., 2014). Стартовая антибактериальная терапия — эмпирическое назначение антибактериального препарата (или комбинации препаратов) в самом начале инфекционного заболевания до получения результатов микробиологического исследования (Заячникова Т.Е., Деларю Н.В., Чебаткова А.В., 2014).

Цель. Выявить наиболее значимые факторы риска клинические проявления внутриутробной бактериальной инфекции для назначения эмпирической антибактериальной терапии в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. Работа выполнена на основании ретроспективного анализа 46 историй болезни доношенных новорожденных детей, находившихся на лечении в педиатрическом стационаре МБУ «Екатеринбургский клинический перинатальный центр» с

января по июнь 2018 года, хотя бы однократно получивших противомикробную терапию в раннем неонатальном периоде. По данным историй болезни проведен анализ влияния особенностей перинатального анамнеза на риск возникновения внутриутробной бактериальной инфекции, а также эффективности назначения эмпирической антибактериальной терапии в соответствии с клиническими рекомендациями NICE «Инфекция новорожденных (раннее начало): антибиотики для профилактики и лечения» (National Institute of Health Care and Excellence. Neonatal Infection Early Onset: Antibiotics for Prevention and Treatment). (NICE clinical guideline 149. London: NICE, 2012.).

Результаты. При анализе данных перинатально-го анамнеза наиболее значимыми факторами риска внутриутробной бактериальной инфекции явились: крайне отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (выкидыши, внематочная беременность, неоднократные медицинские аборт, длительное бесплодие, применение методов ЭКО) в 13 случаях (28,3%); поздняя первая явка (18 — 36 недель) — 11 (23,9%), а также отсутствие наблюдения в женской консультации в 9 (19,6%) случаях. Хронические очаги инфекции в различных системах органов были выявлены у 19 (41,3%); урогенитальные инфекции во время беременности — у 26 (56,5%); гестационный сахарный диабет и другая эндокринная патология — у 15 (32,6%) матерей. Масса при рождении составляла от 1680 до 4700 граммов, малый размер плода для гестационного возраста наблюдался в 7 (15,2%) случаях; врожденные пороки развития (сердца, почек, микроцефалия, артрогрипоз) у 9 (19,6%) детей. На механической ИВЛ продолжительностью от 8 часов до 7 суток находились 16 (34,8%), что явилось наиболее частым «сигнальным фактором» для назначения антибактериальной терапии. Среди клинических показателей преобладали выраженная сонливость, угнетение или возбуждение ЦНС — 31 (67,4%); вздутие живота, отказ от еды, застой в желудке, синдром срыгивания — 24 (52,2%); нарастающая дыхательная недостаточность, нарастающее апноэ, повышенная потребность в кислороде, потребовавшая проведения SPAPot 2 часов до 3 суток — 18 (39,1%) детей. Продолжительность антибактериальной терапии составила от 1 до 11 суток, средняя продолжительность — 4,6 суток, в большинстве случаев пациенты получали комбинированную антибактериальную терапию ампициллином и гентамицином — 37 (80,4%); в остальных случаях использовался ампициллин + сульбактам. Все дети были выписаны с выздоровлением, койко-день составил от 3 до 56 суток, в среднем — 14,9 суток.

Выводы. Основными показаниями к назначению доношенным детям эмпирической антибактериальной терапии в виде короткого курса ампициллина + гентамицина в раннем неонатальном периоде являются: со стороны матери — наличие крайне отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза и несанированных очагов хронической инфекции до и во время беременности; со стороны ребенка — нарастающие в динамике дыхательная недостаточность, требующая респираторной поддержки; неврологическая симптоматика и явления дисфункции со стороны желудочно-кишечного тракта.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Писарева Е.В.

Научные руководители:

Макиева Мзия Ильинична,

Зубков Виктор Васильевич д.м.н. профессор

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. По данным отчета о состоянии онкологической помощи населению за 2018 год у женщин в Российской Федерации впервые выявлено 338,7 тысяч случаев злокачественных новообразований, что на 1,7% больше, чем за 2017 год. Среди них женщины фертильного возраста составили 27,1%. Вместе с тем, в нашей стране в настоящее время нет объективных данных о распространенности онкологических заболеваний у беременных женщин. Согласно зарубежной литературе частота встречаемости составляет 1 на 1000 случаев беременности. Предполагается, что данный уровень будет расти пропорционально увеличению возраста первородящих женщин.

Цель. Оценить состояние здоровья новорожденных детей, рожденных у матерей, страдающих онкологическими заболеваниями, в зависимости от вида заболевания и схемы терапии во время беременности.

Материалы и методы. В проспективное когортное исследование были включены 161 новорожденный ребенок у матерей с онкологическими заболеваниями. Все дети рождены в ФГБУ «НМИЦ АГиП им. академика В.И.Кулакова» в период с 2010 по 2019 годы. **Результаты.** При анализе данных было установлено, что токсикоз чаще встречался у женщин с раком молочной железы, не получавших полихимиотерапию (ПХТ), анемия же, как осложнение течения беременности, напротив получавших ПХТ. Частота остальных осложнений в группах была сопоставима. Родоразрешение путем операции кесарева сечения чаще отмечалось в группе матерей с раком молочной железы, не получавших ПХТ во время беременности. При рождении не было выявлено достоверных различий по антропометрическим показателям и оценке по шкале Апгар у новорожденных детей. Однако обращают на себя внимание несколько более высокие массо-ростовые показатели в группах детей у матерей с гемобластомами и не получавших ПХТ, а также наблюдаются более высокие баллы по Апгар. При этом чаще дети были доношенными. Тяжесть состояния ребенка в большинстве случаев зависела от срока беременности, на котором произошли роды, в связи с чем частота удовлетворительного состояния ребенка после рождения достоверно выше в тех группах, где большая часть детей родилась доношенными. В группе женщин с раком молочной железы, которым проводилась ПХТ, частота рождения маловесных к сроку гестации детей была достоверно выше. Достоверно значимых различий по частоте врожденной анемии между группами не отмечено. Нейтропения и тромбоцитопения встречались только у детей от матерей с

раком молочной железы, получавших в ПХТ во время беременности. В пуповинной крови новорожденных во время беременности выявлено снижение относительного содержания В-лимфоцитов при отсутствии значимых различий с контрольной группой по субпопуляционному составу Т-лимфоцитов. Из ВПС у детей отмечался только ДМЖП, из других ВПР — гипоспадия.

Выводы. Дети у женщин с онкологическими заболеваниями и проведенной терапией во время беременности, отличались более низкими массо-ростовыми показателями и повышенной частотой осложнений в раннем неонатальном периоде, которые, очевидно, были связаны с недоношенностью и незрелостью органов и систем, а не являлись следствием проводимой терапии матери. Показанием к преждевременному родоразрешению, в большинстве случаев, являлась необходимость проведения более агрессивной терапии у матери, а не показания со стороны плода. В группе детей, рожденных у матерей, получавших химиотерапию, не отмечалось достоверного увеличения частоты врожденных пороков развития. Междисциплинарный подход к лечению, а также тщательный подбор препаратов и их дозировок, имеют решающее значение для успешного пролонгирования беременности до доношенных сроков и тем самым улучшения перинатальных исходов у женщин с онкологическими заболеваниями.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Варушкина А.В.¹, Звонкова Н.Г.^{1,2}

Научный руководитель:

Звонкова Наталья Георгиевна, к.м.н., доцент кафедры педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета Первого МГМУ им.

И.М. Сеченова, старший научный сотрудник лаборатории питания здорового и больного ребенка ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России

¹ФГАОУ ВО МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

²ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России

Введение. Перинатальная выживаемость детей, родившихся с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой (ЭНМТ) массой тела значительно увеличилась за последнее время. Недостаточное физическое развитие на этапе стационарного лечения, так же как и последующий избыточный догоняющий рост, могут стать причинами развития, в дальнейшем, метаболических нарушений. Именно поэтому оценка физического развития у недоношенных детей к моменту выписки из стационара приобретает особую важность для определения прогноза их дальнейшего развития.

Цель. Оценить и сравнить физическое развитие недоношенных детей, получающих различные виды вскармливания, в первые 6 недель жизни.

Материалы и методы. В исследование были включены 48 новорожденных недоношенных детей со сроком гестации 26–32 нед и весом при рождении не более 1300 грамм. Наблюдаемые были разделены на 3 группы в зависимости от характера вскармливания. 1–ю группу составили 16 детей (7 мальчиков, 9 девочек), родившихся на 29,2 [27,0–31,0] нед. гестации с массой тела 1103,0 [960,0–1200,0] г. Все дети вскармливались грудным молоком своих матерей. Учитывая относительно низкую массу тела при рождении, у пациентов данной группы, с учетом рекомендаций ESPGHAN, грудное молоко обогащали, используя обогатитель, 1 пакет которого содержал 0,35 г белка/4 ккал и предназначался для обогащения 25 мл грудного молока. Во 2–ю группу вошли 16 детей (8 мальчиков, 8 девочек), с гестационным возрастом 29,3 [28,0–32,0] нед, массой тела при рождении 1138,9 [980,0–1270,0] г. Дети получали смешанное вскармливание, в связи с недостатком молока у их матерей. Для докорма использовали специализированную молочную смесь, содержащую 2,32 г белка/80 ккал на 100 мл. 3–ю группу составили 16 детей (7 мальчиков, 9 девочек), родившихся на сроке гестации 28,0 [26,0–32,0] нед., с массой тела 1043,9 [812,0–1235,0] г. В связи с отсутствием у матерей грудного молока, пациенты данной группы получали для вскармливания специализированную смесь для недоношенных детей, содержащую 2,32 г белка/80 ккал на 100 мл. Всем детям по данным соматометрических показателей при рождении и после 6 недель пребывания в стационаре осуществлялся расчет показателя Z-score для массы тела и длины, используя калькулятор Фентон.

Результаты. Оценка физического развития недоношенных детей показала, что к 6 неделям нахождения в стационаре дети 1–й группы имели меньшие показатели z-score массы (–1.71) и длины (–2.09) тела по сравнению с пациентами из 2–й (–1.30; –1.84) и 3–й группы (–1.0; –1.47), соответственно; что свидетельствует о значительном отклонении основных антропометрических показателей недоношенных детей, получавших грудное молоко, от среднепопуляционных. Дети из 1 группы, получавшие обогащенное грудное молоко, имели достоверно меньшую массу тела ($p < 0.05$) по сравнению с преждевременно родившимися детьми, получавшими специализированную смесь. Однако различий между недоношенными детьми, получавшими грудное и смешанное вскармливание, не было. Достоверных различий по росту среди детей трёх групп не выявлено.

Наибольшая прибавка в массе тела от рождения к 6 неделям нахождения в стационаре зарегистрирована у недоношенных детей, получавших специализированную смесь –870 [473 — 1082] г; отмечены ее достоверные отличия ($p < 0,05$) от аналогичных показателей у недоношенных детей других групп 851 [587 — 1069] г во 2–й группе; 784 [523 — 1034] г в 1–й группе.

Выводы. Недоношенные дети, родившиеся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, получавшие с рождения грудное молоко, обогащенное фортфикатором, через 6 недель нахождения в стационаре имеют достоверно меньшую массу тела по сравнению с детьми, вскармливаемыми специализированной смесью. Недоношенным на грудном вскармливании требуется персонифицированный подход с определением состава грудного молока перед обогащением.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Завьялов О.В.

Научный руководитель:

Пасечник Игорь Николаевич, д.м.н., профессор
ФГБУ ДПО Центральная государственная
медицинская академия Управления Делами
Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Введение. Выхаживание детей с массой тела менее 1000 граммов (ЭНМТ — экстремально низкой массой тела), рожденных ранее 28-й недели гестации — актуальная проблема неонатальной реаниматологии. Трудности проведения неинвазивной стартовой и/или пролонгированной респираторной терапии у детей с ЭНМТ определяются степенью выраженности синдрома дыхательных расстройств (СДР) при респираторном дистресс синдроме и/или врожденной пневмонии в раннем неонатальном периоде.

Цель. Оценить роль дифференцированного подхода при проведении респираторной терапии в режиме DUOPAP (duo positive airway pressure) через назальные канюли у детей с ЭНМТ в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. Исследование проведено в отделении реанимации новорожденных родильного дома ГКБ им С. С. Юдина г. Москвы с янв. 2018г. по дек. 2019г. Основа работы — рез-ты анализа данных обследования и лечения 55 детей. Клинический протокол исследования одобрен локальным Этическим комитетом. Времен период: ранний неонатальный период (0–168 час). Сред масса тела: 850 ± 149 граммов, сред. срок гестации: 28 ± 4 недели. Все пациенты, в зависимости от оценки синдрома дыхательных расстройств (СДР) по шкале Сильверман–Андерсен [Silverman W., Andersen D., 1956г] (С–А) и мониторной предуктальной сатурации (SpO₂) были разделены на 3 группы:

1. оценка по С–А ≥ 6 баллов и SpO₂ $< 88\%$ — ИВЛ в режиме SIMV (Synchronized intermittent mandatory ventilation) ч/з интубац труб;
2. оценка по С–А = 4–5 баллов и SpO₂ 88–92% — ИВЛ в режиме DUOPAP (duo positive airway pressure; аналог режима VIPAP — biphasic positive airway pressure) ч/з назальные канюли(нк);
3. оценка по С–А ≤ 4 баллов и SpO₂ $> 92\%$ — ИВЛ в режиме DUOPAP ч/з(нк).

Результаты. Сформированы основные, дополнительные группы критериев и противопоказания для стартового проведения DUOPAP ч/з (нк). Предикторы эффективного проведения DUOPAP: стабильный кардио–респираторный статус, регулярное спонтанное дыхание и внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) не > 1 степени. Основные лимитирующие факторы стартового проведения DUOPAP: вес < 750 граммов и гестация < 26 недель + лактаемия > 8 м/моль. Тяжелое клиническое течение врожденной пневмонии (ЛИИ) $> 5,6$ и/или прогрессирования ВЖК 3 степени — ведущие факторы риска пролонгированного проведения DUOPAP. У 10 % пац–тов проведение DUOPAP ч/з (нк) прекращено с ри-

ском развития компартмент–синдрома на фоне прогрессирования НЭК. Разработаны практические рекомендации для эффектив проведения DUOPAP через (нк).

Выводы.

1. анализ КОС и газового состава крови, оценка респираторных индексов и гемограммы — надежные показатели эффективности и безопасности стартового и/или пролонгированного проведения DUOPAP ч/з (нк);
2. клиническая оценка СДР по С–А ≤ 4 баллов с SpO₂ $> 92\%$ и регулярное спонтанное дыхание допускают стартовое проведение DUOPAP ч/з (нк);
3. клиническая оценка СДР в динамике по С–А = 4–5 баллов с SpO₂ 90–94 % и стабильная гемодинамика позволяют пролонгированное проведение DUOPAP ч/з (нк);
4. тяжелая асфиксия, нерегулярное спонтанное дыхание и клиническая оценка СДР по С–А > 6 баллов с SpO₂ $< 88\%$ — неонатальные факторы, исключая стартовое проведение DUOPAP ч/з (нк);
5. формирование группы показаний и противопоказаний — важный профилактический инструмент по минимизации вентилятор–ассоциированных повреждений легких, бронхолегочной дисплазии и ВЖК в раннем неонатальном периоде;
6. дифференцированный подход с персонализированным выбором врачом тактики респираторной терапии по отношению к каждому ребенку с ЭНМТ — позволяют снизить продолжительность ИВЛ, перинатальные потери и повысить качество жизни новорожденных.

STREPTOCOCCUS AGALACTIAE У НОВОРОЖДЕННЫХ: НОСИТЕЛЬСТВО И АКТИВНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Демьянова А.А.

Научные руководители:

Турина Ирина Евгеньевна, к.м.н., доцент
Холоднова Наталья Витальевна, врач–неонатолог
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Введение. Streptococcus agalactiae (S.agalactiae) — единственный представитель стрептококков группы В и является частой причиной заболеваемости и смертности новорожденных детей от менингита и сепсиса. Основным источником инфекции является мать, а инфицирование может произойти и внутриутробно, и в родах S.agalactiae выявляется у 15–45% женщин в составе микрофлоры влагалища, чаще протекает в форме бессимптомного носительства. Развитие активного инфекционного процесса у новорожденных обусловлено множеством факторов. По данным литературы известно, что больше половины всех неонатальных менингитов вызваны S.agalactiae. При этом, клиническое проявление активной нейротрофической инфекции у новорожденного, в ряде случаев, сначала протекает с преобладанием неспецифических сим-

птомов над специфическими, что затрудняет диагностику и приводит к отсроченному лечению.

Цель. Изучить клинико–лабораторные особенности течения инфекции, вызванной *S.agalactiae*, оценить факторы риска ее развития и сопоставить с данными литературы.

Материалы и методы. Были проанализированы 47 историй болезни пациентов, находившихся в отделениях патологии новорожденных и ОРИТН ДГКБ №9 им.ГН. Сперанского за 2017–2019 года, у которых был выявлен *S.agalactiae* методами бактериологического посева и ПЦР из различных локусов (кровь, ликвор, слизистые носа и зева, пупок, моча, кал). Из 47 человек (27 мальчиков, 20 девочек) 39 (83%) — носители и 8 (17%) детей с активной инфекцией (менингит, сепсис). Дебют заболевания в основном приходился на возраст 20 ± 4 дней (5 (62,5%) детей), остальные дети были в возрасте 2–3 дней (2 (25%) детей) и 1,5 месяцев жизни (1 (12,5%) ребенок).

Результаты. В нашем исследовании выявлены следующие факторы реализации активной инфекции: бессимптомная бактериурия у матери во время беременности — в 17% случаев, при этом тест на *S.agalactiae* был сделан только у 4% женщин; длительный безводный промежуток (>12 часов) — у 21% женщин, а недоношенность (<37 недели) — 23%, что соответствует литературным данным. Факторы риска, которые не подтвердились: возраст матери младше 20 лет, многоплодная беременность, лихорадка в родах (>37,5°C), задержка внутриутробного развития. Дети с диагнозом менингит в 75% случаев родились естественным путем, клинически было выявлено преобладание неспецифических признаков, а лабораторно у них регистрировалась анемия — 50%, тромбоцитопения — 37% и у 50% отмечалась сначала лейкопения, которая в динамике сменилась на гиперлейкоцитоз, а также СОЭ повышалась с 4–6 дня болезни. Мы также оценили антибиотикорезистентность *S.agalactiae*: он устойчив к эритромицину — 19%, клиндамицину — 9, хлорамфениколу — 6%, при этом обладает чувствительностью к антибиотикам «первой линии» (ампициллин, пенициллин — 100%), а также к цефотаксиму в 100% случаях.

Выводы. Таким образом, ведущими факторами реализации активной инфекции (менингит, сепсис), вызванной *S.agalactiae* являются бессимптомная бактериурия в период беременности, длительный безводный промежуток, недоношенность. Для клинико–лабораторной картины характерно отсутствие менингеальной симптоматики в начале развития заболевания, а также наличие анемии, тромбоцитопении, лейкопении со сменой на гиперлейкоцитоз, длительное повышение СОЭ.

УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D И АНТИМИКРОБНОГО ПЕПТИДА КАТЕЛИЦИДИНА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Верисокина Н.Е.

Научный руководитель:

Климов Леонид Яковлевич, к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Ставропольский государственный
медицинский университет Минздрава России,
Ставрополь, Россия

Введение. Витамин D является модулятором иммунной системы. Большинство учёных придерживаются мнения, что синтез человеческого антимикробного пептида кателицидина может зависеть от уровня кальцидиола. Учитывая то, что содержание LL-37 у недоношенных новорождённых практически не изучено, мы провели исследование уровня кателицидина у данной категории детей.

Цель. Анализ уровня 25(OH)D и антимикробного пептида LL-37 в сыворотке крови недоношенных новорождённых.

Материалы и методы. Проведено лабораторное обследование 87 недоношенных новорождённых.

Результаты. Срок гестации в исследуемой группе составил 31,0 [29,0–33,0] неделя. Масса недоношенных детей при рождении — 1490 [1100–1900] граммов, рост — 41,0 [36,0–45,0] см. 18 (20,7%) младенцев появились на свет на сроке гестации 22–28 недель, 29 (33,3%) — на сроке гестации 29–31 неделя, 26 (29,9%) — на сроке 32–34 недели, 14 (16,1%) — на сроке 35–36 недель.

Уровень витамина D у недоношенных новорожденных составил 18,4 [12,1–23,1] нг/мл, а кателицидина — 1,1 [0,5–2,2] нг/мл.

Тяжелый дефицит 25(OH)D (менее 10 нг/мл) был выявлен у 12 (13,8%) недоношенных — 6,4 [3,9–7,7] нг/мл, уровень кателицидина составил 1,2 [0,6–2,2] нг/мл; дефицит (10–20 нг/мл) — у 39 (44,8%) младенцев — 13,9 [12,1–16,9] нг/мл, показатель LL-37 был несколько ниже — 1,0 [0,5–1,8] нг/мл, чем в группе с тяжелым дефицитом ($p > 0,05$); недостаточность кальцидиола (21–30 нг/мл) — у 20 (23%) недоношенных — 22,9 [21,5–23,6] нг/мл, уровень антимикробного пептида — 1,9 [1,1–3,2] нг/мл, что больше, чем у детей с тяжелым дефицитом ($p > 0,05$) и больше, чем у детей с дефицитом витамина D ($p < 0,05$); оптимальный уровень 25(OH)D (более 30 нг/мл) имели 16 (18,4%) детей — 42,3 [36,8–45,5] нг/мл, показатель антимикробного пептида был ниже — 0,6 [0,2–1,6] нг/мл, чем в группе с тяжелым дефицитом ($p > 0,05$), дефицитом ($p > 0,05$) и оптимальным уровнем кальцидиола ($p < 0,01$).

В исследуемой группе был проведен анализ наличия инфекционного процесса. У 53 (60,9%) недоношенных новорождённых была врожденная пневмония, показатель 25(OH)D составил 17,1 [10,5–23,4] нг/мл, кателицидина — 0,9 [0,4–2,1] нг/мл. У 33 (62,3%) детей инфекция дыхательных путей протекала в тяжелой форме — дыхательная недостаточность (ДН) III степени. В данной группе уровень витамина D составил 13,7 [10,1–19,7] нг/мл, кателицидина — 0,8 [0,4–1,3] нг/мл. У 20 (37,7%) недоношенных младенцев, врожденная пневмония протекала с ДН II степени, новорождённые этой группы имели уровень кальцидиола в 1,7 раза выше — 23,5 [12,4–39,2] нг/мл, а показатель LL-37 был выше в 1,5 раза — 1,2 [0,6–2,8] нг/мл в сравнении с детьми, у которых была ДН 3 степени, ($p < 0,05$) и ($p > 0,05$) соответственно.

У 34 (39,1%) новорожденных инфекционного процесса не было, уровень 25(OH)D у таких детей составил 18,9 [14,4–23,0] нг/мл, антимикробного пептида — 1,5 [0,7–2,5] нг/мл.

Показатель витамина D у недоношенных детей с инфекцией был ниже в 1,1 раза, а уровень LL-37 в 1,7

раза в сравнении с группой детей без инфекционного процесса ($p>0,05$) и ($p>0,05$) соответственно.

Выводы. У недоношенных новорожденных, которые не имели инфекционного процесса, уровень витамина D и антимикробного пептида кателицидина был выше, чем у младенцев с врожденной пневмонией. В группе детей, у которых врожденная пневмония протекала тяжелее (ДН III степени), уровень 25(OH) D, был достоверно меньше, чем у младенцев, у которых данная инфекция протекала в более легкой форме (ДН II степени), показатель LL-37 был меньше в 1,5 раза, но достоверных отличий получено не было.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Анбазова М.С., Калыбаева Н.Н.

Научные руководители:

Вычигжанина Наталья Викторовна, к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии с курсом неонатологии им. акад. Д.К. Кудаярова Бишкек, Кыргызстан

Кондратьева Елена Игоревна, к.ф.–м.н., доцент кафедры «Физики, медицинской информатики и биологии», Кыргызско–Российского Славянского университета Бишкек, Кыргызстан

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Введение. Состояние здоровья новорожденного ребенка во многом зависит от характера первичной колонизации бактериями в процессе формирования микробиоценоза.

Цель. Установить особенности формирования микрофлоры кишечника недоношенного новорожденного ребенка при различных патологических состояниях в раннем неонатальном периоде.

Материалы и методы. Было проведено исследование микрофлоры просвета толстой кишки у 92 недоношенных детей с различными патологическими состояниями и 28 «условно здоровых» недоношенных детей. Бактериологический посев у недоношенных детей производился на 1 — 7-е сутки жизни. В исследование вошли недоношенные дети со сроком гестации 32–36 недель. Все дети находились на естественном вскармливании. Для статистической обработки использовалась программа SPSS 16.0.

Результаты. В исследуемой группе было проведено 644 анализа бактериологического посева. В контрольной группе было проведено 196 проб. По результатам анализа микрофлора кишечника недоношенных детей была представлена: *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, *Enterobacter aerogenes*, *Escherichia coli*, бактерии семейства *Lactobacillaceae*.

Золотистый стафилококк наблюдался в 10,1% случаев у детей исследуемой группы и в 4,6% случаев — в группе контроля. В группе контроля, золотистый стафилококк был обнаружен в незначительной степени — 10^2 . Наибольшая степень высевания золотистого стафилококка (10^7 – 10^8), наблюдалась у недоношен-

ных детей с синдромом задержки внутриутробного развития (12,3), при СДР (26,2), пневмониях (7,7) и раннем неонатальном сепсисе (6,2). В ряде случаев патологические состояния были обусловлены только данным микробом.

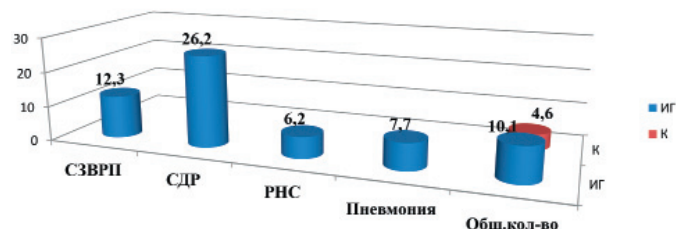


Рис. 1. *Staphylococcus aureus*

Кишечная палочка обнаружена в 25,3% случаев в исследуемой группе и в 12,2% случаев в группе контроля, причем у половины недоношенных детей из контрольной группы (58,3%) в значительной степени — 10^7 .

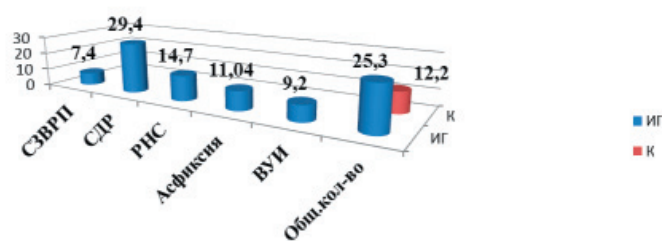


Рис. 2. *Escherichia coli*

Энтеробактер находится в кишечнике в норме в количестве не более 10^4 . Общее количество энтеробактера в обеих группах было примерно одинаково. Однако в контрольной группе он был обнаружен только в 10^2 , и, следовательно, не мог вызвать патологические процессы в организме недоношенных детей. В исследуемой группе отмечалось довольно значительное его содержание (10^7), причем при СДР (57,1), асфиксии (28,6) и пневмониях (14,3), что, скорее всего, и обуславливало тяжесть состояния детей в исследуемой группе.

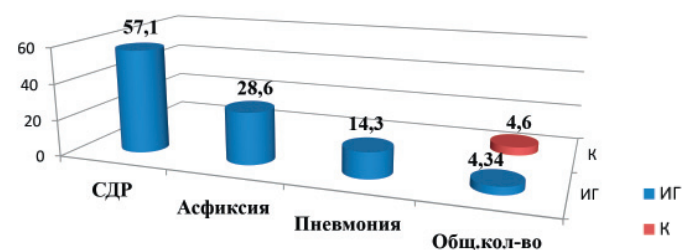


Рис. 3. *Enterobacter*

Из общего количества бакпосевов, *Candida albicans* были обнаружены в 171 пробе (26,6%) в исследуемой группе и в 25 пробах (12,8%) — в группе контроля. В обеих группах это было довольно значительное количество — 10^7 . Достоверное увеличение количества дрожжевых грибов в исследуемой группе, является свидетельством массивной антибактериальной терапии, вероятнее всего, которая была начата у матерей еще во время беременности и назначена детям

в связи с различными патологическими состояниями. Чаще всего дрожжевые грибы были найдены при СДР и асфиксии (26,9% и 16,4%), реже при ВУИ и РНС (8,2 и 7,01%), что подтверждает назначение антибактериальной терапии порой исключительно с целью профилактики бактериальных осложнений.

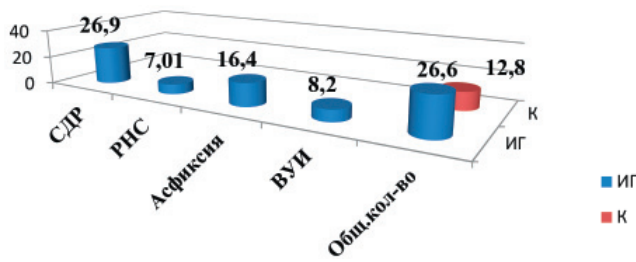


Рис. 4. *Candida albicans*

Лактобактерии были высеяны, что составило 11,8% в исследуемой группе и 17,9% в группе контроля. В большинстве случаев в 10^7 лактобактерии были обнаружены при СЗВРП и СДР в 6,6 и 7,9% случаев соответственно.

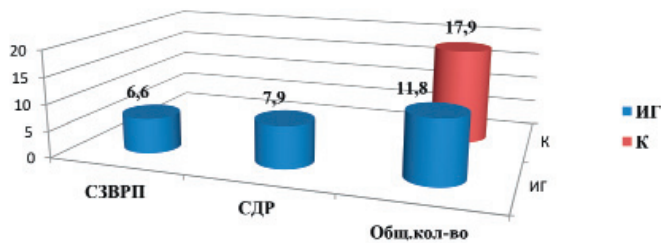


Рис. 5. *Lactobacillaceae*

Выводы. Таким образом, в кишечнике недоношенных детей были обнаружены как патогенные микробы, так и условно патогенные и кисломолочные бактерии: *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, *Escherichia coli*, *Enterobacter aerogenes*, бактерии семейства *Lactobacillaceae*. Наличие кишечной палочки у недоношенных детей приводит к выводу, что необходим более тщательный контроль за обработкой рук медперсоналом. Энтеробактерии обуславливают тяжесть состояния детей с СДР, асфиксией и пневмонией. Заселение лактобактериями начинается с первых дней раннего неонатального периода, если мать или он не получали антибактериальную терапию.

МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННЫХ

Месян М.К., Припутневич Т.В., Зубков В.В.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Минздрава России

Введение. В современных условиях характер микробной колонизации кишечника, в частности у новорожденных, претерпел существенные изменения, связанные с увеличением контингента женщин с перинатальными факторами риска, осложненным течением беременности и нарушением микрoэкологического статуса, а также с неполноценностью питания,

возрастанием стрессовых воздействий, экологическим неблагополучием и бесконтрольным применением антибиотиков. Кроме того, до недавнего времени считавшаяся аксиомой концепция о том, что плод стерилен *in utero*, в последнее время была пересмотрена рядом ученых в силу появившихся доказательств обратного. Углубленное изучение становления и возрастной динамики микробиоты с использованием современных технологий метагеномного анализа у новорожденных в норме (доношенных и вскармливаемых материнским молоком) и недоношенных новорожденных позволит проследить отставание и отклонение в развитии микробиоты у недоношенных детей, предоставляет возможность разработать новые методы направленной профилактики и коррекции ближайших и отдаленных последствий перинатальной патологии у новорожденных.

Цель. Определение состава и становления микробиоты кишечника у здоровых доношенных новорожденных детей, родившихся через естественные родовые пути и путем операции кесарева сечения.

Материалы и методы. Для изучения нормоценоза кишечника здорового доношенного новорожденного ребенка, получения новых сведений о ранее некультивируемых микроорганизмах, симбиотических и пробиотических свойствах бактерий-комменсалов кишечника в 2018г. в ФГБУ «НМИЦ АГП им. академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения России был проведен проспективный анализ изучения микробиоты у здоровых доношенных новорожденных. В исследование были включены здоровые доношенные дети с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, родившиеся различными способами (через естественные родовые пути и посредством операции кесарева сечения). Критериями исключения являлись: отягощенный соматический и инфекционный анамнез у матери, ухудшение состояния ребенка в течение первого месяца жизни.

Были произведены сбор и характеристика образцов микробиоты кишечника здоровых новорожденных детей в трех временных точка — первые 24 часа жизни, 1 неделя и 1 месяц жизни. В зависимости от способа родоразрешения все дети (66 детей) были разделены на 2 группы: Группа 1 — 33 доношенных здоровых детей (39 ± 2 недель гестации), родившихся через естественные родовые пути; Группа 2 — 33 доношенных здоровых детей (39 ± 2 недель гестации), родившихся путем операции кесарева сечения. Проведен анализ становления микробиоты кишечника детей в зависимости от способа родоразрешения и вида вскармливания (естественное, смешанное и искусственное).

Результаты. Проведен анализ становления микробиоты кишечника новорожденных, выполненный при динамическом наблюдении в течение первого месяца жизни. Показано, что вне зависимости от способа родоразрешения кишечная микробиота разнообразна по видовому составу и представлена поликомпонентными ассоциациями микроорганизмов факультативно- и облигатно-анаэробного происхождения. Выделены микроорганизмы 134 видов. В первые сутки жизни меконий оказался стерильным лишь у каждого пятого ребенка. У остальных детей выделена

разнообразная микрофлора (63 вида) и уже с первых суток жизни кишечник значительной части новорожденных колонизирован лактобациллами, бифидобактериями, а также разнообразной условнопатогенной микрофлоры. На 7-е и 30-е сутки жизни видовой состав микробиоты расширился до 90 видов за счет *Enterobacteriaceae* (15 видов), *Lactobacillus* (15 видов), *Bifidobacterium* (8 видов) и в значительной степени обогатился за счет облигатных анаэробов (11 родов). В то же время наметились определенные отличия колонизации кишечника новорожденных при естественном родоразрешении и кесаревом сечении, касающиеся облигатной и транзитной составляющей микробиоты. Так, при естественном родоразрешении видовой состав лактобацилл был более разнообразным (почти вдвое большее количество видов), чаще выявляли виды, колонизирующие влагалище здоровых женщин, чаще выявляли бифидобактерии. Бактероиды были преимущественно выделены у детей, рожденных естественным путем, а клостридии при большем видовом разнообразии, напротив, чаще выделяли у детей, рожден-

ных путем кесарева сечения. Условно-патогенные факультативные анаэробы: энтеробактерии (за исключением *Escherichia coli*) и *Staphylococcus aureus* чаще колонизировали детей, рожденных путем кесарева сечения; лактозотрицательные штаммы *E.coli* выделяли в 8 раз чаще у детей, рожденных оперативным путем, чем при естественных родах. Полученные нами результаты позволяют предположить, что рождение ребенка оперативным путем в определенной степени сдерживает процесс нормального становления микробиоты кишечника новорожденных детей. Однако это требует подтверждения на большей выборке новорожденных.

Выводы.

1. было установлено, что микробиота кишечника доношенных детей, рожденных путем операции кесарева сечения, отличается меньшим количественным и видовым составом, чем микробиота детей, рожденных через естественные родовые пути.
2. были получены данные, что в первые часы жизни меконий был стерилизован лишь у 20% новорожденных.

НАПРАВЛЕНИЕ «НЕОНАТОЛОГИЯ». КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ «НОВОЙ» ФОРМЫ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПАЗИИ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА С ПОЛИОРГАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Белова Е.И.

Научный руководитель:

Аминова Альфия Иршадовна, д.м.н, профессор
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Актуальность. Бронхолегочная дисплазия (БЛД) является тяжелым заболеванием легких, которое диагностируется у 10 000–15 000 недоношенных детей в США ежегодно. По статистике в России, у детей с гестационным возрастом менее 29 недель и массой тела при рождении менее 750 г. частота формирования БЛД может достигать 65 — 67%, в то время как у детей с гестационным возрастом более 32 недель и массой тела при рождении более 1250г — всего лишь 1 — 3,6%. БЛД может сопровождаться развитием серьезных осложнений, в том числе в 33% случаев формированием легочной гипертензии средней и тяжелой степени тяжести.

Цель демонстрации клинического случая. Демонстрация клинического случая тяжелого течения БЛД у недоношенного ребенка с полиорганной патологией.

Описание клинического случая. Мы провели ретроспективный анализ истории болезни ребенка с БЛД и полиорганной патологией, который находился на стационарном лечении с рождения в течение 286 дней.

Глубоконедоношенная девочка от матери с отягощенным акушерским анамнезом: длительное бесплодие, ЭКО. Роды преждевременные оперативные на 23 недели гестации. Вес при рождении 700 г., рост 34

см., Апгар 2/3 балла. Ребенок с рождения переведен на ИВЛ (данная кислородотерапия продолжалась 114 дней, далее — наз. СРАР, который позже заменили кислородной палаткой), сурфактант введен на 7 минуте жизни. Получала кардиотоническую терапию (КТТ). На 10 с.ж. была переведена в ОРИТ многопрофильной детской клинической больницы. С 11 с.ж. отмечались появления клинической картины некротизирующего энтероколита (НЭК). На 12 с.ж. был клипирован гемодинамически значимый открытый артериальный проток (ОАП). На 132 с.ж. (42 постконцептуальная неделя) определены рентгенографические признаки БЛД, а также с помощью ЭхоКГ была выявлена легочная гипертензия, которая привела к реканализации ОАП (на 255 с.ж. повторно клипирован). Для снижения гемодинамической нагрузки на правый желудочек проводилась терапия силденафилом, для лечения легочной гипертензии использовали ингибитор ангиотензинпревращающего фермента — каптоприл. Использовались стандартные бронхолитические средства для купирования бронхообструктивного синдрома. Кислородозависимость уменьшилась после курса дексаметазона №3, а также после применения стимулятора дыхательного центра — кофеина 20%. Ввиду отягощенного инфекционного статуса, ребенок получал длительную антибактериальную, противомикотическую и иммуностимулирующую терапии. Для снижения отека синдрома использовали диуретики.

Тяжесть состояния девочки была обусловлена малым гестационным возрастом, очень низкой массой тела, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью, длительной десатурацией и эпизодами цианоза с бронхообструкцией, длительной кислородотерапией, системной легочной гипертензией, трахеомалацией, двусторонней пневмонией с гиповентиляцией легких и интерстициальным отеком, двусторонним хилотораксом, рецидивирующим тромбозом верхней

и нижней полой вен, НЭК, остеопенией, острым почечным повреждением, ретинопатией недоношенных и неврологическими нарушениями (гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС, перивентрикулярная лейкомаляция, неонатальные судороги).

На 274 с.ж. кислородотерапия завершена на фоне положительной динамики, 286 с.ж. — выписана на амбулаторный этап реабилитации.

Вывод. Несмотря на тяжесть соматического статуса и неблагоприятный прогноз, благодаря правильной тактике лечения ребенка с БЛД и полиорганной патологией удалось перевести на самостоятельное дыхание и выписать на амбулаторный этап реабилитации.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДИХОРИАЛЬНОЙ ДИАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПО Rh-ФАКТОРУ И ПОВТОРНЫМИ ВНУТРИУТРОБНЫМИ ГЕМОТРАНСФУЗИЯМИ В АНАМНЕЗЕ

Уваренкова П.А.

Научные руководители:

Урецкая Евгения Владимировна, врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии №2 Института неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ АГП имени академика

В.И. Кулакова» Минздрава России

Крог-Йенсен Ольга Александровна, к.м.н., доцент кафедры неонатологии Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии №2 Института неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ АГП имени академика

В.И. Кулакова» Минздрава России

Ленюшкина Анна Алексеевна, к.м.н., заведующая отделением реанимации и интенсивной терапии №2 Института неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ АГП имени академика В.И. Кулакова»

Минздрава России

Дегтярев Дмитрий Николаевич, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «НМИЦ АГП имени академика В.И. Кулакова»

Минздрава России, заведующий кафедрой неонатологии Клинического института детского здоровья имени Н.Ф. Филатова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

ФГАОУ ВО *Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия*

Актуальность. В настоящее время методом выбора при лечении тяжелых форм гемолитической болезни плода (ГБП) является внутриутробное переливание крови. Частота встречаемости многоплодных беременностей составляет 1,5% от всех случаев внутриутробных гемотрансфузий при несовместимости

по эритроцитарным антигенам.

Цель демонстрации клинического случая. Описать уникальный случай ГБПиН у дихориальной диамниотической двойни с благоприятным исходом после повторных внутриутробных гемотрансфузий.

Описание клинического случая. Пациентка Ш. из региона РФ с крайне отягощенным акушерским анамнезом (1 и 2 беременности закончились своевременными родами, профилактика анти-D иммунизации не проводилась; 3, 4 и 5 беременности были прерваны по медицинским показаниям в связи с высоким титром резус-антител; 6 беременность осложнилась отеочной формой ГБП, ребенок умер на 3 с.ж.; 7 беременность протекала с ГБП, было проведено 4 внутриутробных гемотрансфузии, закончилась преждевременными родами на сроке 30 недель, желтушная форма ГБН у ребенка, потребовалась операция заменного переливания крови (ОЗПК), ребенок здоров; данная 8 беременность дихориальной диамниотической двойней наступила самопроизвольно, в 1 и 2 триместрах протекала с явлениями резус-сенсibilизации) была госпитализирована в ФГБУ «НМИЦ АГП имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России в сроке 26 недель 6 дней в связи с признаками тяжелой анемии первого плода по данным доплерометрии. Первая внутриутробная гемотрансфузия плодам была проведена в сроке беременности 27 недель. Всего было проведено по 4 гемотрансфузии каждому плоду из двойни, что позволило пролонгировать беременность до срока 33-х недель. Женщина была родоразрешена путем операции кесарева сечения. Родились живая недоношенная девочка с массой тела 2150г., длиной 43 см, и живой недоношенный мальчик с массой тела 2330г., длиной 44 см. Оценка по шкале Апгар у детей составила 7/8 баллов. Состояние детей с рождения было расценено как тяжелое за счет ГБН по резус-фактору, дыхательных нарушений и недоношенности. Дети нуждались в проведении респираторной терапии в течение 3-х суток. На 3 с.ж. по результатам клинико-лабораторного обследования девочке был выставлен диагноз врожденная пневмония, антибактериальная терапия проводилась до 7 с.ж., мальчику был выставлен диагноз РДС, антибактериальная терапия была отменена.

С рождения у детей отмечалась иктеричность кожи. Уровень пуповинного билирубина и гемоглобина у девочки составил у 84,3 мкмоль/л и 149 г/л соответственно, у мальчика — 70,4 мкмоль/л и 161 г/л соответственно. В 1 с.ж. на фоне проводимой фототерапии у девочки был выявлен пограничный почасовой прирост уровня билирубина (6.1 мкмоль/час), и решением консилиума в связи с высоким риском необходимости проведения ОЗПК в первые сутки жизни был введен Иммуноглобулин человека нормальный в дозе 800 мг/кг с положительным эффектом. У мальчика патологического почасового прироста уровня билирубина выявлено не было. Максимальный уровень общего билирубина на 3-и сутки у девочки и мальчика составил соответственно 134,6 и 141,6 мкмоль/л, фототерапия у обоих детей была завершена. Гемотрансфузии с целью коррекции анемии проводились девочке на 28 с.ж., мальчику в возрасте 3-х мес. с положительным эффектом, в динамике показатели гемоглобина оставались в пределах возрастной нормы.

В течение неонатального периода патологической неврологической симптоматики у детей не отмечалось, по результатам НСГ очаговых изменений не выявлено. В дальнейшем психомоторное развитие детей соответствовало возрастной норме.

Выводы. Своевременная диагностика внутриутробной тяжелой анемии плодов и её коррекция с помощью внутриутробных гемотрансфузий при многоплодной беременности предотвращают развитие отечной формы ГБПиН, позволяют пролонгировать беременность, обеспечить рождение детей с нормальными антропометрическими показателями и без перинатального поражения ЦНС, уменьшить потребность в проведении ОЗПК, фототерапии и постнатальных гемотрансфузий.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДИАСТЕМАТОМИЕЛИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Егорская А.Т., Кривдина Н.В., Егорская Л.Е.,
Цыганова Ю.А.

Научный руководитель:

Шуткова Алла Юрьевна, к.м.н., ассистент кафедры
госпитальной педиатрии
ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский ме-
дицинский университет Минздрава России, Нижний
Новгород, Россия

ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница
№1», Нижнего Новгорода, Россия

Введение. Диастематомия (ДМ) — тяжелый врожденный порок развития (ВПП) спинного мозга (СМ), характеризующийся его удвоением и мозаичными двигательными, чувствительными, трофическими и тазовыми нарушениями, в сочетании с аномалиями и пороками развития позвоночника, нижних конечностей, кожи и внутренних органов; своевременно не диагностируется из-за слабой клинической выраженности на первом году жизни.

Цель. Представить клинический случай ДМ в сочетании с множественными ВПП у новорожденного.

Материалы и методы. В январе 2020 года в ГБУЗ НО «Детская городская клиническая больница №1» г. Н.Новгорода обследована новорожденная девочка С. (4 дня). Проведена оценка соматического, неврологического статусов по стандартным методикам, результатов клинико-лабораторных и инструментальных обследований: ультразвукового исследования (УЗИ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ) позвоночника.

Результаты. Ребенок от 3 беременности на фоне рецидивирующей герпетической инфекции, повторных вирусных инфекций в 1, 2, 3 триместрах, гестационного сахарного диабета, анемии, отеков, многоводия. Роды в срок путем экстренного кесарева сечения (косое положение плода). Вес при рождении 3280 грамм, рост 52 см, оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Спонтанное дыхание с 4 минуты жизни после санации верхних дыхательных путей, тактильной стимуляции, дачи O₂ через маску, со 2 суток желтуха. При осмотре:

состояние средней степени тяжести, иктеричность кожных покровов, на коже спины в области грудного отдела сосудистое пятно, наклон головы влево, уплощение лица в области нижней челюсти слева, укорочение левой ноги на 5 мм, гипотрофия левой голени, бедра, варусная деформация и укорочение левой стопы на 1 см, ограничение разведения бедер до 80 градусов. Мышечный тонус переменный. Рефлексы новорожденных снижены. ЧД 40/мин, ЧСС 110/мин. Нейросонография: гипоксически-ишемические изменения головного мозга. УЗИ выявило spina bifida в грудном отделе, подковообразную почку. МРТ позвоночника: аномалии развития ното хорды и спинного дизрафизма — ДМ II типа, фиксированный СМ, субдуральная ликворная подушка в грудном отделе позвоночника, аномалии развития тел позвонков и spina bifida нижегрудного отдела позвоночника. КТ позвоночника: нарушение сегментации Th7–Th12, частичная сакрализация L5 слева и его частичная конкреценция с S1 слева, spina bifida posterior Th7–Th12, L5–S4. Таким образом, выставлен заключительный диагноз: неонатальная желтуха; множественные ВПП СМ, костно-мышечной системы и внутренних органов: ДМ II типа, фиксированный СМ, аномалии количества и дифференцировки позвонков, укорочение левой нижней конечности, варусная деформация левой стопы; подковообразная почка. Консервативное лечение неонатальной желтухи с положительной динамикой. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой (11 койко-дней) под наблюдение педиатра, невролога, ортопеда, нейрохирурга, нефролога; показана консультация генетика.

Выводы. При наличии дизрафических признаков у новорожденного показана оценка неврологического статуса, проведение УЗИ, КТ, МРТ для выявления ДМ и сочетанных с ней скрытых ПП позвоночника и внутренних органов. Ранняя диагностика ДМ позволяет врачам разных специальностей (нейрохирург, невролог, ортопед, нефролог) выбрать тактику и сроки лечения для предотвращения развития неврологического дефицита и инвалидизации, ухудшающих качество жизни.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА С ФУЛЬМИНАНТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГАЛАКТОЗЕМИИ I ТИПА (КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМА)

Никитина И.В.¹, Амелин И.М.³, Махмудов И.Ш.³,
Крог-Йенсен О.А.^{1,2}, Ленюшкина А.А.¹,
Дегтярева А.В.^{1,2}, Дегтярев Д.Н.^{1,2}

¹ ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр акушерства, гинекологии
и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»
Минздрава России

² ФГАУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет), Москва, Россия

³ ФГБОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет им.
Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Галактоземия — заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, с преимущественным поражением печени, головного мозга, почек и глаз. В основе заболевания лежит дефицит фермента галактозо-1-фосфатуридилтрансферазы (ГАЛ-1-Ф-УТФ), ответственного за превращение галактозы в глюкозу, что обуславливает избыточное накопление галактозы и ее метаболитов. Частота встречаемости 1:20.000 — 1:60.000 новорожденных. Несмотря на обязательный скрининг, у ряда пациентов, в особенности у недоношенных новорожденных, заболевание может манифестировать до получения результатов обследования. В силу неспецифического характера клинических симптомов своевременная диагностика может представлять значительные трудности.

Цель демонстрации клинического случая. Описание редкого клинического случая фульминантного течения классической формы галактоземии у недоношенного ребенка.

Описание клинического случая. Недоношенный мальчик родился у женщины 38 лет от второй беременности, вторых родов на 33 неделе. Масса тела при рождении 2270г, длина — 43 см. Оценка по Апгар 7/8 баллов. В родильном блоке проведение реанимационных мероприятий не потребовалось. Вскармливание начато с 6-го часа жизни нативным материнским молоком. В течение первых 5 суток жизни ребенок наблюдался в ОРИТН в связи с транзиторным тахипноэ, далее был переведен на второй этап выхаживания, где на 11 сутки жизни появились первые неспецифические проявления заболевания в виде умеренного угнетения ЦНС, нарастания желтухи и кишечного кровотечения. Ребенок был переведен в ОРИТН, было отменено энтеральное кормление в связи с кишечным кровотечением и подозрением на НЭК, одновременно был получен положительный результат неонатального скрининга: уровень галактозы составил 123мг/дл (норма до 7мг/дл). При обследовании выявлены признаки острой печеночной недостаточности, что проявлялось резким снижением факторов свертываемости крови и антикоагулянтов и стало причиной развития геморрагического синдрома (желудочное кровотечение, кровоизлияния в кожу и в последующем — макрогематурия, внутрижелудочковое кровоизлияние 1 степени). Проводилась дотация факторов свертывания крови путем трансфузий свежезамороженной плазмы и криопреципитата, в дальнейшем в сочетании с заместительной терапией антитромбином 3. Отме-

чался низкий уровень альбумина, что проявилось развитием отеочного синдрома, асцита, а также снижение других биохимических маркеров, отражающих синтетическую функцию печени: холестерина, ХЭ и др. Выявлено повышение отдельных маркеров холестаза: прямой фракции билирубина и ЩФ, гемолитическая анемия. Состояние ребенка стремительно ухудшалось, на 12 сутки появилась гипертермия, участки нарушения микроциркуляции за счет тромбозов микроциркуляторного русла, присоединились признаки некротизирующего энтероколита 2а стадии, нестабильность гемодинамики, потребовавшая массивной кардиотонической терапии, острое почечное повреждение, из-за развития дыхательной недостаточности ребенок был переведен на ИВЛ. Отмечалось нарастание синдрома угнетения и появление признаков менингизма в виде болезненной реакции на осмотр, гиперестезии, положения в кювезе с запрокинутой назад головой, эпизодов тонического выгибания при беспокойстве. При нейросонографии выявлены диффузные изменения паренхимы головного мозга, реверсерирующий кровоток по артериям основания мозга. По тяжести состояния от проведения люмбальной пункции решено воздержаться, назначены антибактериальные препараты, проникающие через ГЭБ.

При дополнительном обследовании выявлена критически низкая активность фермента ГАЛ-1-Ф-УТФ в крови (менее 1 % от нормы (0,23 Е/гНб). Диагноз подтвержден на основании молекулярно-генетического исследования — выявлена мутации в гене GALT в гомозиготном состоянии.

На фоне проводимой терапии к 19-суткам жизни состояние ребенка с положительной динамикой: повышение уровня церебральной активности, значительное улучшение функционального состояния печени и почек, купирование микроциркуляторных нарушений; начато трофическое энтеральное питание смесью без лактозы и галактозы с постепенным расширением до возрастной нормы. На 20 сутки ребенок экстубирован. На 41 сутки жизни ребенок выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Галактоземия может манифестировать до момента получения результатов неонатального скрининга. У данного пациента отмечалось фульминантное течение с развитием полиорганной недостаточности, однако комплексная посиндромная и этиопатогенетическая терапия позволила избежать не только летального исхода, но и необратимого повреждения органов и систем.

НАПРАВЛЕНИЕ «ПЕДИАТРИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ

ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО САЙТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (МВС) В ПРАКТИКУ УЧАСТКОВЫХ ПЕДИАТРОВ

Коцкович А.В.

Научный руководитель:

Сахно Л.В., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский Государственный
Педиатрический Университет Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Введение. В настоящее время партнерские отношения в процессе обследования и лечения пациентов признаны самыми результативными в системе здравоохранения. В мире создано большое количество институтов для программирования и цифрового обеспечения связи с пациентами на различных платформах, в том числе и с применением мобильных устройств. Мобильные приложения снижают потребность частого посещения врача, улучшают ход лечения и качество медицинского обслуживания. Реализующиеся в России проекты «Цифровое здравоохранение» и «Бережливая поликлиника» также приветствуют методы улучшения комплаенса врач-пациент.

Распространенность инфекции МВС в детском возрасте составляет около 18 случаев на 1000 детского населения, должность врача-нефролога предусмотрена 1 на 50 000 населения, в результате специалист данного профиля — 1 на 4–5 детских поликлиники.

Цель. Создание и внедрение информационного сайта для участкового педиатра и родителей с целью предотвращения обострений, рецидивов и хронического течения заболеваний МВС. Информация, представленная на сайте, поможет снизить нагрузку на участкового педиатра и ответить на самые актуальные вопросы родителей.

Материалы и методы. Сообщество разработчиков во главе с авторами работы использовали доступные печатные и электронные источники по патологии МВС для написания сайта на платформе Angular для разработки веб-приложений, на языке Type Script, разработанной командой из компании Google и др. компаниями.

Результаты. Создан информационный сайт для андроида, Iphone с разделами про диету, сигналы тревоги, диспансерное наблюдение, календарь прививок полезная информация пациентов с патологией МВС. Посредством анкетирования на сайте было опрошено 22 врача-педиатра и нефрологов, 18 родителей с детьми, у которых диагностированы заболевания МВС.

88,9% опрошенных родителей считают, что не получают достаточного количества информации на приеме у врача-педиатра и нефролога, поэтому информация, опубликованная на сайте, полезна для предотвращения возникновения обострений и осложнений заболевания. 95,5% опрошенных врачей считают сайт полезным для родителей и оптимизирующим время приема.

Выводы: Созданный нами сайт обеспечит необходимый контроль за диспансерным наблюдением пациента с хроническими заболеваниями МВС, повысит успешность лечения пациентов с данной патологией.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ, ЛАБОРАТОРНОЙ И УРОДИНАМИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ГИПОАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

Коробкина О.Г., Гурина Е.С.

Научный руководитель:

Бурлуцкая Алла Владимировна, д.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский
университет Минздрава России, Краснодар, Россия

Введение. Гипоактивный мочевого пузыря — это состояние, при котором снижается сократимость детрузора, и, как следствие, увеличивается время мочеиспускания, появляется остаточная моча. Данное состояние, в последующем, предрасполагает к развитию инфекций мочевых путей, а также приносит пациентам значительные социальные неудобства. В клинической практике проблема нейрогенного мочевого пузыря требует детального изучения и поиска новых подходов к лечению.

Цель исследования. Оценить особенности клинической, лабораторной и уродинамической картины у детей с гипоактивным мочевым пузырем.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе нефрологического отделения ГБУЗ «Детская Краевая Клиническая Больница» МЗ КК города Краснодара. В исследуемую группу вошли 14 соматически здоровых детей с гипоактивным мочевым пузырем. Оценивались результаты лабораторных и инструментальных методов исследования (биохимический анализ крови с определением гомоцистеина, урофлоуметрия, ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи, электроэнцефалография), а также особенности клинической картины. Проводился анализ дневника регистраций ритма мочеиспускания.

Результаты. Обследованы 14 детей, среди которых было 9 девочек (64,3%) и 5 мальчиков (35,7%). Основными жалобами были: чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, слабая струя мочи, затруднение в мочеиспускании, преимущественно в начале акта. Также пациенты отмечали редкое мочеиспускание (1–3 раза в день). Было выявлено повышение гомоцистеина в крови, который провоцирует цитотоксический эффект на эндотелий сосудов, что отражается на метаболизме нервных клеток и их регенераторном потенциале. При проведении урофлоуметрии отмечен функционально-обструктивный тип мочеиспускания, сопровождающийся низкой скоростью потока мочи, удлинением времени акта и уменьшением выделенного объема мочи. При УЗИ мочевого пузы-

ря определялось повышение объема остаточной мочи (30–80%). На электроэнцефалографии (ЭЭГ) обнаружена депрессия альфа-ритма, с тенденцией к увеличению бета-ритма.

Выводы. В ходе исследования были выявлены следующие особенности: редкое, затруднённое мочеиспускание, преимущественно в начале акта, повышение гомоцистеина в крови, функционально-обструктивный тип мочеиспускания, уменьшение выделенной мочи с повышением объема остаточной мочи, а также депрессия альфа-ритма, с тенденцией к увеличению бета-ритма на ЭЭГ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

Гурина Е.С., Коробкина О.Г.

Научный руководитель:

Бурлуцкая Алла Владимировна, д.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар, Россия

Введение. Изучение и понимание психосоциальных аспектов при гиперактивном мочевом пузыре (ГАМП) у детей является важным компонентом в структуре диагностики и лечения этой патологии, так как оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов и успешность проводимой терапии.

Цель. Изучить особенности психосоциальных аспектов у детей, страдающих ГАМП.

Материалы и методы. В исследовании принимало участие 20 соматически здоровых детей от 7 до 10 лет с наличием одного или нескольких симптомов расстройства мочеиспускания, характерных для ГАМП: внезапные непреодолимые позывы на мочеиспускание, которые трудно сдержать с императивным недержанием мочи или без него; учащенное мочеиспускание малыми порциями днем; частые ночные пробуждения по причине возникающих позывов к мочеиспусканию и непроизвольные мочеиспускания ночью. Проводили опрос, изучение тревожных расстройств и в целом психологического статуса детей, с применением методик, адаптированных для данной возрастной группы.

Результаты. В ходе опроса дети предъявляли жалобы на страх непроизвольного мочеиспускания в школе, быть осмеянными друзьями и одноклассниками, многие родители отмечали связь усиления симптомов с повышенными психологическими нагрузками (начало посещения школы, переезд в другой город, развод родителей). На основании психологического тестирования по Н.Ю. Максимовой и Е.Л. Милутиной было установлено, что у 55% детей имелся повышенный уровень тревожности. По результатам оценки «Кинетического рисунка семьи» у 25% выявлена неблагоприятная семейная ситуация, а при анализе рисунка «Дом, человек, дерево» отмечается очень высокий уровень тревожности у 30%, эти дети испытывают трудности в общении и чувствуют себя незащищенными.

Выводы. В результате исследования выявлена значимость психосоциальных аспектов, способствующих развитию психосоматической модели заболевания с порочным кругом. При этом наличие ГАМП ведет к изменению психологического статуса ребенка, что в свою очередь способствует поддержанию и даже усугублению состояния.

СОЧЕТАННЫЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Губина Д.А., Чернышев П.Э.

Научный руководитель:

Еремеева Алина Владимировна, к.м.н, доцент
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Введение. Функциональные нарушения работы мочевого пузыря у детей — это актуальная проблема на сегодняшний день, но научных данных по этой теме в медицинском сообществе, на наш взгляд, недостаточно. Механизмы дезорганизации нормальной работы мочевого пузыря и взаимоотношения этих механизмов с нормальным или патологическим функционированием прямой кишки на сегодняшний день не ясны и входят в зону наших научных интересов. Цель данной работы заключалась в нахождении закономерностей между патологическим функционированием мочевого пузыря (нейрогенная дисфункция мочевого пузыря) и прямой кишки (запоры и энкопрез) у детей.

Цель. Выявить взаимосвязь функциональных нарушений мочевого пузыря (нейрогенный мочевой пузырь) и функциональных нарушений работы прямой кишки.

Материалы и методы. Проведен анализ 1135 историй болезней детей, госпитализированных в 3 педиатрическом отделении (отделении нефрологии) за 2008–2019 годы. Были отобраны 177 истории болезни пациентов в возрасте от 1 года 1 месяца до 17 лет 9 месяцев с поставленным диагнозом «Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря», из них 55 (31,9%) — истории болезней детей, имеющих функциональные нарушения мочевого пузыря (нейрогенный мочевой пузырь) и функциональные нарушения работы прямой кишки. Средний возраст 8 лет 9 мес. Девочек 46 (83,6%) и мальчиков 9 (16,4%).

Результаты. Благодаря анализу вышеперечисленных данных нам удалось выяснить, что следующие сочетания патологий встречаются в таком процентном соотношении: гиперрефлекторный мочевой пузырь + энкопрез — 20,0% (11 человек); гиперрефлекторный мочевой пузырь + запор — 18,2% (10 человек); гипорефлекторный мочевой пузырь + энкопрез — 18,2% (10 человек); гипорефлекторный мочевой пузырь + запор — 43,6% (24 человека). Частота выявления сочетания данных патологий в возрастной группе от 1–до 5л — 20% (11 человек); от 6 до 11 лет — 58% (32

человека); и старше — 22 % (12 человек). Чаще болеют девочки. Сочетание изучаемых патологий с инфекцией мочевыводящих путей — у 56,4 % (31 человек); сочетание с пиелонефритом — у 67,3 % (37 человек).

Выводы. Взаимосвязь между патологическим функционированием мочевого пузыря (нейрогенный мочевой пузырь) и прямой кишки (запоры и энкопрез) выявляется у 31,9 % детей. Чаще всего сочетаются такие патологии, как гиперрефлекторный мочевой пузырь и энкопрез (20,0 %) и гипорефлекторный мочевой пузырь и запор (43,6 %). В подавляющем большинстве случаев такой диагноз как «Нейрогенный мочевой пузырь» ставился девочкам, этой патологии чаще всего сопутствовал диагноз «Пиелонефрит» (67,3 %), который и являлся причиной госпитализации.

Достаточно высокий процент сочетания патологии мочевого пузыря и прямой кишки у детей (31,9%) позволяет нам предположить возможное влияние этих нозологий друг на друга и наличие общих патогенетических звеньев. При проведении данной научной работы мы не могли не обратить внимание на недостаточность данных о характере стула детей в историях болезней и выписках. Описывается форма стула и наличие либо отсутствие патологических примесей, а о самом акте дефекации и его нарушениях записи часто отсутствуют. Опираясь на данное наблюдение, мы можем предположить, что сочетание этих патологий на практике встречается чаще. Результаты данной работы свидетельствует о том, что необходимо дальше проводить исследования этой проблемы для установления всех патологических взаимосвязей для дальнейшей успешной диагностики и терапии данных нозологий, что в итоге позволит повысить качество жизни пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

Маранджян А.О.

Научный руководитель:

Еремеева Алина Владимировна, к.м.н, доцент
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Введение. Одним из наиболее часто встречающихся заболеваний мочевой системы у детей является пиелонефрит. Необходимость длительной лекарственной терапии, кратность и тяжесть рецидивирования пиелонефрита может влиять на качество и образ жизни детей, что свидетельствует об актуальности данной проблемы.

Цель. Оценить качество жизни детей с острым и хроническим пиелонефритом.

Материалы и методы. 101 ребенок из Москвы и МО, из которых 38 девочек и 63 мальчика. До 1 года — 14 %; 2–5 лет — 38 %; 6–10 — 30 %; 11–17 — 19 %. Средний возраст с отклонениями — 6 лет 3 мес. Про-

водилось анкетирование родителей детей с острым и хроническим пиелонефритом. Статистический анализ данных выполнен в программе Microsoft Office Excel 2016.

Результаты. Согласно проведенному анкетированию 101 пациента с 3 мес по 17 лет. Женского рода 38, мужского 63. 55 из них проживают в Москве, 46 — МО. Большинство родителей имели оконченное высшее образование 43% (43 родителя); 19% — среднее специальное образование. 37 детей посещали в школьное учреждение, 31 дошкольное и 32 не посещали никуда. Из тех детей, которые посещают дошкольное или школьное учреждение, в организациях 50 % знают о болезни. У 54 детей из которых 23 мальчика и 31 девочка пиелонефрит острый, с одним годом стажа от 2 месяцев до 11 лет. 47 детей болеют хроническим пиелонефритом. Из них встречалась другая урологическая патология: у 5ых — пузырно-мочеточниковый рефлюкс, у 3ех — Мегауретер, 1 — гидронефроз, 2 — мочекаменная болезнь, 6 — нейрогенный мочевой пузырь, у 4ых — врожденная патология, 1 — хронический цистит, 3 — цистит. Обострение наблюдается 1 раз в год — у ых, 1–2 раза в год у 5 больных, 1 раз в год — у двоих, у 7ых — 2 раза в год, у 9ых — 3 раза в год, больше 3 раз — у троих. У 20 детей на фоне ОРВИ отмечалось обострение пиелонефрита, у 2ух на фоне ангины, 2 — на фоне бронхита, на фоне пневмонии у 3ых, у 5ых на фоне кишечной инфекции, на фоне цистита у одного. У 69 детей на фоне обострения нарушался аппетит, у 30 не наблюдалось нарушение аппетита. Во время обострения у 38 детей количество мочеиспускания уменьшалось, у 9 ти увеличилось количество мочеиспусканий, у 29 не изменилось, 24 родителя ответили, что не знают. Образ жизни при обострении не менялся у 6-ти детей, у остальных родители наблюдали беспокойство, капризность, неактивность, либо малоактивность. У 54 детей изменялось поведение во время болезни. Корреляция между сроком заболевания и образом жизни равна –0,02. И корреляция между частотой обострения и образом жизни равна 0,13. У 18 детей не менялся рацион питания во время болезни, а у остальных менялся — щадящая и сбалансированная диета с большим количеством фруктов и овощей, 17 больным было рекомендовано уменьшить употребление соли и белка животного происхождения. Питьевой режим во время обострения у 58 детей увеличивается, у остальных не меняется. Температура тела поднималась у 83 детей от 37 до 40, средний показатель 38–39 гр., у 17 детей родители не замечали подъем температуры. У 42 детей диагноз установили в поликлинике, у 52 — в стационаре. 42 родителя не измеряли артериальное давление, 30 измеряли, 2 ое ответили не часто. У 74 детей из 101 врач нефролог измерял АД, не измерял либо родители не в курсе у 25. У 45 не повышалось АД, у 14 детей родители не знают, у 22 повышалось АД в диапазоне 130–90 у 4ых, 140–80 тоже у 4ых. 25 родителей ответили, что заболевание на проведение вакцинации не влияет, у 21 ребенка мед отвод во время обострения и отказ на время, 3 родителя не знают, 3 не делают прививки. 54 % сдают общий анализ мочи перед вакцинацией, 44% не сдают. После установки данного диагноза общий анализ мочи сдают с частотой ежемесячно — 17%, 6 де-

тей (6 %) — 1 раз 2–3 месяца, 20 детей — 2 раза в год, 5 ответили — по необходимости, 11 — 1 раз в год. Частота проведения УЗИ почек и моч. пузыря после установки данного диагноза — у 22 детей 1 раз 2–3 месяца; 24 — 1 раз в полгода, 12 — 1 раз в год, 10 — по назначению. Наиболее часто направляет на УЗИ почек и мочевого пузыря: нефролог — 23 %, педиатр — 45 %, сами — 32 %. При нахождении в стационаре продолжают обучаться — 40 % детей. Ребенок занимается на физкультуре в подготовительной группе — 20 %, основная группа — 17 %, остальные по каким-либо причинам не посещают.

Выводы. Таким образом выявлено, что качество жизни у детей с острым и хроническим пиелонефритом меняется. Срок слабо коррелирует с образом жизни. При этом корреляция отрицательная. Частота положительно коррелирует с образом жизни. Чем чаще обострения, тем пассивнее образ жизни. Наблюдается расстройство мочеиспускания, нарушается аппетит во время обострения, изменяется поведение, физическая активность относительно здоровых сверстников, что необходимо учитывать при ведении данных пациентов. В связи с этим нужно соблюдать частоту сдачи анализа мочи, проведения УЗИ почек и мочевого пузыря после установки данного диагноза.

СВЯЗЬ ВОЗРАСТА ДЕБЮТА ЛАБОРАТОРНЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ АЛЬПОРТА

Кузнецова А.В.

Научный руководитель:

Цыгин Алексей Николаевич, д.м.н., профессор
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Введение. Синдром Альпорта — это генетически детерминированная гломерулопатия, причиной которой является мутация в генах COL4A3, COL4A4, COL4A5, кодирующих различные цепи коллагена IV типа. Результаты этой мутации — это поражение почек с развитием гематурии и протеинурии, а впоследствии — и хронической болезни почек (ХБП). Также при данном заболевании поражаются орган слуха (нейросенсорная тугоухость), орган зрения (лентиконус).

Цель. Выяснить средний возраст дебюта основных лабораторных (гематурия, протеинурия) и клинических (нейросенсорная тугоухость) симптомов и их возможную корреляцию с появлением и прогрессированием хронической болезни почек.

Материалы и методы. Была проанализирована медицинская документация 29 пациентов с синдромом Альпорта с мутацией в гене COL4A5, находившихся на лечении в НМИЦ Здоровья Детей в период с 2006

по 2019 год. Затем была составлена сводная таблица на основе которой при помощи непараметрических методов проводилась оценка результатов программе MS Access. Все участники исследования представляли собой детей в возрасте до 17 лет включительно.

Результаты. Доля детей с синдромом Альпорта и с СКФ < 90 мл/мин/м² составила 64% от всех участников исследования. Средний возраст дебюта гематурии у этих детей составил 1 год 4 мес. Средний возраст дебюта протеинурии — 4 года 6 мес.

Нейросенсорная тугоухость развилась у 28,6% детей с СКФ < 90 мл/мин/м². Средний возраст дебюта составил 12 лет.

Доля детей с синдромом Альпорта с СКФ не меньше 90 мл/мин/м² составила 36%. Средний возраст развития гематурии составил 3 года 11 мес, протеинурии — 6 лет 7 мес. Развития тугоухости в установленных временных рамках у этих детей не отмечалось.

На основании полученных результатов была выявлена следующая закономерность: чем меньше возраст дебюта лабораторных симптомов (а именно — протеинурии), тем раньше наблюдается снижение СКФ у этих детей (P < 0,05). И, наоборот, чем больше возраст дебюта, тем раннее снижение менее вероятно (P < 0,05).

Выводы. Таким образом, для предупреждения раннего снижения СКФ у детей с синдромом Альпорта, необходимо учитывать время появления основных лабораторных и клинических симптомов для проведения своевременной диагностики и начала соответствующей терапии. У детей, развивших ХБП, первые проявления заболевания отмечены достоверно раньше (наиболее ранний возраст дебюта составил 1 год 4 мес). Опираясь на эти данные, можно предположить, что начинать лечение ингибиторами АПФ нужно как можно более рано. Это в дальнейшем может замедлить темпы прогрессирования ХБП.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ У ДЕТЕЙ С СТЕРОИДЗАВИСИМЫМ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Курсова Т.С.

Научный руководитель:

Цыгин Алексей Николаевич, д.м.н., профессор.
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Введение. Идиопатический нефротический синдром (НС) — наиболее частая иммуноопосредованная форма гломерулярных болезней в детском возрасте. У подавляющего большинства детей идиопатический нефротический синдром первоначально является стероидчувствительным, однако в 40–60% случаев рецидивирует, а более чем 25% случаев рецидивирующего течения пациенты становятся стероидзависимыми. В настоящее время основным биологическим агентом, применяемым для лечения стероидзависимо-

го нефротического синдрома, является Ритуксимаб (РТМ).

Цель. Оценить эффективность терапии ритуксимабом детей с стероидзависимым нефротическим синдромом, а также возможные показатели для оценки состояния пациента после курса лечения.

Материалы и методы. Проанализировано 27 детей. Пациенты, вошедшие в группу, оставались стероидзависимы, несмотря на последовательное применение иммуносупрессивных препаратов, таких как Циклоспорин А (ЦсА), Такролимус, Мофетила микофенолат (ММФ) и имели симптомы стероидной токсичности. Группу пациентов составили 27 детей (15 мальчиков и 12 девочек) с медианой возраста дебюта заболевания 3,11 (диапазон 1,4–8,3) года.

К началу терапии РТМ, медиана длительности болезни составила 8 лет (диапазон 1,5–14,0 лет).

Все пациенты имели сохраненные функции почек и получали лечение Преднизолоном (у всех 27 детей), в сочетании с ЦсА — у 9, такролимусом — у 2, ЦсА и ММФ — у четверых пациентов, ММФ — у 17 пациентов.

Результаты. Краткосрочный период наблюдения после I курса ритуксимаба.

До начала терапии РТМ все пациенты выявляли зависимость от высоких доз преднизолона — медиана 40 мг/сут. У детей до начала терапии ухудшение почечной функции не обнаружено.

Спустя 6 месяцев после инициального лечения РТМ, ни у одного ребенка не отмечалось рецидивов НС.

По истечении 12 месяцев после I курса РТМ ни у одного ребенка также не было отмечено рецидивов болезни, все 27 (100%) пациентов оставались в ремиссии нефротического синдрома.

Спустя 6 месяцев и 12 месяцев после окончания I курса РТМ: терапия преднизолоном прекращена у 13 (48,15%) пациентов. У остальных, дозы преднизолона были значительно снижены. ЦсА отменен у 7 из 8 пациентов, получавших препарат к моменту начала терапии РТМ, у остальных пациентов дозы препарата были снижены.

Деплеция В-клеток:

Деплеция CD19–В-клеток (CD19 <1% от суммарного числа лимфоцитов) была достигнута через 7 дней после первой инфузии ритуксимаба у всех пациентов.

Спустя 6 месяцев после первого курса препарата деплеция CD19 сохранялась у 74,07% пациентов

Спустя 12 месяцев после первого курса РТМ пул CD19–В-клеток был восстановлен у 100% пациентов.

Изменение числа лейкоцитов:

Медиана до начала терапии 12,41 (диапазон от 6,22 до 23,62) 10^9 /л. Спустя 6 месяцев медиана 5,83 (диапазон от 2,85 до 10) 10^9 /л. Через 12 месяцев медиана 7,46 (диапазон от 5 до 12,43) 10^9 /л.

Лимфоциты до начала терапии медиана 3,68 (диапазон от 1,55 до 9,62) 10^9 /л, спустя 6 месяцев медиана 2,09 (диапазон от 0 до 5,96) 10^9 /л, через 12 месяцев медиана 2,8 (диапазон от 1,77 до 4,05) 10^9 /л.

Нейтрофилы до начала терапии медиана 5,27 (диапазон от 1,03 до 11,45) 10^9 /л, спустя 6 месяцев медиана 2,61 (диапазон от 0,8 до 6,88) 10^9 /л. Через 12 месяцев медиана 3,59 (диапазон от 2,14 до 6,72) 10^9 /л.

Изменение IgG:

До начала терапии медиана 4,39 (диапазон от 1,61 до 9,58) г/л, спустя 6 месяцев медиана 4 (диапазон от 2,3 до 9,54) г/л, через 12 месяцев медиана 4,1 (диапазон от 1,6 до 7,37) г/л.

Заключение. Ритуксимаб является эффективным и безопасным биологическим агентом, позволяющим эффективно снизить стероидную нагрузку у детей с стероидзависимым нефротическим синдромом. В отличие от других исследователей мы не обнаружили значимого снижения уровня IgG на фоне применения Ритуксимаба.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СТРУКТУРА И ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Кожевникова Т.О., Кужахметова А.В.

Научный руководитель:

Дорфман Инна Петровна, к.м.н, доцент

ФГБОУ ВО Астраханский Государственный
Медицинский Университет Минздрава России,
Астрахань, Россия

Введение. Ведущее место в структуре эндокринной патологии у детей и подростков в России занимают заболевания щитовидной железы, а большинство обращений к детским эндокринологам происходит по поводу диффузного зоба, вызванного дефицитом йода, который имеется на большей территории РФ. В связи с этим, фармакотерапия с целью профилактики или лечения играет важную роль при данных состояниях.

Цель. Проанализировать в возрастном аспекте структуру заболеваний щитовидной железы у детей; анализ фармакотерапии с учётом её рациональности и фармакоэкономический анализ профилактики и лечения заболеваний щитовидной железы на примере эутиреоидного зоба.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 420 амбулаторных карт детей от 0 до 18 лет. Для статистической обработки использовались критерии: Крускал-Уоллиса, Манна-Уитни. В работе использованы: данные с интернет-ресурса apteka.ru о стоимости препаратов; официальные инструкции к лекарственным препаратам по данным государственного реестра лекарственных средств (grls.rosminzdrav.ru).

Результаты. Структура заболеваний щитовидной железы в возрастном аспекте представлена следующим образом: от 0 до 3-х лет: размеры ЩЖ по возрасту 27,3% (6 из 22 детей); гипоплазия 9,1% (2 из 22 детей), гиперплазия 59,1% (13 из 22 детей), диффузно-узловой зоб 4,5% (1 из 22), от 3-х до 7ми лет: картина на УЗИ соответствует возрасту 34,6% (44 из 127); УЗИ ЩЖ в пределах нормы 35,7% (58 из 163 детей), гиперплазия 61,4% (78 из 127 детей), гипоплазия 2,4% (3 из 127 детей), от 7- до 12 лет: картина несколько неоднородной ЩЖ 2,4% (4 из 163); гиперплазия 52,7% (86 из 163 детей), гипоплазия 3,7% (6 из 163), диффузно-узловой зоб 4,9% (8 из 163); киста левой доли ЩЖ 0,6% (1 ребенок из 163), от 12 — до 17 лет: размеры ЩЖ по возрасту 40,7% (44 из 108), картина неоднородности на УЗИ ЩЖ 5,6% (6 из 108), гиперплазия 46,2% (50

из 108 детей), гипоплазия 3,7% (4 из 108), диффузно-узловой зоб 3,7% (4 из 108 детей). Учитывая наличие других заболеваний и патологию щитовидной железы как сопутствующую, проведена оценка взаимодействия назначенных препаратов. При оценке взаимодействий лекарственных препаратов значимых взаимодействий не было выявлено. Дозировка препарата назначалась согласно инструкции по медицинскому применению. Препарат, который был назначен независимо от характера изменения (гипоплазия, гиперплазия) — МНН: Калия йодид (Йодомарин). Во всех случаях уровни гормонов щитовидной железы были в пределах нормы, иногда — на верхней или нижней её границе, что как следует из этого не являлось противопоказанием к назначению. Второй частью работы стал фармакоэкономический анализ стоимости профилактики и лечения для детей в зависимости от возраста. Согласно инструкции по медицинскому применению, дозировка при профилактике зоба разделена на две возрастные группы: дети до 12 лет и старше 12 лет, при лечении — на три: новорожденные, дети и подростки, старше 12 лет. Минимальная стоимость лечения при курсе 6 месяцев — таблетки Калия йодид (Озон Россия) 139 руб., максимальная — таблетки Йодомарин (Берлин-Хеми АГ Германия) 237 руб.

Выводы. Возраст не является значимым критерием для предсказания заболеваний щитовидной железы. Структура заболеваемости одинакова во всех возрастных группах. В эндемичных областях рационально профилактическое применение препаратов йода, поскольку это помогает избежать таких осложнений эндемического зоба, как сдавление пищевода, кровоизлияния в паренхиму щитовидной железы, злокачественное перерождение.

ЭФФЕКТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ НАЧАЛА ТЕРАПИИ

Райкина Е.Н., Цей С.М.

Научный руководитель:

Статова Анастасия Васильевна, к.м.н., доцент
ФГБОУ ВПО Кубанский Государственный
Медицинский Университет Минздрава России,
Краснодар, Россия

Введение. Рост — это интегральный показатель состояния здоровья ребенка. Гипопитуитаризм (ГП) — эндокринное заболевание, связанное со снижением или отсутствием секреции соматотропного гормона (СТГ) аденогипофизом, приводящим к низкорослости. Своевременная диагностика и заместительная терапия позволяют медико-социально реабилитировать ребенка с гипопитуитарным нанизмом. ГП включен в «Семь высокозатратных нозологий», так как является заболеванием, требующим длительного дорогостоящего лечения.

Цель. Ретроспективный анализ эффективности лечения дефицита соматотропного гормона у детей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ антропометрических параметров пациентов

с дефицитом соматотропного гормона. В исследовательскую группу вошло 40 человек в возрасте от 15 до 33 лет, которые находились на лечении в эндокринологическом отделении ДККБ г. Краснодара по поводу гипопитуитарного нанизма и получали заместительную терапию. Учтены данные анамнеза заболевания, сроки начала терапии, скорости темпа роста, достижение социально приемлемого и прогностического роста.

Результаты. В исследовательскую группу вошло 40 человек, из которой большую часть составили мужчины — 75%, меньшую — женщины (25%). Возраст лиц на момент исследования распределился следующим образом: молодого возраста (до 35 лет) — 57,5%, подросткового (до 21 года) — 42,5%. Изолированный дефицит СТГ выявлен у 70% всех обследованных. Большую часть составили мужчины — 78,6%, меньшую — женщины (21,4%). У оставшихся 30% отмечен множественный дефицит гормонов аденогипофиза, также лица мужского пола преобладают над женским (66,7 % и 33,3% соответственно). Органическое поражение гипофиза было выявлено у 18 человек, что составило 45% от общего количества. При этом изолированный дефицит СТГ отмечен у 11 человек (61,1%), множественный — у 7 человек (38,9%). Этиологическим фактором органического изолированного дефицита СТГ являлись: синдром «пустого турецкого седла» (36,4%), гипоплазия гипофиза (27,2%), краниофарингиома (18,2%), эктопия нейрогипофиза (18,2%). Причиной множественного дефицита СТГ: синдром «пустого турецкого седла» (42,8%), краниофарингиома (28,6%), эктопия нейрогипофиза (14,3%), гипоплазия гипофиза (14,3%). Идиопатический гипопитуитарный нанизм выявлен у 55% обследованных. При этом изолированный дефицит СТГ встречается значимо чаще (77,3%), по сравнению с множественным (22,7%). При множественном дефиците СТГ было отмечено выпадение следующих функций: гормонов щитовидной железы, гормонов надпочечников и половых стероидов. В большинстве случаев при пангипопитуитаризме, помимо выпадения функции гормона роста, у 75% отмечен гипотиреоз, у 50% — гипогонадизм, у 42% — гипокортицизм. Используя данные о росте родителей, рассчитали средний прогностический рост ребенка: прогностического роста достигли 19 человек (47,5% пациентов): 12 мужчин (63,1%) и 7 женщин (36,9%); социально — приемлемого роста достигли 25 пациентов (62,5%) — 15 мужчин (60%) и 10 женщин (40%). При этом большинство пациентов отметили, что после терапии их социальная адаптация прошла успешно, проблем, связанных с ростом, они не имеют. У большинства детей терапия была начата в старшем школьном возрасте (47,5%), в младшем школьном возрасте — 35% детей, в дошкольном возрасте — 17,5%. При этом были отмечены следующие ростовые эффекты от лечения: дети, начавшие лечение в дошкольном возрасте, в 85,7% достигли прогностического роста и в 100% — социально — приемлемого роста; пациенты, начавшие терапию в младшем школьном возрасте, уже в 57,1% случаев достигли прогностического роста, 71,4% этих детей достигли социально — приемлемого роста; только 26,3% пациентов, которые начали лечение в старшем школьном возрасте, достигли прогностического роста, и лишь 42,1% из них — социально — приемлемого.

Выводы. Эффект от заместительной терапии рекомбинантным гормоном роста зависит от времени начала терапии гипофизарного нанизма: раннее начало приводит к достижению прогностического роста у таких больных в подавляющем большинстве случаев.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ В УСЛОВИЯХ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА, ПОСРЕДСТВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ ЙОДА И СЕЛЕНА

Демина А.С.

Научный руководитель:

Аверьянова Наталья Ивановна, д.м.н., профессор
ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.Вагнера
Минздрава России, Пермь, Россия

Введение. Йододефицитные состояния являются регионарной патологией во многих областях России. Йод — жизненно необходимый элемент, участвующий в продукции гормонов щитовидной железы тироксина и трийодтиронина. Эти гормоны принимают участие во всех обменных процессах, влияя на энергетический, углеводный, жировой обмен, иммунные механизмы, физическое, психическое и половое развитие. Наиболее уязвимыми для формирования негативных последствий дефицита йода являются дети. В школьном возрасте недостаток йода ведет к снижению памяти, внимания и других познавательных способностей, трудностям школьного обучения, проблемному поведению. Наш регион относится к дефицитным по содержанию йода в почве и воде.

Цель. Изучить сравнительную эффективность профилактики йододефицитных состояний посредством использования комплекса препаратов Йод-актив и Селен-актив и монотерапии препаратом Йодомарин 100.

Материалы и методы. На базе МУЗ «ДПП № 2» обследовано 25 детей в возрасте 13–14 лет с диагностированной лёгкой степенью йодного дефицита (медиана йодурии у них составила 53 мкг/л). Дети были разделены на 2 группы: первая группа — 15 человек, вторая группа — 10 человек. Детям первой группы был назначен препарат Йод-актив по 2 таблетки в день, что обеспечивало ежедневно 100 мкг йода, и Селен-актив по 1 таблетке в день, что обеспечивало 50 мкг селена ежедневно. Дети второй группы получали только препарат неорганического йода Йодомарин 100 один раз в день, что обеспечивало 100 мкг йода. Обе группы получали назначенные препараты в течение 5 месяцев. Всем, находящимся под наблюдением, дважды проведено ультразвуковое обследование щитовидной железы, исследование тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ), свободного тироксина (сТ4) и определение концентрации йода в разовых порциях утренней мочи до назначения препаратов и после окончания профилактики.

Результаты. В первой группе через 5 месяцев приема препаратов уровень ТТГ в сыворотке крови обследуемых детей снизился с $1,93 \pm 0,14$ мЕ/мл до $1,23 \pm 0,07$ мЕд/мл ($p < 0,05$), достоверных изменений сТ4 после назначения препаратов не произошло: в начале исследования уровень сТ4 составил $17,28 \pm 0,25$ нмоль/мл, после — $17,07 \pm 0,35$ нмоль/мл ($p > 0,05$), медиана йодурии выросла до 103 мкг/л. По данным УЗИ у 68% обследованных выявлено уменьшение размеров щитовидной железы и улучшение ее структуры. Во второй группе показатели ТТГ и сТ4 достоверно не изменились, но выросла медиана йодурии и составила 104 мкг/л, положительная динамика со стороны щитовидной железы выявлена только у 22,5%.

Выводы. Проведенное исследование свидетельствует о том, что при йододефиците у детей наиболее эффективно назначение комплекса препаратов Йод-актив и Селен-актив, чем монотерапия Йодомарином 100.

АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Марьина О.И.

Научный руководитель:

Макина Ольга Викторовна — доцент, кандидат медицинских наук

ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, Ярославль, Россия

Введение. В настоящее время сохраняется тенденция к росту аутоиммунных тиреопатий в детском и подростковом возрасте. Особенности клинической картины, обусловленные неспецифичностью проявлений заболевания, а в некоторых случаях бессимптомным длительным течением приводят к запоздалой диагностике.

Цель. Изучить распространенность и течение аутоиммунного тиреоидита (АИТ) среди детей и подростков.

Материалы и методы. Обследовано 55 детей (10 мальчиков и 45 девочек) на амбулаторном этапе в возрасте от 6 до 17 лет. Проведена оценка генеалогического анамнеза, физического развития детей, размеров и функции щитовидной железы, тиреоидного профиля. Статистическую обработку данных проводили с помощью статистического пакета Statistica 8.0 (StatSoft, Inc.).

Результаты. Распространенность АИТ у детей в Ярославской области 6,6%. При анализе данных АИТ достоверно чаще выявлен у девочек (82%). Средний возраст детей составил 13,4 года. Наследственный фактор по заболеваниям щитовидной железы (ЩЖ) и сахарному диабету (СД) обнаружен у 25,5% человек, у 3,6% рак ЩЖ. Достоверно чаще отслеживается отягощенная наследственность по материнской линии (85,2%). В 12,7% случаев АИТ сочетался с СД типа 1, что свидетельствует о формировании аутоиммунного полигландулярного синдрома (АПГС) 3А типа. В 1,8% наблюдалось сочетание с витилиго (АПГС 3С типа).

Большинство детей с АИТ имели нормальное физическое развитие (69%), дефицит массы 16,5% и избыточный вес 14,5%. При оценке размера ЩЖ (ВОЗ, 2001) у 65% детей зоба не обнаружено, в 33% — зоб 1 ст., в 2% — зоб 2 ст. По анализу тиреоидного профиля более половины детей с АИТ имели нарушение функции ЩЖ (51%), из них 16% субклинический гипотиреоз, 31% — гипотиреоз, 4% — гипертиреоз. Все дети с гипотиреозом получают заместительную терапию левотироксином, с гипертиреозом — тиамазол. Наблюдение детей с АИТ проводится на амбулаторном этапе с выполнением УЗИ ЩЖ и оценке показателей крови (ТТГ, св. Т4, АТ-ТПО) 1 раз в 6 мес.

Выводы. Выявлена высокая распространенность АИТ среди детей, преимущественно у девочек пубертатного периода, клинически протекающих с преобладанием субклинического гипотиреоза, требующего заместительной терапии левотироксином. Дети с АПГС требуют расширенной диагностики поражения других органов.

К ВОПРОСУ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ДО И ПОСЛЕ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА

Рябчикова М.В.

Научный руководитель:

Сахно Лариса Викторовна, к. м. н., доцент
ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Распространенность воспалительных заболеваний кишечника неуклонно увеличивается и составляет 5,1 на 100 000 населения, около одной трети пациентов заболевают в детском и подростковом возрасте.

Возникновение патологических состояний в более раннем возрасте, раннее формирование осложнений со стороны смежных органов и систем, длительная иммуносупрессивная терапия, повышение частоты случаев, требующих оперативных вмешательств, требуют пристального внимания со стороны учреждений первичной педиатрической помощи.

Цель. Определить влияние длительности заболевания болезнью Крона и применяемыми лекарственными препаратами для лечения ВЗК на общее соматическое здоровье пациентов.

Материалы и методы. Электронная анкета, содержащая 30 вопросов, которую заполнили 30 пациентов с диагнозом болезнь Крона (15—мальчиков, 15 — девочек), госпитализированных в отделение гастроэнтерологии клинической больницы СПбГПМУ.

Результаты. Все дети организованы. 50% детей из Санкт-Петербурга, половина — из других регионов России. Средний возраст на момент обследования — 14 лет (минимальный — 3 года, максимальный — 17 лет 9 месяцев). Средний возраст установления диагноза — 10 лет 6 месяцев. Физическое развитие детей ниже среднего у 20%, среднее у 63%, выше среднего у 17%. Прививка БЦЖ сделана у 99%, от гепатита В,

кори, паротита, эпид. паротита и краснухи у 90%, против дифтерии, коклюша, столбняка и полиомиелита у 87%, от гриппа у 73%, от пневмококковой инфекции у 50% и наименьшее число прививок от гемофильной палочки — 7%. Частота ОРВИ 4 и более раз до постановки диагноза составляет 37%, после постановки диагноза — 57%.

Разделили на две группы по 15 человек: 1 группа — длительность заболевания от 1 до 3 лет, 2 группа — длительность заболевания более 3 лет. В первой группе среднее физическое развитие у 100%. Во второй группе среднее физическое развитие у 27%, ниже среднего у 40%, среднее у 63%, выше среднего у 34%. У 40% детей из второй группы атопический дерматит, поллинозы, пищевая сенсibilизация к белку коровьего молока. Также в группе с большей длительностью заболевания частота ОРВИ 4 и более раз после постановки диагноза у 35% и наибольшее число обострений (3 и более раз в год) у 67% из 15 человек. По побочным эффектам при назначении иммуносупрессивной терапии различий в группах нет.

Наименьшее число обострений (1–2 раза в год) у детей с болезнью Крона, в терапию которых входят препараты, такие как инфликсимаб, хумира, метотрексат, больше обострений при лечении салофальком и азатиоприном.

Выводы. У большинства детей с болезнью Крона физическое развитие соответствует возрасту. Чем больше длительность заболевания, тем более дисгармоничное физическое развитие и отягощен аллергический анамнез.

После постановки диагноза ВЗК частота ОРВИ увеличивается, вероятно, ввиду длительности иммуносупрессивной терапии. Однако, при использовании препаратов инфликсимаб, хумира, метотрексат количество обострений в год меньше.

ИЗМЕНЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ У КРЫС ПРИ ВНУТРИПОРТАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ КРОТКОЦЕПЧОЧНОГО И ДЛИННОЦЕПЧОЧНОГО ГАСТРИНОВ

Ашуралиева М., Холикова Д., Назарова Г.,
Усманов С., Нишанбаев Р., Ахмедова Д.

Научный руководитель:

Мохигуль Азимжоновна Жураева, профессор
РАЕ, доцент кафедры ВОП 1, Андижанского государственного
медицинского института, Узбекистан

*Андижанский государственный медицинский
институт, Андижан, Узбекистан*

Введение. Физиологическое участие печени в утилизации условно разделенных на короткоцепочные пептиды, содержащие до 10 аминокислот и длинноцепочные содержащие более 10 аминокислот, оказывают влияние на регуляцию секреторной, моторной и нейромодулирующей функции пищеварительных желез.

Цель. Изучить у крыс секреторную и ферментовыделительную деятельности желудка при введении короткоцепочного пептида пентагастрина (Г-5), содержащего 5 аминокислот, и длинноцепочного пептида

гастрина (Г-17), содержащего 17 аминокислот, в портальную и периферическую вены.

Материалы и методы. Исследования проведены на 42 крысах в 6 сериях, по 7 острых экспериментов в каждой серии. Изучали изменение желудочной секреции в каждой серии по отдельности при введении в портальную вену 0,3 мл физиологического раствора, в портальную вену короткоцепочного пептида — пентагастрина (Г-5), в портальную вену длинноцепочный пептид — гастрин (Г-17), в периферическую вену 0,3 мл физиологического раствора, в периферическую вену — короткоцепочный пептид — пентагастрина (Г-5), в периферическую вену длинноцепочный пептид — гастрин (Г-17)

Результаты и их обсуждение. Результаты экспериментов на крысах показали, что объем выделяемого желудочного сока под влиянием Г-5, введенного в периферическую вену (в/в), было достоверно выше, чем после введения физиологического раствора. При этом под влиянием Г-17, введенного в периферическую вену (в/в), также объем выделяемого желудочного сока был достоверно выше, чем после введения физиологического раствора и незначительно выше, чем Г-5.

Выводы. У крыс при введении, как Г-5, так и Г-17 в периферическую вену, отмечалась значительная стимуляция желудочной секреции и ферментовыделения, тогда как при введении Г-5 в портальную вену все учитываемые показатели достоверно снижались, в тоже время при введении Г-17 в портальную вену учитываемые показатели существенно не изменялись. Это показывает, что печень утилизирует короткоцепочные пептиды гастрина, а длинноцепочные — нет, и тем самым участвует в пептидергических механизмах регуляции желудочных желез.

ИНДУКТОР АУТОИММУННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ

Нишанбаев Р.Б., Ашуралиева Н.Д., Холикова Д.С., Ашуралиева М.А.

Научный руководитель:

Мохигуль Азимжоновна Жураева, профессор РАЕ, доцент кафедры ВОП 1, Андиганский государственный медицинский институт, Узбекистан

Андиганский государственный медицинский институт, Андиган, Узбекистан

Введение. HBV инфекция, оказывает влияние на продукцию аутоантител и формирование аутоиммунных процессов. У лиц с выявленными HBV серологическими маркерами необходимо учитывать наличие аутоантител и концентрацию этих антител. Это позволит судить о степени выраженности аутоиммунного процесса, а также своевременно выявлять лиц с высоким риском к аутоиммунному заболеванию, имеющих субклиническое или переходное аутоиммунное состояние и своевременно лечить их, чтобы избежать осложнений.

Цель. Изучить выявляемость и концентрацию аутоантител в сыворотке крови у пациентов с HBV инфекцией у жителей Андиганской области.

Материал и методы. В иммунологической лаборатории НИЛ АГМИ обследованы 118 мужчин и женщин в возрасте от 20 до 70 лет, из которых у 42 серологические маркеры на HBV инфекцию были отрицательные и они были выделены в группу здоровых, 76 имели положительные серологические маркеры на HBV инфекцию. Концентрацию антител учитывали по оптической плотности (ОП — единицы измерения оптической плотности характеризуют уровень концентрации антител в единице объема) и выражали в условных показателях — ОП. Также у всех пациентов исследовали печеночные пробы аланиновая трансаминаза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), общий и прямой билирубин.

Результаты исследования: У больных хронической HBV инфекцией выявляемость серологических маркеров проявлялась в более высоких показателях, чем у лиц HBV постинфекцией. При этом чаще выявлялись серологические маркеры Anti-HBc IgG, Anti-HBc IgM и HBe — антиген, но в меньших значениях ОП, чем у лиц HBV постинфекцией. В тоже время выявляемость HBs-антигена была реже, чем у лиц HBV постинфекцией и в меньших показателях ОП. Показатели всех учитываемых печеночных проб были выше нормы. У этих же больных, чаще выявлялись учитываемые аутоантитела с более высокими показателями ОП по сравнению с группой HBV постинфекцией. Чаще отмечалась выявляемость аутоантител к РФ IgG, и IgM, с более высокими значениями ОП, чем у лиц с HBV постинфекцией. Чаще выявлялись антитела к двухцепочечной (ds) и одноцепочечной (ss) ДНК, и еще чаще — АТ-ТПО и АТ-ТГ, которые также были с более высокими значениями ОП, чем у лиц с HBV постинфекцией.

Выводы. Таким образом, HBV инфекция, оказывает влияние на продукцию аутоантител и формирование аутоиммунных процессов.

АУТОАНТИТЕЛА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ

Ашуралиева М.А., Холикова Д.С., Ашуралиева Н.Д., Нишанбаев Р.Б.

Научный руководитель:

Мохигуль Азимжоновна Жураева, профессор РАЕ, доцент кафедры ВОП 1 Андиганского государственного медицинского института.

Узбекистан

Андиганский государственный медицинский институт, Андиган, Узбекистан

Введение. Установлено, что как HBV, так и HCV инфекции, оказывают влияние на продукцию аутоантител и формирование аутоиммунных процессов. При этом, HCV инфекция в большей мере способствует образованию аутоантител.

Цель исследования. Определить роль HBV и HCV инфекций в развитии аутоиммунного процесса у пациентов с положительными маркерами гепатитов В и С.

Материал и методы. В иммунологической лаборатории НИЛ АГМИ обследованы 188 мужчин и женщин в возрасте от 20 до 70 лет. У всех обследованных в сыворотке крови методом ИФА (стандартные наборы ЗАО «Вектор–Бест», Россия) было проведено на HBV инфекцию определение: HBs–антигена, HBe — антигена, анти–HBs антитела, HBe IgG, HBc IgG, HBc IgM, и на HCV инфекцию — Anti–HCV total, Anti–HCV core IgG, Anti–HCV core IgM, Anti–HCV NS3, Anti–HCV NS4, Anti–HCV NS5, а также аутоантител к ревматоидному фактору (РФ IgG, IgM). Также у всех пациентов исследовали печеночные пробы: аланиновая трансаминаза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), общий и прямой билирубин.

Результаты. В результате проведенных исследований было установлено, что у лиц с HBV постинфекцией наиболее часто выявлялись серологические маркеры Anti–HBs и Anti–HBc IgG, которые были в высоких значениях ОП. При этом Anti–HBe IgG выявлялись значительно реже и с низкими значениями ОП. У лиц с HCV постинфекцией чаще выявлялись серологические маркеры Anti–HCV total и Anti–HCV core IgG, которые были в высоких значениях ОП, в сравнении с группой больных хронической HCV инфекцией. При этом выявляемость Anti–HCV NS4 и Anti–HCV NS5 была реже и не в высоких значениях ОП.

Вывод. Таким образом, как HBV, так и HCV инфекции, оказывают влияние на продукцию аутоантител и формирование аутоиммунных процессов. При этом, HCV инфекция в большей мере способствует образованию аутоантител.

ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ: ИССЛЕДОВАНИЕ ОДНОГО ЦЕНТРА

Прохоренкова М.О.^{1,2}, Бессонов Е.Е.¹, Ежова А.А.², Ковыгина К.А.², Потапов А.С.^{1,2}

Научный руководитель:

Потапов Александр Сергеевич, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник гастроэнтерологического отделения с гепатологической группой Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей Минздрава России, профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Минздрава России

ФГАУ Национальный медицинский исследовательский Центр Здоровья Детей Москва, Россия
ФГАУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

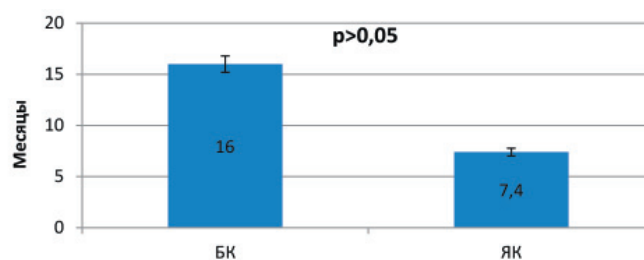
Цель. Постановка диагноза воспалительного заболевания кишечника (ВЗК) представляет значительные трудности из-за неспецифических симптомов, которые также могут быть связаны с другими гастроэнтерологическими заболеваниями. В то же время известно, что ранняя диагностика позволяет врачам начать лечение до осложнений и привести к более легкому течению заболевания. Целью исследования было оценить продолжительность болезни Крона (БК) и язвенного колита (ЯК) от первых проявлений заболевания до установления диагноза и начала терапии.

Материалы и методы. Мы ретроспективно изучили 320 историй болезни пациентов с ВЗК, которые наблюдались в Научном Центре Здоровья Детей с 1 января 2011 года по 30 апреля 2019 года. Пациенты с ВЗК были обнаружены с использованием установленной компьютеризированной локальной базы данных. В это исследование вошли дети от 0 до 18 лет с ЯК и БК в анамнезе. Истории болезни с неопределенным анамнезом (отсутствие дат, плохо описанные симптомы) в наше исследование включены не были. Статистическую значимость определяли с использованием критерия Стьюдента и критерия хи-квадрат Пирсона.

Результаты. Было отобрано 268 соответствующих историй болезни. Полученные данные были разделены на две группы: дети с БК (n = 132) и дети с ЯК (n = 136). Средняя продолжительность постановки диагноза во всей группе ВЗК составила 11,7 месяца: ЯК — 16 месяцев, БК — 7,4 месяца (р > 0,05) (график 1).

График 1.

Сравнение среднего времени диагностики болезни Крона и язвенного колита, мес.



Для сравнительной оценки времени между появлением первых симптомов болезни, постановкой диагноза и начала лечения пациентов были рассчитаны доли (Таблица 1). Только 56,7% детям с ВЗК был поставлен диагноз в первые 6 месяцев, тогда как 13,8% всех пациентов с ВЗК получили лечение через 2 года после проявления заболевания.

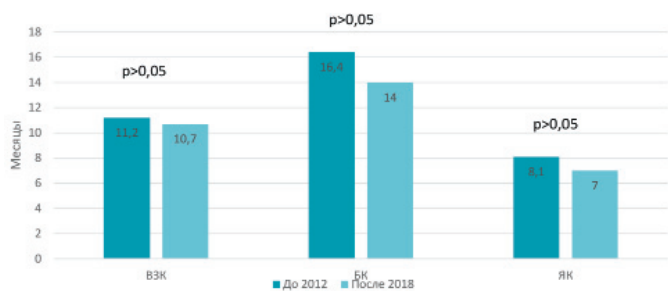
Помимо оценки среднего времени диагностирования ВЗК у детей, одной из наиболее важных задач было сравнить время, потраченное на по-

Таблица 1: Доля пациентов со средней продолжительностью установления диагноза, n (%)

	0–6 месяцев	7–12 месяцев	13–24 месяцев	>24 месяцев
ВЗК	152 (56,7%)	41 (15,3%)	38 (14,2%)	37 (13,8%)
БК	64 (48,48%)	17 (12,88%)	22 (16,67%)	29 (21,97%)
ЯК	88 (64,7%)	24 (17,6%)	16 (11,8%)	8 (5,9%)

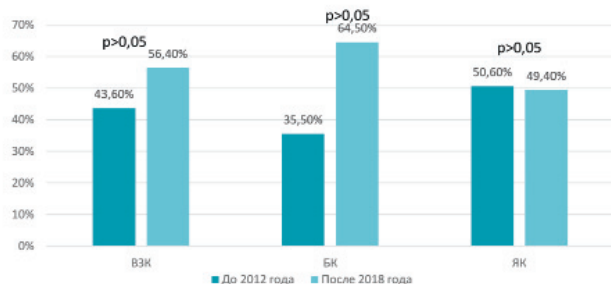
становку диагноза до 2012 года и после. Для сравнения все случаи были разделены на две группы: первая ($n = 72$) включала детей, которым диагноз был поставлен до декабря 2012 года, вторая ($n = 93$) — после января 2018 года. Результаты представлены в графике 2. С 2012 года наблюдается сокращение времени, затрачиваемое на установление диагноза.

График 2. Средняя длительность заболевания до установления диагноза, мес.



Важной частью нашего исследования было сравнить, время, необходимое для постановки диагноза в последние годы: после 1 января 2018 года ВЗК диагностируется быстрее, чем до 31 декабря 2012 года (график 3). Это более наглядно в группе пациентов с БК, у которых время между появлением симптомов и установлением диагноза уменьшилось почти вдвое. Скорее всего, это связано с разработкой различных методов диагностики. Более того, необходимые процедуры и лабораторные анализы, которые раньше не использовались из-за высокой стоимости, теперь стали более доступными, и это облегчает установление диагноза в разных частях России.

График 3. Сравнение времени установления диагноза в первые шесть месяцев от начала заболевания в разные годы, %



Заключение. Проблема диагностики ВЗК актуальна и в настоящее время. Своевременная диагностика является важной частью ранней постановки диагноза. Это ретроспективное исследование показывает, что время между появлением симптомов и установлением диагноза заметно уменьшилось. Это можно объяснить разработкой различных методов диагностики, которые помогают врачам поставить диагноз вовремя. Хотя статистическая значимость выявлена не была, возможно, с увеличением выборки пациентов она будет расти.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА БЛОКАТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Илларионов А.С.

Научные руководители:

Потапов Александр Сергеевич, д.м.н., профессор
Петричук Светлана Валентиновна, д.б.н., профессор
ФГАУ Национальный медицинский
исследовательский Центр Здоровья Детей Москва,
Россия

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский университет),
Москва, Россия

Введение. Болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК) — это хронические воспалительные заболевания кишечника (ВЗК). В 8–25% случаев ВЗК диагностируются в детском возрасте. Комбинация генетической предрасположенности, микробных факторов и восприимчивости иммунной системы приводит к aberrантному воспалительному иммунному ответу. Увеличение содержания провоспалительных цитокинов, в основном фактора некроза опухоли-альфа (ФНО- α , ФНО), в слизистой кишечника у пациентов с ВЗК послужило основанием для включения блокаторов ФНО инфликсимаб (ИНФ), адалимумаб (АДА) в схему лечения БК и ЯК. Для лечения детей, больных ВЗК, в Российской Федерации применяются: при БК ИНФ и АДА, при ЯК — ИНФ, а также в особых случаях, по разрешению врачебной комиссии — АДА. Предикторами рецидива ВЗК являются повышенные активности маркеров воспаления (количество лейкоцитов, С-реактивный белок, фекальный кальпротектин) и отсутствие заживления слизистой оболочки по данным колоноскопии. Однако прогностическая ценность таких факторов у детей недостаточно высока. Учитывая изменчивость фармакокинетики блокаторов ФНО, необходим мониторинг терапевтического (остаточного) уровня лекарственного средства (ТЛМ). Использование ТЛМ во время анти-ФНО-терапии улучшает клинические результаты терапии и позволяет пролонгировать состояние ремиссии. Кроме того, ТЛМ полезен при оценке неудовлетворительного ответа на анти-ФНО для определения причины потери ответа и решения вопроса о коррекции терапии или перехода на другой биологический препарат.

Цель. Оценить эффективность применения ТЛМ у детей с ВЗК в реальной клинической практике описательным методом.

Материалы и методы. Ретроспективно были проанализированы истории болезни 10 детей (сплошная выборка) с ВЗК (7 детей с ЯК, 3 — с БК) возрастом на момент контрольного 2 анализа 4–17 лет ($Me=11$ лет), наблюдающихся в гастроэнтерологическом отделении с гепатологической группой НМИЦ здоровья детей и получающих анти-ФНО с момента начала применения ТЛМ за период с 2019 по 2020 г. Критерии включения: всем пациентам непосредственно после

индукции и/или в поддерживающую фазу лечения было проведено как минимум 2 анализа остаточного уровня блокатора ФНО в сыворотке крови перед очередным плановым введением, при этом результаты первого анализа учитывались при решении вопроса о дальнейшей тактике ведения, а результаты второго анализа оценивали в последующие госпитализации с целью оценки предыдущей коррекции терапии. ТЛМ проводился с использованием экспресс-тестов BÜHLMANN Quantum Blue[®] Infliximab и Adalimumab. Референсные значения для остаточных уровней ИНФ: 3–7 мкг/мл, АДА — 5–12 мкг/мл, при этом целевой терапевтический уровень в обоих случаях был >5 мкг/мл.

Результаты. У 1 ребенка остаточные уровни препарата были ниже целевого терапевтического значения при 1 и 2 анализах, несмотря на повышение дозы и сокращение интервала после 1 анализа, что потребовало терапии системными стероидами. У 1 ребенка был адекватный остаточный уровень при 1 и 2 анализах, что позволило оставить прежние интервал и дозу, но, на момент 2 анализа была недостаточная эффективность, вследствие чего была повышена доза. При 1 анализе у 1 ребенка уровень был ниже должного, повышение дозы привело к ремиссии на фоне адекватного уровня при 2 анализе. У 2 детей на фоне адекватного уровня при 1 и 2 анализах была недостаточная эффективность, что потребовало подключения топических стероидов. Адекватный остаточный уровень при 1 и 2 анализах на фоне ремиссии заболевания были у 2 детей, что позволило не корректировать терапию. У 3 детей неопределяемый уровень препарата в крови и отсутствие ремиссии при 1 анализе потребовал переключения на другой анти-ФНО препарат, при этом при 2 анализе наблюдались адекватный остаточный уровень (второго блокатора ФНО) и клиническая эффективность.

Выводы. Дети с ВЗК требуют динамического ТЛМ в различные фазы лечения, учитывая частую первичную неэффективность анти-ФНО терапии, а также снижение эффективности или потерю ответа на блокатор ФНО.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Богданова А.В., Зарандия Г.К., Лебедев Г.А.,
Магомедов Д.Э., Сергеев Р.А.

Научный руководитель:

Юсуфов Акиф Арифович, д. м. н., зав. кафедрой
лучевой диагностики

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский
университет Минздрава России, Тверь, Россия*

Введение. В настоящее время существует проблема своевременной диагностики патологии ВЖП. В данной работе представлена методика УЗИ печеночно-двенадцатиперстной связки (ПДПС), которая является эффективным методом ранней диагностики кист холедоха, позволяющая достоверно визуализировать ВЖП у детей во всех возрастных группах.

Цель. Установить возрастные нормативы и выявить характерные эхографические симптомы патологии внепеченочных желчных протоков (ВЖП) у детей.

Материалы и методы. Комплексное УЗИ органов брюшной полости выполнено 120 пациентам без патологии печени и желчевыводящих путей в возрасте от 0 до 18 лет и 8 пациентам с кистой ВЖП в возрасте от 1 года до 17 лет, находившихся на лечении в ГБУЗ ДОКБ г. Твери с 2009 г по 2020 г.

Результаты. УЗИ ПДПС начинают с визуализации головки поджелудочной железы в поперечном сечении, в задне-латеральных отделах которой визуализируется изображение панкреатической части холедоха в виде «кольца» с плотными стенками. Затем датчик медленно поворачивают примерно на 45°, параллельно реберной дуге, при этом выводя на монитор изображение холедоха на максимально возможном протяжении. В этом скане визуализировали ретро- и супрадуоденальные части холедоха, иногда и общий печеночный проток. Ориентирами для расположения холедоха служат: воротная вена, печеночная артерия. Используя вышеописанные методики в детской практике, можно практически в 100% случаев визуализировать внепеченочные желчные протоки. По нашим данным во всех возрастных группах диаметр пузырного и общего печеночного протока не превышает 1,0–2,0 мм. Внутренний диаметр общего желчного протока составил: от 0 до 1 года — 0,625±0,156 мм, от 1 до 3 лет — 1,05±0,225 мм, от 4 до 7 лет — 1,544±0,294 мм, от 8 до 12 лет — 1,922±0,114 мм, от 13 до 17 лет — 2,29±0,228 мм.

В ходе анализа данных ультразвукового исследования 8 пациентов с кистой холедоха получены следующие результаты. Расширение (до 6,6 мм) общего желчного протока на всем протяжении у 3 пациентов (37,5%) — киста холедоха I тип по Todani. Кистозное расширение проксимальной части общего желчного протока у 2 детей (25%) — киста холедоха I B тип по Todani. Кистозное расширение дистальной части общего желчного протока у 1 (12,5%) — киста холедоха I B тип по Todani. Расширение общего желчного протока до 21,0 мм и долевых протоков до 10,0 мм у 1 (12,5%) — киста холедоха IV A типа по Todani. Расширение общего желчного протока по типу дивертикула (25,7*18,7*18,3 мм) у 1 (12,5%) — киста холедоха II тип по Todani.

Выводы. Таким образом, УЗИ печеночно-двенадцатиперстной связки по предложенной методике является эффективным методом ранней диагностики кист холедоха у детей всех возрастов. Исследование целесообразно начать с визуализации изображения панкреатической части холедоха, основными ориентирами для его поиска являются печеночная артерия и воротная вена печени. Основными УЗ-признаками кисты внепеченочных желчных протоков у детей является аномальное расширение их просвета.

РАЗРАБОТКА БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИИ

К БЕЛКУ КОРОВЬЕГО МОЛОКА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Борисов Р.О., Папчук А.Е., Колесникова Е.А.,
Панферова А.А.

Научный руководитель:

Приходченко Нелли Григорьевна, к.м.н., доцент
Зернова Екатерина Сергеевна, к.м.н.

ФГБОУ ВО Тихоокеанский государственный
медицинский университет Минздрава России,
Владивосток, Россия

Введение. В настоящее время пищевая аллергия (ПА) к белку коровьего молока (БКМ) занимает одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости детей раннего возраста, и является актуальной проблемой в педиатрической практике. Сенсibilизация к БКМ и развитие ПА к БКМ запускает программу «атопический марш», что обуславливает необходимость разработки профилактических программ, направленных на ее предупреждение. Важным аспектом при этом является понимание роли и значения влияния различных факторов, а также оценка их прогностической значимости. В настоящий момент генетическая предрасположенность к развитию пищевой аллергии является неоспоримой. Внешние факторы при этом оказывают доказанное влияние на реализацию генетической предрасположенности, но и способны существенно изменить эту программу, особенно в раннем детском возрасте. Следует отметить, что использование даже самых информативных методов лабораторной диагностики не представляет достоверной информации о состоянии здоровья на этапе предболезни. Для совершенствования профилактических мероприятий в педиатрической практике необходимо более широкое использование неинвазивных диагностических методов. Разработка шкалы балльной оценки определения групп высокого риска и своевременного проведения им профилактических мероприятий имеет большое теоретическое и практическое значение.

Цель. Определить прогностическую ценность генетических и негенетических факторов риска ПА к БКМ у детей и разработать балльную шкалу для оценки риска ее развития.

Материалы и методы. Была разработана анкета-опросник, содержащая основные факторы, оказывающие влияние на организм ребенка первого года жизни в антенатальном и постнатальном периоде. Проведено анкетирование родителей детей раннего возраста в «Центре детского здоровья» (гл. врач к.м.н. Баранова О.Б.). Основную группу составили 50 детей с подтвержденным диагнозом ПА к белкам коровьего молока, контрольную группу составило 50 здоровых детей без аллергических заболеваний в анамнезе. Статистическая обработка материала была проведена с определением атрибутивного риска (АР) и отношения шансов (odds ratio, OR), проведением корреляционного анализа с определением коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты. Наиболее прогностически значимыми факторами риска при расчете OR в антенатальном периоде явились: необходимость применения меди-

каментозной (2,08) и антибактериальной (2,0) терапии, хроническая патология желудочно-кишечного тракта у матери (1,97), гестоз II-й половины беременности (2,0), плацентарная недостаточность (2,07). Прогностически значимыми постнатальными факторами риска развития АБКМ являлись: патологическое течение родов, оперативное родоразрешение (путем операции кесарево сечение), введение прикорма до 4 месяцев, позднее прикладывание к груди, смешанное/искусственное вскармливание в долактационный период в роддоме, крупный плод — масса тела при рождении более 4 кг. Для разработки шкалы балльной оценки мы использовали метод ранговой корреляции Спирмена (S), для каждого признака мы вычисляли значение с помощью пакета прикладных программ Statistica 13.3. Если величина данного коэффициента была большей, чем 0,3, то влияние признака признавалось значимым на наличие заболевания. Была составлена таблица, включающая балльную оценку изученных факторов риска, которые были ранжированы в соответствии с их информативностью и сопряженностью. Максимальная сумма баллов 38. Анализ результатов тестирования анализируемых групп установило высокую чувствительность (78,9 %), высокую специфичность (76,4 %) данной шкалы.

Выводы. Таким образом, ПА к БКМ является заболеванием, вызванным сложным взаимодействием генетических и негенетических факторов, воздействующих в антенатальный и постнатальный период. Использование шкалы балльной оценки позволит выделять группы высокого риска по развитию ПА и своевременно проводить профилактические мероприятия.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ У ДЕТЕЙ

Маланичева К.В., Никитина А.И.

Научные руководители:

Корсунский Анатолий Александрович, д.м.н.,
профессор

Смирнова Галина Ивановна, д.м.н., профессор
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Введение. Рост аллергических болезней у детей стал глобальной проблемой во всем мире, поэтому необходима эффективная стратегия лечения аллергических заболеваний для предотвращения их прогрессирования. Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) — патогенетический метод лечения аллергических болезней путём введения лечебных аллергенов в возрастающих дозах для уменьшения чувствительности к причинно-значимому аллергену. АСИТ является единственным методом, способствующим развитию клинической и иммунной толерантности к аллергенам. АСИТ предотвращает прогрессирование забо-

левание, снижает вероятность формирования новой сенсибилизации к другим аллергенам, дает длительный клинический эффект и улучшает качество жизни пациентов. Раннее применение АСИТ предупреждает атопический марш и развитие бронхиальной астмы. Аллергический ринит (АР) относится к числу распространенных форм аллергической патологии у детей, он существенно влияет на качество жизни и когнитивные функции, нарушает сон и повседневную физическую активность больных. АР — это IgE-обусловленное воспалительное заболевание слизистой оболочки носа, клинически проявляющееся ринореей, зудом, чиханием и заложенностью носа. Частота симптомов АР в России составляет 18–38%, при этом ни один из лекарственных препаратов, применяемых для облегчения симптомов АР, не может изменить реакцию растущего организма на аллерген.

Цель. Определить эффективность сублингвальной АСИТ аллергического ринита у детей.

Материалы и методы. Обследовано 40 детей с АР в возрасте от 3 до 17 лет, из них 40% больных были в возрасте от 3 до 7 лет и 60% — в возрасте от 7 до 16 лет на базе консультативно-диагностической поликлиники ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского. У всех больных был проведен анализ данных анамнеза, аллергологического обследования и динамики клинических симптомов. 16 больным АР проводилась сублингвальная АСИТ стандартизованными препаратами аллергенов пыльцы березы и домашней пыли. Эффективность АСИТ оценивалась как отличная, хорошая, удовлетворительная, неудовлетворительная через 1, 2 и 3 года лечения по динамике симптомов заболевания и изменений потребности в антигистаминных препаратах, интраназальных глюкокортикостероидах (ГКС).

Результаты. У обследованных больных АР была выявлена наследственная отягощенность по аллергическим болезням 80%, причем у 25% пациентов у обоих родителей, у 25% детей — только по линии отца и у 50% — только по линии матери. Из них на искусственном вскармливании находились 32%, а на смешанном 20% детей. У всех больных установлены следующие формы сопутствующей патологии: частые ОРЗ (48%) — без обструкции — 16%, с обструкцией — 32%; нарушения микробиоты кишечника — 38%; атопический дерматит на 1 году жизни — 52%, бронхиальная астма — 8%. При аллергологическом обследовании больных выявлена аллергия к пищевым — 80%, пыльцевым — 68%, бытовым — 45%, эпидермальным — 28% и грибковым — 20% аллергенам. Для проведения АСИТ был определен наиболее значимый аллерген для каждого больного АР и назначена терапия сублингвально с аллергенами пыльцы березы — 12 детей (75%), с аллергенами домашней пыли — 2 ребенка (12,5%), с аллергенами пыльцы березы + аллергенами домашней пыли — 2 ребенка (12,5%). В первый год лечения АР у детей эффективность АСИТ составила: отлично — 25%, хорошо — 50%, удовлетворительно 25%; на 2 году: отлично — 40%, хорошо — 48%, удовлетворительно — 12%; на 3 году: отлично — 75%, хорошо — 25%, как на пыльцу березы, на домашнюю пыль, так и на совместный прием (береза+домашняя пыль).

Выводы. Сублингвальная АСИТ при АР у детей — самый эффективный метод, обеспечивающий длительную клиническую ремиссию, предотвращает прогрессирование заболевания, уменьшает потребность в лекарствах (как базисной терапии, так и средств скорой помощи) и значительно улучшает качество жизни пациентов.

ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Мухаметшина Г.И.

Научный руководитель:

Левчук Лариса Васильевна, д.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России,

Екатеринбург, Россия

Введение. Бронхиальная астма (БА) является мультифакторным заболеванием, в основе которого лежит хроническое аллергическое воспаление бронхов с гиперреактивностью дыхательных путей. Выделение отдельных фенотипов БА на основе учета патобиологических характеристик и выявления биомаркеров необходимо для разработки индивидуального подхода к тактике лечения. Астма, ассоциированная с ожирением, характеризуется более тяжелым течением, снижением контроля над заболеванием. Вырабатываемые адипоцитами провоспалительные цитокины и медиаторы (ФНО- α , ИЛ-6, лептин, фактор хемотаксиса моноцитов) усиливают воспалительные изменения в стенке бронхов, усугубляя механизм обструкции. С ростом в популяции числа детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением, наблюдается увеличение количества больных БА с данным фенотипом.

Цель исследования. Выявить особенности течения бронхиальной астмы у детей с ожирением.

Материалы и методы. Проведено обследование 89 детей с БА в возрасте $10,7 \pm 4,8$ лет (от 4 до 17 лет).

Основную группу составили больные с атопической БА и ожирением (SDS ИМТ/возраст $> +2$) в количестве 41 человек. Группу сравнения составили 48 детей с БА без ожирения ($-2 < \text{SDS ИМТ/возраст} < +2$). Исследование проводилось на базе пульмонологического отделения МАУ ДГКБ № 9 г. Екатеринбурга. Средний возраст больных основной группы составил $10,0 \pm 3,9$ лет, группы сравнения — $11,4 \pm 4,1$ лет, в обеих группах преобладали мальчики (73,2% и 64,6%, соответственно). У всех детей проанализированы данные анамнеза, результаты объективного исследования, показатели спирометрии, пробы с сальбутамолом и физической нагрузкой. Оценка физического развития проводилась по международным стандартам ВОЗ (программа ANTHRO PLUS 1.0.4). Для статистической обработки использован пакет прикладных программ Statistica 10.0.

Результаты. Анализ клинических данных и результатов инструментальных исследований выявил особенности течения бронхиальной астмы у детей с ожирением. Отягощенный акушерско-гинекологиче-

ский анамнез достоверно чаще встречался у матерей пациентов основной группы (44% и 23%, $p=0,035$); оперативное родоразрешение — в 47,5 % и 16,6%, соответственно ($p=0,010$). Ранний перевод на искусственное вскармливание отмечен у 75% детей с ожирением и 43,3% пациентов группы сравнения ($p=0,020$) У пациентов основной группы БА реже имела легкое течение (4,0% и 14,5%, соответственно). Количество обострений заболевания за год в основной группе и группе сравнения оказалось одинаковым ($4,27 \pm 3,01$ и $3,76 \pm 3,58$, соответственно). Анализ результатов спирометрии показал, что у пациентов с ожирением достоверно чаще отмечается снижение бронхиальной проходимости на уровне средних и мелких бронхов ($p=0,012$). При изучении объемных показателей спирометрии в основной группе выявлено более выраженное снижение показателя ФЖЕЛ ($82,2 \pm 13,9$ л и $90,4 \pm 17,2$ л, соответственно, $p=0,028$). Скоростные показатели спирометрии (ОФВ₁, МОС₂₅, МОС₅₀) были снижены у пациентов как основной группы, так и группы сравнения. Сочетание БА с ожирением сопровождалось достоверным снижением показателя пиковой объемной скорости (ПОС) — ($76,4 \pm 23,4\%$ и $89,5 \pm 27,1\%$, $p=0,002$).

Выводы. Бронхиальная астма в сочетании с ожирением протекает тяжелее, чаще отмечается неблагоприятное течение раннего периода онтогенеза, заболевание характеризуется более выраженными нарушениями функции внешнего дыхания. Терапевтическая тактика в отношении пациентов с данным фенотипом бронхиальной астмы должна разрабатываться индивидуально и включать помимо базисной терапии, мероприятия, направленные на нормализацию их нутритивного статуса.

РЕНТГЕН НЕГАТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Суровцева Д.А.

Научный руководитель:

Царькова Софья Анатольевна, д.м.н., профессор
ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Екатеринбург, Россия

Введение. «Золотым стандартом» диагностики пневмонии является рентгенография органов грудной клетки. Однако чувствительность метода рентгенографии органов грудной клетки варьируется от 32% до 77,7%. По данным зарубежной литературы, рентген негативные пневмонии у взрослых встречаются в 25–30% случаях. Типичные рентгенологические признаки пневмонии могут отсутствовать при дегидратации, нейтропении, ранней стадии заболевания и пневмонии, вызванной атипичной флорой.

Цель. Определить обоснованность диагноза внебольничная пневмония у детей раннего возраста без признаков визуализации по данным рентгенографии органов грудной клетки.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное описательное исследование по данным историй болезни на базе МАУ ДГКБ №11 г. Екатеринбург. Проанализированы истории болезни 20 детей с рентген негативной пневмонией (9 мальчиков и 11 девочек). Средний возраст детей составил $1,7 \pm 0,2$ лет (от 6 мес. до 3,5 лет), среди них 17-ти детям клинически установлен диагноз средне-тяжелая внебольничная пневмония (1-я группа) и 3-м пациентам — тяжелая пневмония (2-я группа).

Таблица 1. Комплексный анализ клинических данных детей с бронхиальной астмой абс. (%)

Показатели	Основная группа	Группа сравнения	P
	n=41	n=48	
<i>Степень тяжести бронхиальной астмы</i>			
тяжелая	2 (4,9)	2 (4,2)	0,87
средняя	39 (90,2)	39 (81,2)	0,23
легкая	2 (4,9)	7 (14,6)	0,09
Количество обострений в год	$4,27 \pm 3,01$	$3,76 \pm 3,58$	0,47
<i>Снижение проходимости бронхов</i>			
крупные	12 (29,2)	13 (27,0)	0,82
средние	2 (4,9)	0 (0)	0,12
мелкие	5 (12,2)	5 (10,4)	0,79
<i>Результаты пробы с сальбутамолом</i>			
положительная	7 (17,0)	12 (25,0)	0,35
отрицательная	31 (75,6)	36 (75,0)	0,94
<i>Результаты пробы с физической нагрузкой</i>			
положительная	2 (4,8)	0 (0)	0,1
отрицательная	14 (34,1)	17 (35,4)	0,89

Результаты. Около половины детей 1-й группы (41%, $n=7$) и 2 ребенка из 2-й группы были госпитализированы на 1–2 сутки от начала болезни, 35% ($n=6$) — на 3–4 сутки заболевания, после 5 суток госпитализировано 24% ($n=4$) пациентов 1-й группы и один ребенок из 2-й группы. Различия уровня температуры тела на момент госпитализации в сравниваемых группах были статистически не значимы (соответственно $38,2^{\circ}\text{C}\pm 0,2^{\circ}\text{C}$ и $37,9^{\circ}\text{C}\pm 0,5^{\circ}\text{C}$ ($p>0,05$)). У всех детей отмечались жалобы на малопродуктивный кашель, одышку и слабость, которые чаще встречались у детей 2-й группы (одышка и слабость 66%, $n=2$, малопродуктивный кашель 100%, $n=3$), а жалобы на заложенность носа регистрировались исключительно у пациентов 1-й группы. У детей 1-й группы средний уровень С-реактивного белка составил $43,71 \pm 9,3$ мг/л, у 53% ($n=9$) пациентов он достигал 50 мг/л, у 41% ($n=7$) 50 мг/л – 100 мг/л, только у одного ребенка он был равен 157 мг/л, что по данным литературы, является высокоспецифичным маркером пневмонии. У всех 3-х детей 2-й группы уровень СРБ достигал 50 мг/л. Известно, что клинически пневмония характеризуется лихорадкой выше 38°C более трех дней, интоксикационным синдромом и продуктивным кашлем. Среди физикальных данных, значимыми для диагноза пневмонии являются ослабленное или бронхиальное дыхание, крепитация или мелкопузырчатые влажные локальные хрипы, бронхофония. Лейкоцитоз при пневмонии достигает $15 \times 10^9/\text{л}$ и более, СРБ превышает уровень 60 мг/л. Все указанные клинико-лабораторные параметры были зарегистрированы только у одного пациента 1-й группы, 4 критерия отмечалось у 5 пациентов из 1-й группы, и у одного больного из 2-й группы.

Выводы. На основании клинико-лабораторного анализа с высокой вероятностью можно предположить наличие внебольничной пневмонии лишь у 35% ($n=7$) детей, имеющих негативную рентгенологическую картину. Соответственно, у 65% ($n=13$) с учетом клинико-лабораторных данных, вероятнее всего, имеет место гипердиагностика пневмонии, так как эти признаки достаточно неспецифичны и характерны для любой респираторной патологии. Ни в одной из историй болезни не были зафиксированы признаки дегидратации, нейтропении, ранней стадии заболевания и пневмонии, вызванной атипичной флорой, что объясняло бы рентген негативный результат исследования. Таким образом, при рентгегенегативных результатах исследования у больных с подозрением на пневмонию рекомендуется повторить рентгенографию органов грудной клетки, а у детей, имеющих тяжелое течение, выполнить компьютерную томографию легких.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА СИНТЕЗ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Дятлова А.А.

Научный руководитель:

Долбня Светлана Викторовна, к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Ставропольский Государственный
медицинский Университет Минздрава России,
Ставрополь, Россия

Введение. Муковисцидоз (МВ) — это одно из наиболее распространенных орфанных заболеваний. Хроническая инфекция нижних дыхательных путей является ключевым признаком у больных МВ, определяющим продолжительность и качество жизни. Иммунотропные эффекты витамина D, в том числе синтез антимикробных пептидов (АМП) — HNP 1–3 (α -1–3–дефензин) и LL–37 (кателицидин), связаны с его стимулирующим действием на большинство клеток иммунной системы через мембранный рецептор (VDR).

Цель. Определить зависимость продукции АМП от степени обеспеченности витамином D у детей с МВ в Ставропольском крае.

Материалы и методы. В исследование были включены 20 детей (10 мальчиков и 10 девочек) с МВ в возрасте до 18 лет. Исследование проводили в феврале–марте 2018 г. Всем пациентам определяли уровень кальцидиола (25(OH)D) в сыворотке крови и оценивали его в соответствии с рекомендациями Международного эндокринологического общества. Уровень АМП (HNP 1–3 и LL–37) в плазме крови определяли иммуноферментным методом с помощью наборов Hycult biotech.

Статистический анализ результатов исследования проводили с использованием пакета программ AtteStat, STATISTICA v.10.0.

Результаты. Медиана возраста обследуемых составила 8,4 [3,8–12,8] лет. При оценке обеспеченности кальцидиолом выявлено, что медиана 25(OH)D у обследуемых составила 8,3 [6,1–20,1] нг/мл. Нормальный уровень 25(OH)D отмечался у 2 (10,0%), недостаточность — у 4 (20,0%), дефицит — у 3 (15,0%) и тяжелый дефицит — у 11 (55,0%) детей.

Медиана уровня HNP 1–3 у исследуемых составила 3835,4 [3178,6–4876,4] пг/мл, медиана LL–37 — 41,8 [34,6–56,2] нг/мл.

Анализ полученных данных показал, что медиана уровня HNP 1–3 составила 2992,6 [2955,5–3674,3] пг/мл у детей в возрасте от 0 до 3 лет, 4182,4 [3352,1–8619,1] пг/мл — от 4 до 7 лет, 4467,5 [4021,3–6004,2] пг/мл — от 8 до 12 лет и 3835,35 [3389,2–4095,6] пг/мл в возрастной группе от 13 до 18 лет ($p>0,05$). Медиана уровня LL–37 составила 42,3 [30,9–59,3] нг/мл в группе от 0 до 3 лет, 45,5 [40,1–51,1] нг/мл — от 4 до 7 лет, 39,5 [25,7–41,9] нг/мл — от 8 до 12 лет и 77,4 [55,8–80,1] — от 13 до 18 лет ($p>0,05$).

При анализе антропометрических данных обнаружено, что медиана HNP 1–3 составила 6413,2 [5136,7–7131,9] пг/мл у пациентов с z-score ИМТ от –4 до –2; 3748,6 [3327,3–3748,6] пг/мл — от –2 до –1; 3649,5 [2992,6–3661,9] пг/мл — от –1 до +1, причем разница при сравнении группы детей с легкой и группы детей со среднетяжелой и тяжелой белково-энергетической недостаточностью (БЭН) была достоверна ($p<0,05$). Достоверных различий между уровнем LL–37 в группах пациентов с различным z-score ИМТ выявлено не было.

При последующем анализе выявлено, что у пациентов с уровнем 25(OH)D <10 нг/мл медиана HNP 1–3 составила 4170,0 [3649,5–4764,9] пг/мл, с уровнем 25(OH)D от 10 до 20 нг/мл — 3699,1 [3166,2–5012,8] пг/мл, с уровнем 25(OH)D >20 нг/мл — 3005,0 [2918,3–

2992,6] пг/мл ($p > 0,05$). Медиана уровня LL-37 составила 41,9 [38,5–49,9] нг/мл у пациентов с уровнем 25(OH)D < 10 нг/мл, 35,5 [25,3–43,3] нг/мл — от 10 до 20 нг/мл, 59,3 [24,05–45,1] нг/мл — > 20 нг/мл ($p > 0,05$). Достоверной корреляционной связи между уровнем 25(OH)D и концентрацией АМП не выявлено.

Оценка уровня АМП у детей с МВ, имеющих хроническую *Ps. aeruginosa* инфекцию показала, что медиана уровня HNP 1–3 у инфицированных детей составила 4393,1 [3748,6–6004,2] пг/мл, у неинфицированных — 3661,9 [3029,8–4269,1] пг/мл. Медиана уровня LL-37 у инфицированных детей составила 51,45 [37,4–59,3] нг/мл, у неинфицированных — 41,7 [33,6–51,0] нг/мл ($p > 0,05$).

Выводы. Уровень 25(OH)D был снижен у 90% обследованных детей. Выявлена тенденция к увеличению уровня АМП у пациентов с МВ с возрастом, в соответствии со степенью нарастания инфицированности верхних и нижних дыхательных путей. Имеется тенденция к увеличению уровня LL-37 с повышением уровня 25(OH)D. Имеется тенденция к увеличению уровня LL-37 и HNP 1–3, имеющих хроническую инфекцию *Ps. aeruginosa*. Уровень HNP 1–3 достоверно выше у детей с МВ, имеющих тяжелую и среднетяжелую БЭН.

БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Соколов И., Симонова О.И., Поляков С.Д.,
Буркина Н.И.

Научный руководитель:

Симонова О.И., д.м.н., профессор

ФГАУ Национальный медицинский исследовательский
Центр Здоровья Детей Москва, Россия

Введение. Муковисцидоз (МВ) является орфанным заболеванием, не только в России, но и в мире.

Многочисленными исследованиями установлено, что улучшение нутритивного статуса у больных МВ закономерно ассоциируется с уменьшением частоты бронхо-легочных обострений, улучшением дыхательной функции, увеличением продолжительности жизни и снижением затрат на медикаментозное лечение (Yen EH, Hebe Q, Borowitz D. et al., 2013).

Цель. Провести интегральную оценку состава тела детей с МВ с помощью метода биоимпедансометрии.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе ФГАУ «НМИЦ Здоровья Детей» Минздрава РФ в пульмонологическом отделении. В исследование включены 112 детей с установленным диагнозом Муковисцидоз (МВ), в возрасте от 3 до 16 лет, 60 девочек и 72 мальчика. У 35 из них общее состояние оценено как среднетяжелое, 77 детей — общее состояние тяжелое. Всем детям проводилась интегральная оценка состава тела методом биоимпедансометрий аппаратом ABC-01 Медасс.

Результаты. Индекс массы тела у 13 детей (11,6%) был выше нормы, у 58 (51,7%) — средний показатель, а у 40 (35,7%) — ниже нормы.

«Тощая масса тела» (кг.) — данный параметр включает в себе анализ всех видов тканей, кроме жировой.

У 47 детей (41,9%) данный показатель находился в пределах возрастной нормы, у 65 (58%) — был ниже возрастных показателей, что свидетельствует о низком уровне мышечной массы пациента с МВ.

«Активная клеточная масса тела» (кг.) — свидетельствует об уровне белковых компонентов питания. По результатам исследования у 50 детей (45%) соответствовал среднему показателю, у 62 (55%) — ниже среднего уровня, что доказывает о недостаточности или несбалансированности рациона питания у большинства детей с МВ.

Уровень «скелетно-мышечной массы» (кг.) — показатель, который используется для характеристики общего физического развития. Отмечено, что у 19 (17%) детей ниже нормы, у 60 (53%) — уровень показателя находился в пределах нормы, а у 33 (30%) — выше нормы. Это были дети с МВ, которые практикуют активный образ жизни: спортивные занятия, регулярная кинезиотарпия.

«Фазовый угол» (градус) — отражает состояния клеток организма, их общую работоспособность и интенсивность обмена веществ. У 61 (54%) ребенка он находился в пределах нормы (25–75 перцентили), у 47 (42%) — данный показатель был резко снижен (< 25 перцентил), и только у 4 (4%) — он был выше 90 перцентил. Это были дети с тяжелым течением основного заболевания, но которые активно занимаются различными видами спорта.

Выводы. Результаты обследования детей с МВ методом биоимпедансометрии доказывают, что использование данного метода для оценки состава тела у этих пациентов дает возможность не только оценить состояние больного МВ на клеточном уровне, но и его работоспособность, и доказывает важность активного образа жизни и физических тренировок для всех больных детей с МВ.

ЗНАЧЕНИЕ БОДИПЛЕТИЗМОГРАФИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Быстрова С.Г.

Научный руководитель:

Симонова О.И., д.м.н., профессор, зав. пульмонологическим отделением

ФГАУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

ФГАУ Национальный медицинский исследовательский
Центр Здоровья Детей Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Муковисцидоз (МВ) — аутосомно-рецессивное моногенное наследственное заболевание, характеризующееся поражением всех экзокринных желёз, что приводит к нарушениям функций жизненно важных органов и систем. От тяжести поражения, прежде всего органов дыхания, во многом зависит прогноз при МВ. Традиционно для исследования функции внешнего дыхания (ФВД) применяются спи-

рометрия (СПМ). Бодиплетизмография (БПГ) у детей с МВ, по данным литературы, практически не используется. При этом только БПГ позволяет определить внутригрудной объем легких (ВГО), функциональную остаточную емкость легких (ФОЕ), остаточный объем легких (ООЛ), общую емкость легких (ОЕЛ), а также бронхиальное сопротивление (БС). Основными показателями СПМ являются объем форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ₁), индекс Тиффно (ИТ). Форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ) можно оценить с помощью БПГ и СПМ. Известно, что в некоторых случаях при нормальных показателях СПМ, не исключаются скрытые обструктивные, рестриктивные или смешанные нарушения дыхания. По литературным данным у больных МВ детей БС нарастает с увеличением степени тяжести заболевания (даже умеренное повышение БС приводит к существенной гиперинфляции легких), показатели ООЛ и ВГО так же резко повышаются при тяжелом течении МВ, что является неблагоприятным прогностическим признаком.

Цель. Оценить информативность метода бодиплетизмографии в диагностике функциональных нарушений у детей с муковисцидозом

Материалы и методы. Ретроспективно сплошным методом были отобраны и проанализированы 56 историй болезни у 19 детей с МВ, проходивших неоднократно лечение в пульмонологическом отделении НМИЦ, в возрасте 6–17 лет (Me=13,63) за период 2018–2019гг. Отдельно оценивалось количество обострений в год (min=0, max=5, Me=2). Детям, включенным в исследование, в каждую госпитализацию параллельно были сделаны спирометрия и бодиплетизмография. Статистический анализ проводился описательным методом, а также путем расчета показателей вариационного ряда, коэффициента корреляции Пирсона (r) и вероятности (p-уровня значимости) с помощью пакета программ STATISTICA 6.0.

Результаты. По данным бодиплетизмографии у 9 (47%) пациентов отмечалось повышение ВГО, у 8 (42%) — ООЛ, у 4 (21%) — значительное или резкое. У 7 (37%) больных при нормальных показателях ФЖЕЛ (>80%D), ОФВ₁ (>81%D) и ИТ при СПМ было отмечено повышение ООЛ (204±17,4%D), ВГО (146,4±4,7%D) и ОЕЛ (135,6±4%D) по данным БПГ. Выявлена более сильная корреляционная связь показателя ФЖЕЛ (41–133%D) при БПГ (r= -0,523) с частотой обострений в год (0–5) по сравнению с ФЖЕЛ (28–114%D), оцененную методом СПМ (r= -0,353), при высокой силе связи этих показателей между собой (r= 0,834). Аналогично, с индексом массы тела детей (12–23,6 кг/м²) показатели ФЖЕЛ по данным БПГ и СПМ коррелировали с r = 0,51 и 0,28 соответственно. Также средняя сила корреляционной связи с частотой обострений отмечена у показателей ООЛ (50–366%D) и БС (65–551%D) при БПГ, r = 0,513 и 0,516 соответственно, что было сравнимо (по модулю, ввиду разно направленности связи) с таковой для ОФВ₁ (25–120%D) при СПМ — r = -0,543 (p<0,01).

Выводы. У детей с муковисцидозом метод бодиплетизмографии является более чувствительным в сравнении со спирометрией. Несмотря на нормальные показатели спирометрии, при бодиплетизмографии могут быть выявлены значимые отклонения от

нормы, до появления клинических симптомов обострения, подтверждающие начало нарушений респираторной функции. Бодиплетизмография дает возможность оценить скрытые признаки обострения, своевременно начинать терапию и контролировать ее эффективность. Бодиплетизмографию необходимо проводить наряду со спирометрией для более полной оценки нарушений функции внешнего дыхания у детей с муковисцидозом.

ДИАГНОСТИКА РАННЕГО НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Лябина Н.В.

Научный руководитель:

Симонова Ольга Игоревна, д.м.н., профессор
ФГАУ Национальный медицинский исследовательский
центр Здоровья детей Минздрава России, Москва

Введение. Нарушение углеводного обмена (НУО) у детей с муковисцидозом (МВ) часто диагностируется поздно — на стадии сахарного диабета, который является одним из самых грозных и опасных осложнений этого заболевания.

Цель. Оценить эффективность различных методов исследования при НУО у детей с МВ.

Материалы и методы. В ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в пульмонологическом отделении было обследовано 106 детей с МВ (43 — тяжелое течение, 63 — течение средней тяжести), возраст 3–18 лет. Из них было выбрано 27 (25,5%) — с повышенными показателями гликированного гемоглобина (HbA1c) и глюкозы крови натощак. Дополнительно обследование включало: молекулярно-генетическое исследование гена MBTP, оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ), непрерывное суточное мониторирование глюкозы (НСМГ) с помощью аппарата Guardian Real-Time.

Результаты. Из 27 детей НУО выявлено у 9 (33,3%) в возрасте 3–10 лет, 11–17 лет — у 18 (66,7%); у 16 — 59,3% в тяжелом состоянии и 11 — 40,7% в средне-тяжелом. У 21 (77,8%) — выявлена мутация F508del (11 — в гомозиготном состоянии, 10 — в компаунде с MBTP del121, W1282X, G542x, p.W1310X, Q378Afs*4, 2184insA, N1303K и 1 неизвестная мутация).

Изолированно высокий уровень глюкозы натощак выявлен у 11 (40,7%) детей, при этом среднее значение глюкозы = 5,9±0,49 ммоль/л. 9 детей (33,3%) были с повышенным HbA1c (6,3±0,31%). У 7 (26%) пациентов одновременно были повышены HbA1c (6,7±0,42%) и глюкоза натощак (6,24±0,82 ммоль/л).

ОГТТ был проведен 16-ти больным: у 6-ти выявлен муковисцидоз-ассоциированный сахарный диабет (МЗСД). Однако по данным НСМГ у 3-х из них были единичные подъемы гликемии выше 11 ммоль/л, связанные со злоупотреблением легкоусвояемых углеводов. Нарушение толерантности к глюкозе было отмечено у 5-ти как по ОГТТ, так и по НСМГ. У других 5-ти детей НУО не отмечено по ОГТТ, однако, у 3-х из них эти нарушения были обнаружены по данным НСМГ.

Выводы.

1. По рекомендациям Европейского консенсуса (2018) и Национального консенсуса по муковисцидозу (2019) рекомендовано проводить оральный глюкозотолерантный тест больным МВ с 10 лет. Однако нарушения углеводного обмена могут быть зафиксированы и в более раннем возрасте (начиная с 3-х лет).
2. Для раннего выявления нарушений углеводного обмена и верификации диагноза МЗСД, необходимо проводить обследование в комплексе: 1. глюкоза натощак + 2. HbA1c + 3. ОГТТ + 4. НСМГ.
3. Нарушение углеводного обмена чаще обнаруживается у детей с «тяжелой» мутацией 2 класса — F508del в гомо- и гетерозиготном положении.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП БЕЗ ЭПИЛЕПСИИ

Ниёзов Г.К., Игамова С.С.

Научный руководитель:

Джурабекова Азиза Тахировна, д.м.н., профессор
Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Особое место среди сопутствующей патологии при ДЦП занимает эпилепсия. Появление эпилептических приступов прогностический неблагоприятный фактор при ДЦП. Становится невозможным проведение практически всех мероприятий, улучшающих двигательные и психические функции, таких как электропроцедуры и применение ноотропных препаратов. С другой стороны, высокая настроенность по эпилепсии у детей с ДЦП часто приводит к гипердиагностике эпилепсии у данной группы детей, что в свою очередь ведет к необоснованному назначению противоэпилептического лечения и прекращению выполнения реабилитационных мероприятий. Особое значение приобретают прогностические факторы развития эпилепсии, важнейшим из которых является электроэнцефалография (ЭЭГ).

Цель. Изучить клинико-неврологические особенности ДЦП с эпилепсией и без эпилепсии.

Материалы и методы. В соответствии с определением детского церебрального паралича критерием включения в исследование стали стойкие нарушения двигательных функций, наличие эпилепсии на момент включения в обследование (23 ребёнка). Оценку степени тяжести двигательных нарушений проводили с применением классификационной системы оценки двигательных функций (Gross motor functional classification system GMFCS). Инструментальные методы исследования: ЭЭГ-обследование, нейровизуализационное исследование, магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты. При анализе групп детей выявлена достоверная взаимосвязь между наличием на ЭЭГ эпилептиформной активности (ЭА) и тяжестью двигательного и когнитивного статусов. Так, закономерность в виде постепенного увеличения частоты регистрации ЭА с нарастанием ограничения двигатель-

ной активности выявлена только при спастических диплегиях или тетраплегиях. Наличие у детей с ДЦП более тяжелых двигательных и психических нарушений можно отнести к факторам риска появления ЭА. Результаты указывают на достоверность того, что эпилептиформная активность, появляющаяся у детей с ДЦП старше 2 лет, не связана со структурными повреждениями головного мозга. У детей с гиперкинетической и атонически-астатической формами ДЦП частота выявления ЭА также была ниже, чем у детей с двусторонними спастическими формами. Все остальные неспецифические патологические изменения на ЭЭГ, такие как патологическая медленно волновая активность, отсутствие альфа-ритма или замедление основной активности не обладали достоверной корреляцией с тяжестью двигательного статуса детей. Анализ корреляции между преобладанием повышения тонуса мышц с одной из сторон на 1 балл и более по шкале Ashworth и латерализации патологических данных ЭЭГ или нейровизуализации не выявил достоверной взаимосвязи. Частота развития эпилепсии в группе детей с ЭА составила 17,4%, что достоверно превышает данные по частоте развития эпилепсии у детей с ДЦП при отсутствии ЭА. Фокальные приступы были выявлены у 52,2% детей и носили характер фокальных моторных (гемифациальных и гемиклонических) или приступов по клиническим характеристикам относящихся к фокальным затылочным (с пароксизмальной головной болью, рвотой и вегетативными компонентами). Анализ когнитивных нарушений, несмотря на выявление тенденции к увеличению их тяжести у детей с эпилепсией достоверной взаимосвязи между этими двумя признаками не выявил.

Выводы. Наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ коморбидно с тяжестью двигательного статуса, но ее появление не влияет на выраженность двигательных когнитивных нарушений. Эпилепсия имеет доброкачественное течение.

ХАРАКТЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ЛОБНОЙ И ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Равшанов О., Исанова Ш.Т., Шмырина К.В.

Научный руководитель:

Джурабекова Азиза Тахировна, д.м.н., профессор
Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение: Медицинская и социальная значимость различных аспектов педиатрической эпилептологии обусловлена высокой распространенностью патологии с тенденцией к повышению, за счет симптоматических форм. Наличие эпилептических приступов обуславливает развитие девиантных форм поведения, ведет к социально-психической дезадаптации и инвалидизации больных. У детей лобные и височные пароксизмы имеют сходство, и это указывает на то, что клиническая дифференциация в зависимости от локализации иктогенной активности чаще все-

го невозможна. Аффективный компонент припадков встречается одинаково часто при обеих локализациях эпилепсии. Проведение анализа клинико-нейрофизиологических характеристик групп детей с лобной и височной эпилепсией необходимо с целью выявления диагностических критериев дифференциации двух форм эпилепсии.

Цель. Изучить особенности ЭЭГ при лобной и височной эпилепсии у детей.

Материалы и методы. На базе детского неврологического отделения 1 — Клиники СамМИ обследовано 20 детей с лобной эпилепсией и 20 детей с височной эпилепсией. Помимо рутинной ЭЭГ всем пациентам проводился длительный видео-ЭЭГ-мониторинг, продолжительность проведения которого варьировала 3–72 часов, в зависимости от успешности регистрации характерных для детей приступов.

Результаты. Как в группе детей с лобной, так и в группе с височной эпилепсией частота криптогенных и симптоматических форм была сопоставима, идиопатические приступы в обеих группах не наблюдались. У детей с лобной эпилепсией достоверно чаще в дебюте заболевания отмечались вторично-генерализованные приступы, в то время как у детей с височной эпилепсией в начале преобладали инфантильные. При наличии лобной эпилепсии пароксизмы достоверно отличались более высокой частотой и более длительной продолжительностью. Стандартом оценки правильности интерпретации выявленных при видео-ЭЭГ мониторинге изменений является сопоставление локализации эпилептогенной активности по данным ВЭМ с данными нейровизуализационных исследований. В клинической картине пароксизмов при лобной эпилепсии у детей выявлялись следующие достоверные различия: наличие миоклонического компонента, наличие вокализмов вербального и невербального характера, наличие в ЭЭГ феномена вторичной билатеральной синхронизации. При пароксизмах височного происхождения более часто отмечались версивный компонент, наличие автоматизмов, чаще ороалиментарных, наличие рвоты (в небольшой частоте в 10% случаев, в то время как при приступах лобной локализации рвота не отмечалась), и у четверти детей (25%) приступы протекали на фоне сохранного сознания. Кроме того, у детей с височной эпилепсией достоверно чаще регистрировались мультифокальные эпилептиформные изменения.

Выводы. проведение видео-ЭЭГ мониторинга позволяет с большой долей достоверности разграничить группу детей с лобной эпилепсией от группы детей с генерализованной эпилепсией, а в рамках фокальных эпилепсий от групп детей с формами другой локализации.

ДЕТСКИЙ АУТИЗМ В СВЕТЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Нурмухамедова Диёрахон Мухамад Гамальевна

Научный руководитель:

Маджидова Ёкутхон Набиевна, д.м.н., профессор

Ташкентский Педиатрический Медицинский
Институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Аутизм — одно из тех тяжелых заболеваний, которое кроме утраты психического здоровья, имеет ряд социально неблагоприятных последствий. Актуальность и фиксация внимания на данной теме обусловлена ежегодным ростом показателей первичной и общей заболеваемости, осложненными формами клинического течения, трудностями ранней диагностики и постановки диагноза аутизма и других расстройств аутистического спектра, высоким уровнем инвалидности. По статистике аутизмом в мире страдает более 10 млн. человек. Несколько десятков лет назад на 10 000 жителей приходился один аутист. Каждый год их становится на 11–17% больше.

Цель. Изучить спектр возможных неврологических расстройств у детей, страдающих аутизмом.

Материалы и методы. Были проанализированы амбулаторные карты детей, находящихся на диспансерном учете в поликлиниках по месту жительства с диагнозом ранний детский аутизм. Всего было изучено психосоматическое и неврологическое состояние у 28 детей.

Результаты. В круг изучаемых симптомов мы отнесли замедленное психомоторное развитие и раннее нарушение гармонически поведенческих особенностей (73%), вялость и однообразность психомоторных реакций, повышенную возбудимость (86%), дисбаланс между сенсорным восприятием и анализом событий, координационно динамический диссонанс (76%), дефицит развития речи и артикуляции (65%). У детей с аутизмом также регистрировались расстройства сна (диссомнии, инсомнии, сомнолонгия, сомнамбулизм, ночные кошмары), что отмечено у 54%. На основании вышеизложенного мы можем предположить, что перечисленный симптомокомплекс может служить следствием высокой частоты субклинических форм поражения центральной нервной системы в перинатальном периоде, что в дальнейшем служит толчковым моментом для развития последующих патологических расстройств центральной нервной системы.

Выводы. В процессе ретроспективного изучения клинического материала детей с признаками раннего аутизма, необходимо обращать внимание не только на основные клинические проявления, но и на сопутствующие психоневрологические нарушения, что диктует необходимость своевременной медикаментозной коррекции и реабилитации.

ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Беридзе Р.М., Конюшенко А.А.

Научные руководители:

Скуратова Наталья Александровна, к.м.н., доцент

Ивкина Светлана Степановна, к.м.н., доцент

Гомельский государственный медицинский
университет, Гомель, Республика Беларусь

Введение. Выделяют следующие виды тревожности: общая тревожность (ОТ), школьная тревожность

(ШТ), самооценочная тревожность (СТ), межличностная тревожность (МЛТ), магическая тревожность (МТ). С точки зрения этиопатогенеза, актуальным является определение уровня тревожности у детей с риском возникновения стрессогенных заболеваний.

Цель. Изучить типы и уровни тревожности у детей с различной соматической патологией.

Материалы и методы. На базе учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» было обследовано 76 детей в возрасте от 8 до 17 лет.

При исследовании тревожности использовались 2 шкалы личностной тревожности Прихожан (для детей до 13 и с 13 лет). Каждый ребенок оценил уровень тревожности по 40 ситуациям из жизни. При статистической обработке результатов использовался критерий метод хи-квадрат (χ^2). Достоверным являлось значение $p \leq 0,05$.

Результаты. Кардиологическое отделение ($n=17$): 35% — повышенная ШТ, 65% — нормальная (N). При изучении СТ: 18% — повышенный уровень, 82% — N. МЛТ: 6% — повышенный, 94% — N. МТ: 12% — повышенный, 88% — N. ОТ: 6% — повышенный, 94% — N.

Неврологическое отделение ($n=13$): 23% — повышенная ШТ, 77% — N. СТ: 15% — повышенный уровень, 85% — N. МЛТ: 15% — повышенный, 85% — N. МТ: 31% — повышенный, 69% — N. ОТ: 8% — повышенный, 92% — N.

Гастроэнтерологическое отделение ($n=16$): 19% — повышенная ШТ, 81% — N. СТ: 6% — повышенный уровень, 94% — N. МЛТ: 6% — повышенный, 94% — N. МТ: 13% — повышенный, 87% — N. ОТ: 13% детей — повышенный, 87% — N.

Нефрологическое отделение ($n=16$): 13% — повышенная ШТ, 87% — N. СТ: 100% — нормальный. МЛТ: 100% — N. МТ: 100% — N. ОТ: 100% — N.

Инфекционное отделение ($n=14$): 14% — повышенная ШТ, 86% — N. СТ: 7% — повышенный уровень, 93% — N. МЛТ: 7% — повышенный, 93% — N. МТ: 100% — N. ОТ: 7% — повышенный, 93% — N.

При анализе таблиц сопряженности не выявлено достоверных различий в частоте встречаемости ШТ, СТ, МЛТ, ОТ у детей ($p > 0,05$), однако установлены значимые различия у детей по частоте встречаемости МТ ($\chi^2 = 11,5$, $p = 0,055$).

Выводы.

1. Большинство детей состояние тревожности не свойственно, однако среди всех типов тревожности чаще всего преобладает школьная и межличностная;
2. Повышение уровня тревожности требует разработки индивидуальных программ лечения с участием врача, школьного психолога и психотерапевта.

ТАКТИКА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СПИНАЛЬНО-МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА НА УЧАСТКЕ

Раимова Ю.А., Куфелкина А.А.

Научный руководитель:

Волгина Светлана Яковлевна, д.м.н., профессор
ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский
университет Минздрава России, Казань, Россия

Введение. Спинальная мышечная атрофия (СМА) — генетическое нервно-мышечное заболевание, которое наследуется по аутосомно-рецессивному типу, сопровождается дегенерацией мотонейронов спинного мозга и возникает с рождения до зрелого возраста. Около 2% пораженных людей имеют вариант *de novo*. В России зарегистрировано 932 человека с установленным диагнозом СМА, из них 26 проживает в Республике Татарстан.

Цель. Разработать алгоритм ранней диагностики СМА.

Материалы и методы. Обследовано 26 пациентов (4 человека со СМА I типа, 16 человек со СМА II типа, 6 человек со СМА III типа) с установленным диагнозом СМА с периода новорожденности до 18 лет. Проанализированы анамнестические характеристики, данные объективного осмотра детей, изучены результаты клинических, лабораторно-инструментальных методов исследований. Для обработки данных применялись статистические методы с оценкой критерия Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты. Установлено, что причинами первичных обращений достоверно чаще выступали жалобы на отставание детей в нервно-психическом развитии (НПР). Пациенты с дебютом заболевания от 6 до 18 месяцев имели задержку развития моторных навыков, прогрессирующую мышечную гипотонию, снижение или утрату глубоких сухожильных рефлексов, при этом их психическое развитие не страдало. Следует подчеркнуть, что в течение всего периода беременности отмечались слабые шевеления плода (92%). По данным опроса родителей: во всех 26 случаях на первичном приеме врачом-педиатром не проводилась оценка глубоких сухожильных рефлексов. В качестве предварительного диагноза устанавливались следующие заболевания: миопатия Дюшенна, натальная травма пояснично-крестцового отдела спинного мозга, задержка НПР. При объективном осмотре у всех детей регистрировалась гипо-/арефлексия, генерализованная прогрессирующая гипотония с контрактурами чаще коленных и голеностопных суставов (80%), выраженный сколиоз (70%). Поражения бульбарных мотонейронов, проявлявшиеся как вялое сосание, проблемы с глотанием, фасцикуляции языка, определялись у 20% детей разного возраста. Положительный симптом Говерса выявлялся у 23% детей. Сопутствующими заболеваниями являлись рецидивирующие респираторные инфекции. По данным электромиографии наблюдалось снижение нервных импульсов в мышцах проксимальных отделов конечностей. Уровень креатинфосфокиназы был в норме у 90% пациентов.

Выводы. СМА является сложно диагностируемым и мало освещенным заболеванием среди педиатров первичного звена из-за схожести ранних клинических проявлений с другими заболеваниями. Разработанный алгоритм значительно ускорит диагностику СМА, что позволит начать раннее лечение и осуществить реабилитацию пациентов с участием смежных специалистов (пульмонологов, неврологов, ортопедов).

ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЕ ОБУЧЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Райкина Е.Л., Цей С.М.

Научный руководитель:

Статова Анастасия Васильевна, к.м.н., доцент
ФГБОУ ВПО Кубанский Государственный
Медицинский Университет Минздрава России,
Краснодар, Россия

Введение. Ожирение рассматривают как хроническое рецидивирующее заболевание, связанное с развитием множества осложнений. В России доля людей с диагнозом «ожирение» составляет 1,3% населения. Большинство пациентов не в состоянии самостоятельно поддерживать свой режим и следовать всем правилам рационального питания, поэтому столь высока роль функционирующей в ГБУЗ ДККБ совместно с кафедрой педиатрии №2 ФГБОУ ВПО КубГМУ «Школы по коррекции и профилактике ожирения у детей» (далее — Школа).

Цель. Оценка значимости контроля со стороны врача при лечении ожирения у детей с использованием обучающих технологий.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ антропометрических параметров 101 ребенка в возрасте от 7 до 18 лет с избыточной массой тела и ожирением, прошедших обучение в Школе. Эта группа детей наблюдалась на протяжении 6 месяцев. Оценка результативности лечения проведена через 2 года после обучения в Школе в условиях отсутствия контроля со стороны врача.

Результаты. Было выявлено, что у 31% детей избыток массы тела, у 37% — ожирение 1 степени, у 22% — ожирение 2 степени, у 6% — ожирение 3 степени, у 4% — ожирение 4 степени. В процессе обучения в Школе и динамического наблюдения выявлено: в среднем потеря веса в неделю составляла 480 г, в месяц — 1200 г. Показатели снижения массы тела у девушек были эффективнее, чем у юношей (400 г у юношей и 570 г у девушек в неделю, 1080 г и 1380 г — в месяц соответственно). Через 6 месяцев положительный результат был отмечен у 82%. Вдвое сократилось число детей со 2-й и 3-й степенями ожирения. Через 2 года после обучения: у 25% — избыточная масса тела, у 33% — ожирение 1 степени, у 26% — ожирение 2 степени, у 16% — ожирение 3 степени, 4 степени — не отмечено. В ходе опроса большинство родителей признались, что без контроля врачей Школы их дети не могут следить за своим режимом, самостоятельно мотивировать себя на ограничения в питании, модифицировать двигательную нагрузку.

Выводы. Эффективность обучающей программы на фоне контроля со стороны врача отмечена у 82% детей. В условиях отсутствия динамического наблюдения и комплексного подхода к лечению ожирения у детей выявлена отрицательная динамика: большинство детей вернулись к исходным антропометрическим параметрам.

ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Сахabetдинов Б.А.

Научный руководитель:

Самороднова Елена Анатольевна к.м.н., доцент
кафедры пропедевтики детских болезней и
факультетской педиатрии
ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский
университет Минздрава России, Казань, Россия

Введение. Энергетические напитки, благодаря агрессивной рекламе, приобретают все большую популярность у детей и подростков, однако в настоящее время отсутствуют сведения о безопасности употребления подобных тонизирующих продуктов школьниками. Учитывая высокое содержание в них кофеина, сахара существует потенциальный риск развития патологии желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и нервной систем, поведенческих нарушений особенно при систематическом употреблении.

Цель. Изучить объем потребления и оценить влияние употребления безалкогольных энергетических напитков детьми и подростками в возрасте с 12 до 18 лет.

Материалы и методы. Проведен опрос 45 детей школьного возраста по вопросам употребления кофеинсодержащих энергетических напитков, проанализированы их клинико-anamnestические данные, сведения о состоянии здоровья, проведена оценка функциональных показателей сердечнососудистой системы.

Результаты. Было опрошено 45 детей и подростков в возрасте с 12 до 18 лет, из них 55,6% — девочки; 44,4% — мальчики. Возрастная структура была представлена следующими возрастными группами: 17 лет (31,1%), 16 лет (13,3%), 15 лет (20%), 14 лет (8,9%), 13 лет (13,3%), 12 лет (8,9%), 11 лет (4,5%). При анализе срока приобщения к потреблению кофеинсодержащих энергетиков оказалось, что более трети респондентов (37,8%) впервые попробовали их в 11–12 лет, 40% — в возрасте 13–14 лет. Таким образом, на момент исследования стаж постоянного употребления составил более 2-х лет у 36,4% подростков, от 1 до 2 лет — 20% и лишь 6% респондентов не пробовали подобные напитки ранее или употребляли их менее 3 месяцев. Объем потребления энергетиков существенно варьировал, так 7% опрошенных отмечали ежедневное употребление, 15,9% — 2–3 раза в неделю, 13,6% — 1 раз в неделю, 63,8% — 1 раз в месяц. В большинстве случаев (88,9%), разовая доза составляла 500 мл (1 банка), а у 11,1% — до 1000 мл. Мотивацией к употреблению энергетических напитков по данным опроса являются у 46,6% опрошенных — мода и повсеместная реклама; у остальных — восполнение энергии и более длительное бодрствование в ночное время. Около трети (31,1%) всех респондентов отметили в качестве первого ощущения приятный вкус напитка; 26,7% — прилив энергии; 13,3% — чувство эйфории; только 6,7% отметили негативные ощущения (усталость, боль в области желудка и (или) сердца, головокружение, тошнота, рвота); остальные 42,2%

не отметили ни положительных, ни отрицательных качеств напитков. При более длительном применении 22,2% подростков отмечали прилив энергии, 17,8% — чувство сердцебиения; 11,1% — боль в области сердца; 15,6% — усталость; боль в области желудка, изжога, тошнота, рвота, диарея по 7%.

Артериальное давление и пульс у 70% опрошенных на момент осмотра были в пределах нормы, по 15% выше и ниже границ возрастных значений. В своем анамнезе 13,3% опрошенных отмечают наличие ВСД; 6,67% — другую патологию сердечнососудистой системы; 17,8% — гастрит, гастроудоденит, колит.

Вывод. В ходе исследования установлено широкое распространение употребления энергетических напитков детьми и подростками, к тому же при длительном применении выявлены патологические реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечнососудистой и нервной систем практически у половины респондентов, что требует ограничения их использования несовершеннолетними.

ВЛИЯНИЕ 25(OH)D В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НА ПРОФИЛАКТИКУ РАХИТА У ДЕТЕЙ 1-го ГОДА ЖИЗНИ

Расулова Н.А., Расулов А.С., Ахмедова М.М.

Научный руководитель:

Шарипов Рустам Хаитович, д.м.н., доцент

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Профилактика витамин D-дефицитного рахита занимает важное место в комплексе мероприятий, проводимых в целях укрепления здоровья детей раннего возраста. При этом эффективность мер по предупреждению заболевания существенно зависит от своевременности профилактического назначения препаратов витамина D₃ с учетом степени неблагоприятного влияния на организм ребенка факторов риска.

Цель. Сравнить методы профилактики рахита у детей 1-го года жизни в г. Самарканде и Акдарьинском районе Самаркандской области.

Материал и методы исследования. Было обследовано 466 детей в возрасте 1–12 месяцев. Детей в возрасте до 6 месяцев было 35,6%, до 12 месяцев — 43,7%, до 3-х месяцев — 20,6%. Отмечено преобладание мальчиков — 258 (55,3±2,3%), тогда как количество девочек составило 208 (44,6±2,3). Определение 25(OH)D₃ в сыворотке крови проводилось в лаборатории госпиталя Санта Клара города Роттердам Голландия радиоиммунным методом. Дети с 25(OH)D₃ менее 30 ммоль/л рассматривались как имеющие биохимический дефицит.

Дети были распределены на 2 группы: первая группа — 370 (82,4%) детей, получившие профилактику рахита по стандартной схеме и вторая группа — 79 (17,5%) детей, получившие профилактику по модифицированной схеме. Следует отметить, что при проведении традиционной и модифицированной профилактики рахита в г. Самарканд и Акдарьинском районе показали свои результаты. В Акдарьинском районе рахит

встречался у детей в 56,7% случаев, а в г. Самарканд — 28,5%. На момент исследования мы определили уровень 25(OH)D₃ в сыворотке крови у детей в зависимости от места жительства. Полученные данные показали, что в Акдарьинском районе низкий уровень 25(OH)D₃ в сыворотке крови у детей с признаками рахита составил 80,2%, а нормальный уровень 25(OH)D₃ в сыворотке крови — 19,7%. В г. Самарканд низкий уровень 25(OH)D₃ в сыворотке крови у детей с признаками рахита был отмечен у 82,9%, нормальный уровень 25(OH)D₃ в сыворотке крови — 17%.

На момент проведения традиционной профилактики рахита в Акдарьинском районе уровень 25(OH)D₃ в сыворотке крови был низкий у 96,4% детей, а нормальный — 3,4%. Аналогичная ситуация была и в г. Самарканд. Низкий уровень 25(OH)D₃ в сыворотке крови у детей с признаками рахита был у 80%, нормальный — 20% детей.

Результаты. В связи с тем, что у нас имеется система патронажного наблюдения детей первого года жизни, мы с профилактической целью назначали ребенку деварон по 10 таблеток 1 раз в неделю собственноручно патронажной медицинской сестрой. Дети еженедельно получали по 4000 МЕ витамина D₃ (курсовая доза 160 000–180 000 МЕ) в течение 1 года жизни. После проведения модифицированной профилактики по предложенной нами схеме исследования показали блестящий результат. Так в Акдарьинском районе низкий уровень остался только у 9,5% детей, тогда как у 90,5% этот уровень нормализовался. В г. Самарканд также низкий уровень отмечался у 16,6% детей с признаками рахита, а нормальный уровень 25(OH)D₃ в сыворотке крови был у 83,4% детей. Если низкий уровень 25(OH)D₃ в сыворотке крови до начала профилактики выявлялся у 93% детей, то после проведения — лишь у 17,4% обследованных, что в 5,34 раза меньше (p<0,001), чем до профилактики.

Выводы. Применение модифицированной профилактики рахита свидетельствовали о нормализации уровня 25(OH)D₃ в сыворотке крови, улучшение самочувствия ребенка, нормализация аппетита и сна, прекращение обильного потоотделения при кормлении, улучшение прибавки массы тела. Это позволяет широко внедрить модифицированную профилактику рахита в различных регионах республики.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

Цыганок Д.А.¹, Лобова М.А.¹, Мигали А.И.¹,
Звонкова Н.Г.^{1,2}, Боровик Т.Э.^{1,2}, Семикина Е.Л.^{1,2},
Гусева И.М.²

Научные руководители:

Звонкова Наталья Георгиевна к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории питания здорового и больного ребенка ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России; доцент кафедры педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Боровик Татьяна Эдуардовна, д.м.н., профессор, заведующая лабораторией питания здорового и больного ребенка ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России; профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

¹ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия;

² ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России

Введение. Проблема обеспеченности витамином D детей с заболеваниями кожи актуальна. Это связано с соблюдением гипоаллергенных элиминационных диет с исключением богатых витамином D продуктов питания и ограничением или невозможностью естественной инсоляции. Таким образом, у детей возникает недостаточность и дефицит витамина D, которые должны корректироваться его дотацией. В клинических руководствах зачастую отсутствуют рекомендации по саплементации витамином D пациентов с заболеваниями кожи.

Цель. Оценить обеспеченность витамином D детей с заболеваниями кожи в зависимости от концентрации 25(OH)D в крови, сезонности и наличия/отсутствия саплементации.

Материалы и методы. В исследование было включено 350 детей в возрасте от 4 месяцев до 17 лет 11 мес., находившихся на лечении в отделении дерматологии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в период с января 2018 г. по январь 2020 г. с установленными диагнозами атопический дерматит, пищевая аллергия, псориаз, алопеция, герпетический дерматит и буллезный эпидермолиз. После скринингового определения концентрации 25(OH)D в сыворотке крови (методами Liaison, Cobas) пациентов разделили на группы:

1. по уровню 25(OH)D: <20 нг/мл — дефицит, 20–30 нг/мл — недостаточность, >30 нг/мл — адекватная обеспеченность;
2. получавшие и не получавшие саплементацию;
3. в зависимости от сезона.

Результаты. В группе с дефицитом витамина D оказалось 136 детей (38,8%), с недостаточностью — 105 детей (31,2%), с адекватным уровнем — 105 детей (30%). Таким образом, обеспеченность витамином D у детей с заболеваниями кожи составляет не более 30%.

Большинство детей саплементацию не получали — 233 ребёнка (66,6%), из них с дефицитом — 119 (51,1%), с недостаточностью — 73 (31,3%), с адекватным уровнем — 41 (17,6%). Получали саплементацию 117 (33,4%) детей, из них с дефицитом — 17 (14,5% из получавших саплементацию, 4,9% от общего числа детей), с недостаточностью — 36 человек (30,8% из получавших саплементацию, 10,3% от общего числа детей), с адекватным уровнем — 64 (54,7% из получавших саплементацию и 18,3% от общего числа детей).

Разделив детей посезонно, получили идентичные результаты: концентрации 25(OH)D ($M \pm m$) зимой — $21,87 \pm 12,29$ нг/мл, весной — $22,24 \pm 12,32$ нг/мл, летом — $28,43 \pm 14,32$ нг/мл, осенью — $27,89 \pm 13,51$ нг/мл, что доказывает относительную независимость уровня витамина D в крови детей с заболеваниями кожи от сезона (и инсоляции?).

Выводы. Получены убедительные клинические доказательства высокой распространенности дефицита и недостаточности витамина D у детей с заболеваниями кожи и необходимости круглогодичной саплементации.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЦЕЛИАКИИ И В ДИНАМИКЕ СОБЛЮДЕНИЯ БЕЗГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЫ

Кочнева Л.Д.

Научный руководитель:

Климов Леонид Яковлевич, к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Ставропольский государственный
медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь, Россия

Введение. Целиакия (CD) является одной из самых распространённых аутоиммунных патологий у детей, имеет важнейшую социальную значимость, связанную с высоким риском инвалидизации и развития осложнений, снижением качества жизни (КЖ).

Цель. Изучить особенности корреляционных связей КЖ и антропометрических показателей детей и подростков в периоде клинической манифестации CD и в динамике приверженности безглютеновой диеты (БГД).

Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов с CD в возрасте 2–18 лет: 28 (35%) мальчиков и 52 (65%) девочки. Динамика КЖ оценивалась спустя 6 месяцев соблюдения БГД у 18 пациентов, через 1 год у 23, 2 года у 18, 3 года у 23, более 3-х лет БГД у 28 пациентов. Оценка КЖ проведена с помощью опросника PedSQL 4.0., включающего следующие показатели: физическое функционирование (ФФ), эмоциональное (ЭФ), социальное (СФ), ролевое (РФ), суммарная оценка КЖ (СО КЖ). Антропометрическая характеристика пациентов включала определение показателей длины тела (Р) и массы тела (М), индекса массы тела (ИМТ). В качестве стандарта оценки антропометрических показателей использована программа AnthroPlus 2009.

Результаты. Достоверные корреляционные связи выявлены, по мнению родителей пациентов, между ФФ и Z-score M ($r = -0,30$, $p < 0,05$), перцентилем M ($r = -0,24$, $p < 0,05$); между СФ и Z-score M ($r = 0,31$, $p < 0,05$), перцентилем M ($r = 0,32$, $p < 0,05$); РФ и Z-score M ($r = -0,33$, $p < 0,05$), перцентилем M ($r = -0,32$, $p < 0,05$), СО КЖ и Z-score M ($r = -0,37$, $p < 0,05$) и перцентилем M ($r = -0,36$, $p < 0,05$). Обнаружена достоверная ($p < 0,05$) связь ЭФ и Z-score P $r = 0,29$; связь РФ и Z-score P

($r=-0,36$, $p<0,05$) и перцентиля P ($r=-0,35$, $p<0,05$), РФ и Z-score ИМТ ($r=0,36$, $p<0,05$). Корреляционный анализ, по самоментию пациентов, выявил связь между РФ и Z-score P ($r=-0,53$, $p<0,05$) и перцентилем P ($r=-0,47$, $p<0,05$).

При строгом соблюдении БГД в течение 6 месяцев, по мнению родителей, отмечены связи РФ и Z-score P $r=0,71$, $p<0,05$ и перцентиля ИМТ $r=-0,64$, $p<0,05$; ЭФ и перцентиля P $r=0,60$, $p<0,05$, ЭФ и Z-score ИМТ $r=0,53$, $p<0,05$. По мнению пациентов, выявлена связь РФ и Z-score P $r=-0,63$, $p<0,05$.

При соблюдении БГД 12 месяцев родители отмечают следующие достоверные ($p<0,05$) взаимосвязи: РФ и Z-score P $r=-0,44$, РФ и Z-score ИМТ $r=-0,43$, РФ и Z-score ИМТ $r=-0,49$, РФ и перцентиль ИМТ $r=-0,54$, СО КЖ и Z-score ИМТ $r=-0,47$, СО КЖ и перцентиль ИМТ $r=-0,43$. По мнению пациентов данной группы статистически достоверные корреляционные связи не выявлены.

В группе пациентов, соблюдающих БГД 2 года, по мнению родителей, статистически достоверные взаимоотношения исследуемых показателей не установлены. Однако пациенты отметили ряд достоверных ($p<0,05$) связей: ЭФ и Z-score P $r=0,46$, ЭФ и перцентиль P $r=0,53$; ЭФ и Z-score ИМТ $r=0,71$, ЭФ и перцентиль ИМТ $r=0,59$; РФ и Z-score ИМТ $r=0,61$, РФ и перцентиль ИМТ $r=0,54$; СО КЖ и Z-score ИМТ $r=0,69$, СО КЖ и перцентиль ИМТ $r=0,55$.

Установлена прямая достоверная ($p<0,05$) корреляционная связь Z-score ИМТ и перцентиля ИМТ с ЭФ в группе пациентов, соблюдающих БГД в течение 3-х лет, по мнению родителей, ($r=0,34$, $r=0,37$). По мнению пациентов данной группы, корреляционных взаимоотношений зафиксировано не было.

Анализ корреляционных связей по самоментию пациентов, строго соблюдающих БГД более 3-х лет, продемонстрировал достоверные ($p<0,05$) положительные связи для шкал РФ и Z-score M $r=0,65$, РФ и перцентиля M $r=0,64$, РФ и Z-score P $r=0,75$, РФ и перцентиля P $r=0,74$, а также СО КЖ и Z-score M, СО КЖ и перцентиля M $r=0,73$. При исследовании корреляции шкал КЖ, по мнению родителей пациентов, отмечены достоверные ($p<0,05$) прямые корреляционные зависимости ЭФ и Z-score ИМТ $r=0,53$, ЭФ и перцентиля ИМТ $r=0,66$, СФ и Z-score ИМТ $r=0,63$.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что между отдельными компонентами КЖ и антропометрическими параметрами существует взаимосвязь. Отношения шкал КЖ и антропометрических показателей пациентов с СД проявляется неравномерно в периоде клинической манифестации заболевания и в зависимости от длительности соблюдения БГД.

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ, У ТИНЕЙДЖЕРОВ В ЭКОПАТОГЕННЫХ ЗОНАХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ЦЕНТРОВ

Нурмухамедова Диёрахон Мухамад Гамальевна

Научный руководитель:

Ядгарова Норбиби Джаббаровна, доцент

Ташкентский Педиатрический Медицинский
Институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Большие мегаполисы имеют высокую плотность различных промышленных производств, активная деятельность которых на протяжении длительного времени создает негативный экологический прессинг на организм, особенно, детей постоянно проживающих в таких техногенных биогеохимических зонах больших городов.

Цель. Изучить частоту встречаемости микроэлементозов, обусловленных недостаточностью в организме ряда эссенциальных микроэлементов — железа, меди и цинка среди детей пубертатного возраста, постоянно проживающих в ташкентском и чирчикском промышленных центрах.

Материалы и методы. Обследовали 87 детей обоего пола в возрасте 14–17 лет, постоянно проживающих в ташкентском промцентре и 90 детей обоего пола в том же возрасте, постоянно проживающих в чирчикском промцентре.

Результаты. Общая частота микроэлементоза, обусловленного недостаточностью железа в группе детей, постоянно проживающих в ташкентском промцентре, составляет 36.8%, общая частота микроэлементоза, обусловленного недостаточностью меди, у обследованных детей составляет 28.7% и общая частота микроэлементоза, обусловленного недостаточностью в организме цинка, составляет 33,4%. Таким образом, в структуре гипомикроэлементозов превалирует железодефицитный и цинкдефицитный гипомикроэлементоз и меньшее распространение имеет медьдефицитный гипомикроэлементоз. В сравнительном аспекте частота изученных гипомикроэлементозов у чирчикских детей превышает таковую у ташкентских детей, что может объясняться большим воздействием неблагоприятных экофакторов на растущий организм детей, постоянно проживающих в данных экопатогенных техногенных зонах промышленных центров.

Выводы. В экопатогенных техногенных зонах промышленных центров Республики Узбекистан микроэлементозы, обусловленные дефицитом эссенциальных гемопозитических микроэлементов — железа, меди и цинка имеют достаточно высокую распространенность среди детей пубертатного возраста, что диктует необходимость постоянного мониторинга микроэлементного статуса организма этих детей в целях профилактики различных микроэлементозов.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Соколова Н.С.

Научный руководитель:

Бородулина Т.В. д.м.н., доцент.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский
университет Минздрава России, Екатеринбург,
Россия

Введение. Вскармливание грудным молоком является «золотым стандартом» питания ребенка первого года жизни и после рождения чрезвычайно важно,

так как материнское молоко оказывает влияние на рост, развитие и формирование здоровья ребенка в дальнейшей жизни.

Цель. Оценить здоровье и физическое развитие у детей первого полугодия жизни, находящихся на естественном и искусственном видах вскармливания.

Материалы и методы. Открытое сравнительное проспективное исследование. В исследование было включено 140 детей первого полугодия жизни. В первую группу вошли 70 детей (девочек — 48%, мальчиков — 52%), находящихся на исключительно грудном вскармливании. Вторая группа представлена 70 детьми (девочек — 54%, мальчиков — 46%) на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями.

Обязательным являлось подписание родителями добровольного информированного согласия на проведение исследования.

Всем детям с периода новорожденности ежемесячно проводилась нами комплексная оценка здоровья. Оценка физического развития проводилась ежемесячно, согласно международным стандартам ВОЗ, использовались программы ANTHRO 3.2.2. Для детей в возрасте до 6 месяцев рассчитывалась величина Z-score для массы тела относительно длины, массы тела относительно возраста, длина и индекс массы тела относительно возраста, окружность головы относительно возраста.

Результаты. Группы детей сформированы таким образом, что значения гестационного возраста, длины и массы при рождении, оценки по шкале Апгар, социальный статус родителей в сравниваемых группах не имели статистически значимых отличий.

Течение беременности было отягощено у 70% женщин (аборт, регресс беременности, выкидыш, рубец на матке, гестоз различной степени тяжести, анемия, угроза прерывания беременности, ХФПН).

Анализ антропометрических показателей в течение всех 6 месяцев наблюдения показал, что в обеих группах физическое развитие большинства детей соответствовало паспортному возрасту, но у детей второй группы к 6 месяцам значительно чаще определялось увеличение массы тела относительно возраста и длины, ИМТ относительно возраста.

Таким образом, можно предположить, что искусственное вскармливание является фактором риска развития ожирения в детском возрасте, а рост и развитие детей на грудном вскармливании служат этапом.

За период наблюдения в структуре острой инфекционной заболеваемости доминировали болезни органов дыхания, наиболее распространенными были острые респираторные инфекции (ОРИ). У детей, получавших адаптированную молочную смесь, ОРИ в возрасте первых шести месяцев отмечались в 1,5 раза чаще, чем у детей на естественном вскармливании. Кишечным инфекциям были также больше подвержены дети, находившиеся на искусственном вскармливании. Аллергические дерматиты встречались с одинаковой частотой, как в первой, так и во второй группах.

Следует отметить, что выявлены статистически значимые различия в частоте развития бронхита у детей

второй группы, а также в развитие инфекционных заболеваний (ветряная оспа и герпетическая ангина) у детей, находящихся на искусственном вскармливании.

В обеих группах достаточно часто регистрировались заболевания нервной системы (ППЦНС), все дети на искусственном вскармливании и большинство детей на естественном вскармливании к 6 месяцам были отнесены ко второй группе здоровья, первая группа здоровья была только у 11% детей на грудном вскармливании.

Выводы. Грудное молоко является лучшим питанием для ребенка первого года жизни, обеспечивает своевременное и гармоничное физическое развитие, оптимальное состояние здоровья, включая состоятельность иммунной системы.

ФАКТОРЫ РИСКА СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТАКАНИ И ПОТРЕБЛЕНИЕ ПИЩЕВОГО КАЛЬЦИЯ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СТУДЕНТОВ ГОРОДА КРАСНОДАРА

Краснова Е.Ю., Карачевцева Д.Я.

Научный руководитель:

Сутовская Диана Владимировна, к.м.н., доцент
*ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский
университет Минздрава России, Краснодар, Россия*

Введение. Накопление костной массы в детском возрасте является взаимодействием многих факторов. Определяющим фактором являются генетические особенности, которые влияют на вариабельность минеральной плотности костной ткани (МПКТ). Существенно воздействуют на процессы накопления костной массы экзогенные факторы, способствующие модифицированию генетической информации, что приводит к снижению уровня пиковой костной массы. Упущенные возможности профилактики снижения минеральной плотности костной ткани в детском и молодом возрасте нарушают оптимальное развитие скелета, препятствуют минерализации костной ткани.

Цель. Изучить факторы риска снижения минеральной плотности костной ткани и потребление пищевого кальция в возрастном аспекте от 3 до 25 лет.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 738 респондентов: в возрасте от 3 до 6 лет (102), от 7 до 11 лет (178), 12 до 14 лет (177), от 15 до 18 лет (181), от 18 до 25 (100). Потребление пищевого кальция оценивалось с помощью метода воспроизведения питания, заключающегося в установлении количества потребляемых продуктов посредством опроса, с последующей фиксацией результатов в специальных картах-анкетах. Оценка нормы потребления пищевого кальция в возрастной группе от 3 до 7 лет — 900 мг/сут., в группе от 7 до 25 лет составляет 1300 мг/сут. Поступление кальция с пищей на уровне 50% — 70% от возрастной нормы рассматривалось как умеренный дефицит, менее 50% — как выраженный дефицит.

Результаты. Рекомендуемое количество кальция употребляют 63% детей в возрасте от 3 до 6 лет. Умеренный дефицит составляет 27%. Средняя величина потребления пищевого кальция составила $812,5 \pm 97,8$ мг/сут. Среди школьников от 7 до 11 лет суточную потребность в кальции удовлетворяли 49% детей, от 12 до 14 лет — 52%, в возрастной группе от 15 до 18 лет — 49% детей. Умеренный дефицит в возрастной группе от 7 до 11 лет отмечен у 11%, в группе от 12 до 14 лет отмечен у 26% детей, в возрастной группе 15 до 18 лет у 21% школьников. Выраженный дефицит потребления пищевого кальция в возрастной группе от 7 до 11 лет выявлен у 40% школьников, от 12 до 14 лет отмечен у 22%, в группе от 15 до 18 лет у 30% детей. Средняя величина потребления пищевого кальция среди школьников в возрастной группе от 7 до 11 лет составила $690,9 \pm 29,2$ мг/сут., в группе от 12 до 14 лет средняя величина составила $1033,0 \pm 48,5$ мг/сут., в возрастной группе от 15 до 18 лет средняя величина составила $912,5 \pm 65,7$ мг/сут.

Среди студентов в возрасте от 18 до 25 лет рекомендуемое количество потребления пищевого кальция удовлетворяли только 7% респондентов. Умеренный дефицит пищевого кальция установлен у 55% студентов. Выраженный дефицит данного нутриента отмечен у 38% студентов. Средняя величина потребления пищевого кальция среди студентов составила $1553,1 \pm 123,2$ мг/сут.

Злоупотребляет сладким 46% школьников и 43% студентов. Более 5 чашек кофе в день употребляет 14% детей старших классов и 23% студентов. Ведущим фактором снижения минеральной плотности костной ткани является гиподинамия: 70% респондентов не посещают спортивные секции, 49% оценивают свой образ жизни как малоподвижный, при этом, ежедневные прогулки в течение 30 минут совершают 44% респондентов, лишь 33% респондентов в течение часа в день и около трех часов в день — менее 1%. Наличие в анамнезе переломов среди школьников составило 18, 8% и 22% среди студентов.

Выводы. Установлено низкое потребление пищевого кальция во всех возрастных группах. С увеличением возраста ребенка снижается потребление пищевого кальция. Основным источником кальция в дошкольном возрасте является молоко, кисломолочные продукты, а среди подростков и студентов — твердые сорта сыра. Ведущим фактором риска снижения минеральной плотности костной ткани является гиподинамия.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Заваркина А.А.

Научный руководитель:

Варламова Татьяна Валентиновна, к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Петрозаводский государственный
университет, Петрозаводск, Россия

Введение. По данным последних исследований доказана роль витамина D, как прогормона в организме

человека. В 2013 году кафедрой педиатрии ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ было проведено мультицентровое, проспективное, когортное фармакоэпидемиологическое исследование по оценке обеспеченности детского населения младшего возраста витамином D на территории Российской Федерации (РФ), анализом фармакотерапии рахита, недостаточности витамина D в широкой клинической практике (РОДНИЧОК-1, позже продолжено — РОДНИЧОК-2) В программе приняли участие 7 ведущих региональных исследовательских центров Северо-Запада, Центра, Юга, Приволжья, Урала, Сибири и Дальнего Востока РФ, выборка по городам — от 65 до 130 детей в возрасте от 0 до 3 лет. Республика Карелия в данное исследование не вошла. Согласно данным исследования РОДНИЧОК-1: только 34% детей имеет достаточный уровень витамина D (>30 нг/мл), дефицит витамина D (<20 нг/мл) встречается у 35,2% детей до 6 месяцев, у 20,4% детей до 1 года, у 45,1% детей в возрасте 2 лет и у 62,1% детей в возрасте 3 лет на территории РФ. Для более детальной оценки проблемы было решено продолжить изучение в рамках РОДНИЧОК-2. Основными результатами проведенных исследований стала разработка клинических рекомендаций, направленных на ликвидацию недостаточности витамина D среди населения РФ. Рекомендуется применять профилактические дозы витамина D на территории Европейского Севера России с 1 до 6 месяцев — 1000МЕ/сутки, с 6 месяцев — 1500 МЕ/сутки.

Цель. Оценить эффективность профилактики рахита у детей грудного возраста, проводимой на педиатрических участках ГБУЗ РК «Детская городская поликлиника №2» (ДГП №2) и ГБУЗ РК «Детская республиканская больница и детская поликлиника» (ДП ДРБ) города Петрозаводска.

Материалы и методы. Разработана анкета для родителей, включавшая 15 пунктов. Опросник составлен в доступной для понимания форме, содержал простые вопросы, требующие однозначных ответов. На амбулаторном приеме в дни здорового ребенка в ДГП №2 и ДП ДРБ г. Петрозаводска было проведено анкетирование 140 родителей детей от 0 до 1,5 лет. На основании проведенной работы удалось оценить степень приверженности профилактике витамина D.

Результаты. В ходе данной научной работы был проеден анализ анонимного и добровольного анкетирования родителей на участках ДГП №2 и ДП ДРБ г. Петрозаводска, показал, что регулярно получает витамин D — 90% детей ($n=126$). Отмечено, что родители данных детей хорошо осведомлены в вопросах профилактики дефицита витамина D. Диагноз рахит был выставлен у 11,4 % детей ($n=16$), признаки недостаточности витамина D родители отмечали у 15,7% детей ($n= 22$). Среди 16 детей с диагнозом рахит, 31,3% детей ($n=5$) витамин D получают нерегулярно. На грудном вскармливании по данным опроса находятся — 55,5% детей ($n=77$). Из препаратов витамина D используют: водный раствор колекальциферола (Аквдетрим) — 81,7 % родителей ($n=103$), масляный раствор (Вигантол, Sana-sol, DeviSol D3, California Gold Nutrition, Minisun) — 18,3 % ($n=23$). Препараты витамина D в профилактической дозе дети принимают с 3 недель жизни. В качестве профилактической дозы

указана — 1000–1500 МЕ/сутки, в качестве лечебной дозы указаны дозы от 3000 до 5000 МЕ/сутки. Родителей просили указать рост и вес детей при рождении и на данный момент — у большинства детей дефицита массово-ростовых показателей не отмечено.

Выводы. По данным ДГП №2 и ДП ДРБ г. Петрозаводска 90% (n=136) родителей проводят ежедневную профилактику недостаточности витамина D, среди 10% (n=14) родителей, чьи дети оказались в зоне витамин D дефицитного состояния проводится регулярная разъяснительная работа о значимости данного витамина для организма ребёнка. Всё вышеперечисленное указывает, что профилактические меры, принимаемые на педиатрическом участке эффективны.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Криштальская Д.А., Ковыгина К.А., Шестакова А.В., Мигали А.И., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Семикина Е.Л.

Научный руководитель:

Звонкова Наталья Георгиевна, к.м.н., доцент
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Введение. Известно, что у детей с неврологическими нарушениями возникают проблемы в виде нутритивной недостаточности вследствие снижения потребления и усвоения основных макро- и микроэлементов, а также витаминов. Адекватная обеспеченность витамином D (25(OH)D) необходима для нормального развития опорно-двигательного аппарата и минерализации костной ткани, что особенно важно для детей с нервно-мышечными заболеваниями, подверженных высокому риску развития остеопороза.

Цель. Оценить уровень витамина D в сыворотке крови у детей с неврологическими заболеваниями.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 2556 детей с различными неврологическими заболеваниями (детский церебральный паралич, нейродегенеративные заболевания и т.д.) в возрасте до 18 лет, находившихся на лечении в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в период с 01.01.2018 г. по 30.01.2020 г. В анализируемую группу были включены 533 пациента, у которых определили уровень витамина D в сыворотке крови методами Liaison и Cobas. Была оценена обеспеченность 25(OH)D следующим критериям: выраженный дефицит — <10 нг/мл, дефицит — <20 нг/мл, недостаточность — 20–30 нг/мл, адекватный уровень — ≥30 нг/мл. Также вся группа была разделена на сезоны: зима, весна, лето, осень, и определили средние значения уровня 25(OH)D в каждом, со стандартными отклонениями. Затем была выделена группа в 30 человек, у которых помимо витамина D был определен уровень кальция и паратгормона в сыворотке крови. После этого выяснили, получали эти ли пациенты саплементацию 25(OH)D.

Результаты. В анализируемой выборке из 533 пациентов дефицит витамина D установлен у 148 человек (27,8%), из них выраженный дефицит отмечается у 30 детей (20,3%), что составляет 5,6% от всей группы. Недостаточность 25(OH)D наблюдается у 117 пациентов (22%). Наибольшую долю в данной группе составили дети с нормальной обеспеченностью — 268 человек (50,2%).

В группе детей, наблюдавшихся зимой, средний уровень витамина D составил 26,8±16,57 нг/мл, весной — 28,1±17,11 нг/мл, летом — 33±15,22 нг/мл, осенью — 32,93±16,73 нг/мл. Полученные результаты свидетельствуют об отсутствии зависимости уровня 25(OH)D в сыворотке крови от времени года.

В группе численностью 30 пациентов дефицит витамина D был выявлен у 7 человек (24%), недостаточность — 13 человек (43%), адекватный уровень — 10 человек (33%). Из этой группы саплементацию 25(OH)D получали лишь 5 пациентов (17%), а дефицит был зарегистрирован только у одного человека, получавшего витамин D.

Соответственно, значительная часть этой выборки, 25 человек (83%), не имела дополнительного источника витамина D. Из них дефицит отмечался у 7 человек (28%), недостаточность — 11 человек (44%), адекватный уровень — 7 человек (28%).

Выводы. Исходя из полученных данных следует, что значительная часть обследованных детей с неврологическими заболеваниями имеет достаточный уровень обеспеченности витамином D. Однако доля пациентов с дефицитом и недостаточностью содержания 25(OH)D остаётся высокой — 27,8% и 22% соответственно. Уровень витамина D в сыворотке крови не зависел от времени года. Большинство детей из малой выборки не получало саплементацию витамином D, а недостаточная обеспеченность 25(OH)D выявлялась у них значительно чаще, чем у детей, получавших добавки ранее. Следовательно, необходимо уделять особое внимание уровню витамина D у пациентов с нервно-мышечными заболеваниями, вовремя выявлять его дефицит и недостаточность, для их коррекции назначать адекватную терапию препаратами 25(OH)D.

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ, ПОСТУПАЮЩИХ НА ЛЕЧЕНИЕ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР

Хамидова М.М.¹, Прохоренкова М.О.¹, Кондратьева Н.Н.¹, Ли Е.А.¹, Николаева Р.А.¹, Звонкова Н.Г.^{1,2}, Боровик Т.Э.^{1,2}, Гусева И.М.¹

Научные руководители:

Звонкова Наталья Георгиевна к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории питания здорового и больного ребенка ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России; доцент кафедры педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Боровик Татьяна Эдуардовна, д.м.н., профессор, заведующая лабораторией питания здорового и больного ребенка ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России; профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

¹ ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия

² ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Нарушения питания имеют высокую распространенность среди больных детей и могут быть обусловлены не только течением основного состояния, но и побочными эффектами лекарственной терапии. Наличие недостаточности питания (НП) у детей является независимым фактором риска увеличения частоты внутрибольничных инфекций, осложнений, продолжительности лечения, а также способно существенно снижать эффективность этиотропной и симптоматической терапии при лечении хронических заболеваний. Госпитализация может оказывать дополнительное негативное влияние на состояние питания детей, что требует выделение «групп риска» по развитию недостаточности питания.

Цель. Оценить состояние питания у детей с различными заболеваниями при поступлении в стационар, выявить «группу риска» по развитию недостаточности питания среди детей с хронической патологией.

Материалы и методы. В открытое продольное проспективное исследование, выполняемое в рамках НИР «Валидизация русской версии шкалы оценки нутритивного риска STRONGkids», включены 156 детей (77 мальчиков и 79 девочек) в возрасте от 4 месяцев до 17 лет 11 мес с различными острыми и хроническими заболеваниями. В первые 24 часа после поступления в «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России всем пациентам проводили измерение роста и массы тела. Анализ антропометрических показателей с расчетом индексов вес/возраст, вес/рост, рост/возраст, индекс массы тела (ИМТ)/возраст осуществляли с использованием программы WHO Anthro (2006) для детей младше 5 лет и WHO AnthroPlus (2009) для детей старше 5 лет. Использовали критерии нарушений питания ВОЗ.

Результаты. Большинство детей было в возрасте старше 10 лет (45,5%), в возрасте от 5 до 10 лет — 30,8%, дети до 5 лет — 23,7%, в т.ч. 6 детей в возрасте до 1 года. Продолжительность госпитализации колебалась от 2 до 37 дней. 91% детей были госпитализированы с хроническими заболеваниями, 9% — с острой патологией. Нарушения питания выявлены у 50% детей. Недостаточность питания отмечалась у 35,3% детей, из них острая НП у 27,6% детей (16,7% острая легкая, 7,1% острая умеренная, 3,8% острая тяжелая), хроническая недостаточность питания (задержка роста) у 7,7%, у 10,2% детей выявлена избыточная масса тела и у 4,5% детей — ожирение.

Подавляющее большинство детей с НП (98,2%) имели хроническое заболевание.

Был проведен анализ встречаемости нарушений питания среди детей с хроническими заболеваниями ЖКТ, мочевыделительной, дыхательной и сердечно-сосудистой системы. Наибольший процент НП отмечался у детей с нефрологической, гастроэнтерологической и кардиологической патологией (37,5%, 37,1% и 35,7% соответственно). Избыточный вес и ожирение отмечались преимущественно у детей с нефрологическими и ревматологическими заболеваниями (15,62% и 37,5% соответственно), что обусловлено экзогенным гиперкортицизмом. У детей без хронических заболеваний НП отмечалась только у 7% детей, а избыточный вес и ожирение в 21,4% случаев.

В зависимости от возраста менялась структура нарушений питания. Если у детей 1-го года жизни была выявлена только острая легкая НП, то в возрастной группе 1–5 лет диагностирована как острая НП в 25,8%, так и хроническая НП в 12,9%, что является самым высоким показателем хронической НП среди детей разных возрастных групп. В группе детей 5–10 лет острая НП выявлена у 22,9%, хроническая НП только у 2%; у детей старше 10 лет острая НП отмечалась у 30,9%, хроническая только у 9,9% детей.

Выводы. Недостаточность питания имеет высокую частоту встречаемости у детей с хроническими заболеваниями, поступающими на лечение в стационар, что указывает на необходимость мониторинга нутритивного статуса и проведения оценки фактического питания. Дети с острой умеренной и тяжелой НП требуют консультации диетолога и срочной и адекватной нутритивной поддержки, с целью предотвращения прогрессирования НП у всех детей.

НУЖНЫ ЛИ ПЕДИАТРАМ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ СТАТУСА ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ?

Мигали А.И.¹, Цыганок Д.А.¹, Лобова М.А.¹, Криштальская Д.А.¹, Ковыгина К.А.¹, Шестакова А.В.¹, Звонкова Н.Г.^{1,2}, Боровик Т.Э.^{1,2}, Семикина Е.Л.^{1,2}

Научные руководители:

Звонкова Наталья Георгиевна к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории питания здорового и больного ребенка ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России; доцент кафедры педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им.

И.М. Сеченова» Минздрава России
Боровик Татьяна Эдуардовна, д.м.н., профессор, заведующая лабораторией питания здорового и больного ребенка ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России; профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

¹ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

² ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России

Введение. Витамин D играет ведущую роль в обеспечении фосфорно–кальциевого обмена. После открытия рецептора витамина D в различных органах и тканях, роль этого витамина в поддержании и улучшении здоровья человека стала очевидной. Особое значение имеет адекватное обеспечение витамином D детей с заболеваниями, что требует для врачей рекомендаций по саплементации. В настоящее время, существуют рекомендации по саплементации витамином D детей с неврологическими заболеваниями (ДЦП, рассеянный склероз, мышечные дистрофии и др.); в клинических руководствах рекомендации по саплементации витамином D пациентов с заболеваниями кожи отсутствуют.

Цель. Сравнить обеспеченность витамином D детей с заболеваниями нервной системы и кожи в зависимости от концентрации 25(OH)D в крови, сезонности.

Материалы и методы. В исследование было включено 350 детей с установленными диагнозами атопический дерматит, пищевая аллергия, псориаз, алопеция, герпетиформный дерматит и буллезный эпидермолиз (1 группа) и 533 пациента с установленными диагнозами детский церебральный паралич, нейродегенеративные заболевания, эпилепсия (2 группа) в возрасте до 18 лет, находившихся на лечении в отделении дерматологии и отделении психоневрологии и психосоматической патологии ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в период с января 2018 г. по январь 2020 г. После скринингового определения концентрации 25(OH)D в сыворотке крови (методами Liaison, Cobas) пациентов разделили на группы: 1) по уровню 25(OH)D: <20 нг/мл — дефицит, 20–30 нг/мл — недостаточность, >30 нг/мл — адекватная обеспеченность; 2) в зависимости от сезона.

Результаты. В 1 группе из 350 детей с дефицитом витамина D оказалось 136 детей (38,8%), с недостаточностью — 105 детей (31,2%), с адекватным уровнем — 105 детей (30%). Таким образом, обеспеченность витамином D у детей с заболеваниями кожи составляет не более 30%.

Во 2 группе из 533 детей с дефицитом витамина D оказалось 148 детей (27,8%), с недостаточностью — 117 детей (22%), с адекватным уровнем — 268 детей (50,2%). Таким образом, обеспеченность витамином D детей с неврологическими заболеваниями составляет 50%.

Разделив детей из 1 группы по сезонам, получили идентичные результаты: концентрации 25(OH)D ($M \pm m$) зимой — $21,87 \pm 12,29$ нг/мл, весной — $22,24 \pm 12,32$ нг/мл, летом — $28,43 \pm 14,32$ нг/мл, осенью — $27,89 \pm 13,51$ нг/мл, что доказывает относительную независимость уровня витамина D в крови детей с заболеваниями кожи от сезона.

Разделив детей из 2 группы по сезонам, получили следующие результаты: концентрации 25(OH)D ($M \pm m$) зимой — $26,8 \pm 16,57$ нг/мл, весной — $28,1 \pm 17,11$ нг/мл,

летом — $33 \pm 15,22$ нг/мл, осенью — $32,93 \pm 16,73$ нг/мл, что так же как и в 1 группе доказывает относительную независимость уровня витамина D в сыворотке крови детей с неврологическими заболеваниями от сезона.

Выводы. Получены убедительные клинические доказательства высокой распространенности дефицита и недостаточности витамина D (2/3 обследованных детей с заболеваниями кожи) в сравнении с детьми с неврологическими заболеваниями (1/2 обследованных пациентов). Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о необходимости клинических рекомендаций по саплементации витамином D детей не только с заболеваниями кожи, но и другими, где получены убедительные доказательства связи недостаточности витамина D с течением заболевания.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КИШЕЧНЫХ ПАЗАРИТОЗОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

Морозов А.И.

Научный руководитель:

Костырной Александр Васильевич, д.м.н., профессор

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,

Симферополь, Россия

Введение. Кишечные паразитозы (КП) — группа заболеваний, вызываемых паразитированием в кишечнике гельминтов и простейших, кишечные паразитозы очень часто встречаются у детей, пик заболеваемости приходится на возраст 7–12 лет. Оказывая на организм неблагоприятное воздействие, ослабляя его и благоприятствуя развитию вторичных заболеваний, распространенность кишечных паразитозов во многом зависит от комплекса социальных факторов кишечными инвазиями, что также будет служить улучшению здоровья.

Цель. Изучить распространенность кишечных паразитозов среди детей города Севастополя.

Материалы и методы. В 2014–2018 гг. проводилось исследование по определению нозоструктуры и частоты распространенности кишечных паразитозов среди детей г. Севастополя. Исследование проводилось в 10 детских дошкольных учреждениях и 5 школах г. Севастополя. Было исследовано 1000 детей в возрасте от 5 до 17 лет.

Результаты. Диагностику гельминтозов осуществляли посредством обнаружения яиц гельминтов в мазках фекалий, яиц остриц в соскобе с перианальных складок и визуального обнаружения яиц гельминтов или остриц в фекалиях. В ходе исследования кишечные паразитозы были выявлены у 300 детей. Чаще всего обнаруживали энтеробиоз — $35,5 \pm 1,5\%$, затем лямблиоз — у $20,0 \pm 1,4\%$, аскаридоз — у $15,2 \pm 1,2\%$, трихоцефалез — у $10,2 \pm 1,1\%$. Инвазированность ими детей была очень высокой. По частоте выявляемости все нозоформы были разделены на 3 группы. Первую группу составляют тонзиллит, ОРЗ и диспепсия, их частота колеблется от $15,2 \pm 1,3$ до $2,5 \pm 1,1\%$ случаев. При кишечных паразитозах гигиенический статус полости рта весьма низкий, что свидетельствует об

интенсивной обсемененности полости рта микроорганизмами. Кишечные паразитозы неблагоприятно действуют на желудочно-кишечный тракт, что проявляется диспепсическим синдромом. Вторую группу составляют тонзиллит, фарингит, бронхит, астма, инфекции и аллергии — от $5,0 \pm 0,5$ до $6,5 \pm 0,5$ случаев. В третью группу входят сердечно-сосудистые, эндокринологические, неврологические, дерматологические заболевания, кишечные расстройства — от $1,0 \pm 0,5$ до $2,5 \pm 0,6\%$ случаев.

Выводы. Таким образом, кишечные паразитозы имеют большую медико-социальную значимость, обусловленную высокой частотой различных заболеваний у детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.

Расулова Н.А., Ахмедова М.М., Ирбутаева Л.Т.

Научный руководитель:

Шарипов Рустам Хаитович, д.м.н., доцент

Самаркандский Государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение: Антибиотики по праву считаются ключевыми лекарственными средствами в терапии бактериальных заболеваний. Наиболее распространенными заболеваниями у детей являются заболевания носоглотки и верхних дыхательных путей (отит, синусит, фарингит, бронхит, пневмония). Поэтому «золотым стандартом» антибактериальной терапии ОРЗ бактериальной природы у детей является назначение β -лактамов защищенных антибиотиков.

Цель работы. Изучение эффективности β -лактамов защищенных антибиотиков и макролидов при респираторной инфекции у детей.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 32 ребенка в возрасте от 6 мес. до 3-х лет, которые получали стационарное лечение в городской детской больнице № 1 по поводу острой тяжелой пневмонии (17) и ОРВИ, осложненной средним отитом (15). Детям, страдающим пневмонией, после курса парентеральной антибиотикотерапии назначали β -лактамы защищенные антибиотики. Одним из ведущих препаратов для лечения острого среднего отита у детей на сегодня является амоксициллин/клавуланат. При аллергии на эти препараты или при выявлении внутриклеточных возбудителей, таким детям назначали макролиды.

Результаты: Амоксициллин/клавуланат, в частности препарата Флемоклав Соллютаб®, назначали в дозе 30–60 мг/кг массы тела в сутки в 3 приема в течение 7–10 дней у детей с острым средним отитом (11) и пневмонией для продолжения антибиотикотерапии ступенчатым методом (10). При наличии аллергии или изменении стула, детям (11) назначали препарат из группы макролидов — Вильпрофен Соллютаб в дозе 40–50 мг/кг массы тела в сутки в 2–3 приема в течение 7–10 дней.

Установлено, что Флемоклав Соллютаб® обладает высокой клинической эффективностью (98,7%), переносимостью. При наличии аллергии или изменении

стула, детям (11) назначали препарат из группы макролидов — Вильпрофен Соллютаб. Учитывая безопасность макролидов, их возможность применения у больных с аллергией на β — лактамные антибиотики мы назначили препарат — макролид. Эффективность Вильпрофен Соллютаб у наших пациентов достигала до 99%.

Выводы: Т.о. «золотым стандартом» антибактериальной терапии ОРЗ бактериальной природы у детей является назначение β -лактамов антибиотиков, которые рассматриваются в качестве препаратов первого выбора, а при аллергии на эти препараты или при выявлении внутриклеточных возбудителей — макролиды.

МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Балахнин Д.Г., Чермных И.И., Карпов А.А.,
Марцевич А.В., Пронин А.В.

Научный руководитель:

Добряк Татьяна Александровна, к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Кемеровский государственный медицинский университет Минздрава России, Кемерово, Россия

Введение. У детей дошкольного возраста среди заболеваний лимфаденоидного глоточного кольца наиболее часто встречается гипертрофия и воспаление аденоидных вегетаций, что составляет более 62% в структуре заболеваний уха, горла и носа и 28,9% заболеваний верхних дыхательных путей. Персистирующие в аденоидной ткани патогенные бактерии и вирусы способствуют развитию воспалительных процессов в полости носа и околоносовых пазухах, а также распространению процесса на среднее ухо. При наличии аденоидных вегетаций возникает «порочный» круг: аденоиды вызывают затруднение носового дыхания, что препятствует излечению ринита, а последнее обуславливает дальнейшее увеличение аденоидных разрастаний. Это нередко приводит к хроническому воспалению в околоносовых пазухах. Ведущим симптомом при гипертрофии аденоидных вегетаций является затруднение носового дыхания, что отрицательно сказывается на функции жизненно важных органов и систем, на формировании грудной клетки и лицевого скелета, а также на интеллектуальном развитии ребенка. При развитии хронической воспалительной реакции аденоидные вегетации могут становиться источником вирусной, бактериальной, микотической и аллергической сенсibilизации, а приводить к снижению гуморального и клеточного иммунитета, выраженным ухудшением мукоцилиарного клиренса.

Цель. Провести анализ консервативных методов лечения хронического аденоидита у детей.

Материалы и методы. Наблюдались дети от 2 до 6 лет. Первая степень аденоидита наблюдалась у 18 детей, вторая — у 24, третья степень — у 18 пациентов. Наряду с пальцевым исследованием носоглотки у 65% детей проводился эндоскопический осмотр. Основными проявлениями аденоидных вегетаций были: частые и затяжные риниты 83,3%, кашель и покашливание 75%, храп во время сна 60%, затруднение носового

дыхания 65%, отиты 38,8%. Анализ приведенных данных свидетельствует, что не всегда ведущей жалобой ребенка и его родителей является отсутствие носового дыхания. Поэтому следует уделять внимание наличию у ребенка длительно сохраняющегося насморка, ничем не объяснимого кашля и прогрессирующего снижения слуха. Всем детям проводились следующие методики консервативного лечения: первым этапом проводилось восстановление свойств слизистой оболочки носа, путем ирригации физиологического раствора или стерильного раствора морской воды. Применялся фонофорез полости носа и носоглотки с помощью аппарата «Тонзиллор М». Вторым этапом лечения — назначение антибактериального препарата для местного применения (фрамицетин). При наличии в носоглотке густого секрета использовали муколитические препараты — синупрет, ацетилцистеин+туаминогептан. Третьим этапом лечения является назначение местных глюкокортикостероидов — мометазон, беклометазон в возрастной дозировке до 30 дней. Контроль эффективности лечения осуществляли на основании анализа субъективной оценки состояния больного ребенка, данных оториноларингологического обследования, контрольной эндоскопии полости носа и носоглотки.

Результаты. Анализ проведенного лечения показал, что у всех детей первой группы наблюдалось полное восстановление носового дыхания, уменьшение аденоидной ткани, у 65,5% пациентов второй группы наступило улучшение, что выражалось в исчезновении выделений из носа, ликвидации воспалительных изменений в полости носа и носоглотке, а также в околоносовых пазухах, сокращение аденоидных вегетаций до первой степени. У всех пациентов третьей группы наступило улучшение общего состояния, восстановление носового дыхания, что позволило отсрочить или отказаться от проведения оперативного вмешательства.

Выводы. Эффективность данной методики позволяет использовать ее не только для лечения хронического аденоидита, но и в качестве консервативной санации полости носа перед аденотомией с целью более гладкого течения послеоперационного периода, а в ряде случаев полностью отказаться от оперативного вмешательства, сохранив лимфоидную ткань, как орган иммунитета у детей.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Матевосова Д.С., Текеев Р.С.

Научный руководитель:

Баум Тамара Гивиевна, к.м.н., доцент

ФГБОУ ВПО Кубанский Государственный
Медицинский Университет Минздрава России,
Краснодар, Россия

Введение. Последние годы, проблема коревой инфекции приобретает все большее эпидемиологическое значение на Европейском континенте. Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по кори связана с ростом заболеваемости и возобновлением циркуляции эндемичных для ряда стран Европы вирусов кори, а также неблагоприятием по кори в странах Азиатского регио-

на, и, как следствие, увеличением числа завозных случаев кори в Российской Федерации. К одной из основных причин неблагоприятия является также снижение охватов плановой иммунизации против кори детей и взрослых, и рост числа отказов от вакцинации.

Цель. Изучение особенностей течения кори у детей на современном этапе.

Материалы и методы. Проведен анализ 33 истории болезни детей, госпитализированных в ГБУЗ «СКДИБ» г. Краснодар за период с ноября по декабрь 2019 г. Из всех больных корью дети в возрасте до года составили 3 (9,1%) ребенка, от 1-го до 3 лет — 11(33,3%), от 4-х до 6 лет — 8 (24,2%), от 7 до 13 лет — 7 (21,2%), от 14 до 17 лет — 4 (9,52%). Из них 17 (51,5%) мальчиков, 16 (48,4%) — девочек, из которых 8 (24,2%) были вакцинированы, а 25 (75,7%) нет. Основная причина непривитости — отказ родителей от иммунизации против кори. Диагноз кори у всех больных был подтвержден лабораторно методом иммуноферментного анализа с обнаружением в сыворотке крови специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М (IgM).

Результаты. Дети поступали с клиническими проявлениями различных периодов кори: 5 (15,1%) больных поступили в катаральный период — с температурой до 39°C, с грубым лающим кашлем, ринореей, отеком век; явлениями конъюнктивита с выраженной светобоязнью, нарушение сна и аппетита. У 3 (9,1%) больных наблюдались пятна Филатова–Коплика–Бельского. Высыпания появились на 2–3 день после госпитализации и характеризовались четкой этапностью. 28 (84,9%) больных поступили в период высыпаний с температурой 39°C пятнисто-папулезной сыпью с последующей этапностью пигментации. Для детей раннего возраста — 3 (9,1%) характерной явилась дисфункция кишечника (жидкий стул до 3–5 раз в сутки энтеритического характера). По степени тяжести у 4 (12,1%) больных отмечалась легкая форма, у 21 (63,3%) — средней тяжести, у 8 (24,2%) — тяжелая. Клиническая картина у всех наблюдавшихся нами больных протекала типично, с характерными клиническими симптомами и стадийностью инфекционного процесса.

Выводы. На современном этапе клиническая картина кори практически не изменилась, и заболеваемость отмечается у детей, с отсутствием профилактической вакцинацией этой инфекции, в связи с этим, необходимо повысить настороженность врачей на выявление и раннюю диагностику кори с целью предотвращения заболевания.

КОКЛЮШНАЯ ИНФЕКЦИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА БЕСКЛЕТОЧНОЙ ВАКЦИНОЙ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Крылова Д.Р.

Научный руководитель:

Сутовская Диана Владимировна, к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский
университет Минздрава России, Краснодар, Россия

Ведение. В последнее время отмечен рост заболеваемости коклюшем у непривитых, а также привитых как детей, так и взрослых. В связи с появлением в России новой вакцины для профилактики дифтерии (с уменьшенным содержанием антигена), столбняка, коклюша (бесклеточная), комбинированной, адсорбированной открылись возможности вакцинации и ревакцинации среди детей старше 4 лет и взрослых.

Цель. Изучить поствакцинальный иммунитет, специфическую иммунопрофилактику и переносимость вакцины от дифтерии, столбняка и коклюша для детей старше 4 лет в г. Краснодар.

Материалы и методы. Оценен поствакцинальный иммунитет у 76 человек от 3 до 25 лет (РА с сывороткой привитых). Критерии включения: наличие вакцинального анамнеза и отсутствие данных о перенесенном коклюше, подтвержденные медицинской документацией. Анализ иммунопрофилактики коклюша вакциной для профилактики дифтерии (с уменьшенным содержанием антигена), столбняка, коклюша (бесклеточная), комбинированной, адсорбированной и оценка побочных проявлений после иммунизации (ПППИ) проведены у 518 человек. Период исследования — с июля 2018 г. по октябрь 2019 г.

Результаты. Защитный уровень АТ к коклюшу зарегистрирован у 24(31,5%). У 41(54%) уровень защитных АТ ниже минимального протективного, у 11 (14,5%) отсутствовал поствакцинальный иммунитет. Количество привитых бесклеточной вакциной увеличилось в 2 раза среди детского населения (2018 — 129; 2019 — 264) и взрослых (2018 — 39; 2019 — 86). По возрастной структура вакцинированных детей была следующей: 4–5 лет — 3 (0,8%), 6–7 лет — 170 (43,3%), 8–13 лет — 25 (6,4%), 14 лет — 164 (41,7%), 15–18 лет — 31 (7,8%). В числе поствакцинальных реакций выделяли местные и общие, по степени выраженности — слабые и сильные. Местные реакции оценивали: слабые (отек, гиперемия в месте введения препарата ≤ 5 см в диаметре, незначительное чувство боли, жжения, дискомфорта, а также выраженность реакции ≤ 3 сут.) и сильные (отек, гиперемия в месте введения препарата > 5 см в диаметре, осязаемое чувство боли, жжения, дискомфорта, а также выраженность реакции более 3 сут.). К общим реакциям в поствакцинальном периоде относили: слабые реакции — температура тела до $37,9^{\circ}\text{C}$, головную боль, миалгию и астению незначительной степени выраженности, длительность реакции до 2 суток; сильные реакции — температура тела 38°C и выше, выраженную головную боль, миалгию и астению, длительность реакции от 2 и более суток. Общие поствакцинальные реакции среди детей составили 12,2% (48), преобладали слабые реакции — 36 (9,2%), сильные встречались у 12 человек (3%), при этом повышение температуры отмечалось у 16 человек (4%), головная боль и боли в мышцах у 38 человек (9,7%). У взрослых общие поствакцинальные реакции не отмечались. Местные поствакцинальные реакции среди детей составили 38,2% (150), преобладали слабые реакции — 103 (26,2%), сильные встречались у 47 детей (12%). Среди взрослого населения местные реакции встречались у 44% (55), при этом слабые реакции регистрировались у 38 человек (30,4%), а сильные у 17 (13,6%). Была отмечена тенденция к росту числа

и степени выраженности местных поствакцинальных реакций с увеличением возраста вакцинированных. Побочные проявления после иммунизации (ПППИ) различной степени выраженности купировались самостоятельно в течение 3 дней.

Выводы. Минимальный протективный уровень АТ к коклюшу установлен у каждого третьего респондента, более половины имели уровень защитных АТ ниже минимального протективного, отсутствовал поствакцинальный иммунитет у 14,5%. Для снижения заболеваемости коклюшем, целесообразно обследовать иммунологическую защищенность и проводить ревакцинацию бустерной дозой для достижения стойкого поствакцинального иммунитета. За исследуемый период иммунопрофилактика данной вакциной увеличилась в 2 раза, показав удовлетворительный профиль безопасности, что позволяет ее рекомендовать для вакцинации детей с нарушенным графиком прививок и ревакцинации детей с 4 лет и старше.

ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Асланова А.В., Полухинских А.Э.

Научный руководитель:

Пермякова Анна Владимировна, к. м. н, доцент
ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера
Минздрава РФ, Пермь, Россия

Введение. Прогресс медицинской науки привел к тому, что заболевания, от которых раньше погибали пациенты, сейчас успешно лечатся или протекают в виде медленно прогрессирующих хронических заболеваний. Таким детям оказывается квалифицированная медицинская, психосоциальная помощь, которая является основой паллиативной помощи. Паллиативная помощь — это не просто медицинская помощь неизлечимо больным детям с онкологией, а помощь при заболеваниях, которые приводят к преждевременной смерти и инвалидизации. Состояние данной категории больных крайне тяжелое, поэтому присоединение любых других заболеваний, в том числе и инфекционных, приводит к ухудшению здоровья, а нередко и к летальному исходу.

Цель. Изучить инфекционную заболеваемость детей, находящихся в отделении интенсивной терапии, нуждающихся в паллиативной помощи.

Материалы и методы. Были проанализированы амбулаторные карты и выписки пациентов из отделения интенсивной терапии ГБУЗ ПК «Детская клиническая больница № 13» в период с 2012 по 2018 год. В результате было отобрано 56 детей, в возрасте от 1 года до 15 лет, с заболеваниями, которыми требуют получения паллиативной помощи.

Результаты. Медиана возраста детей составила 3 [IQR 2;4,5] года, причем, подавляющая часть детей — 73% (41/56) была в возрасте от 1 до 4 лет. Из дома ребенка поступили 23,2% (13/56) детей, из семьи — 76,8%

(43/56). Распределение по категории паллиативной помощи было следующим: первая категория — 17,9% (10/56), вторая — 12,5% (7/56), третья — 10,7% (6/56), четвертая — 58,9% (33/56). Дети поступали в отделение интенсивной терапии из-за ухудшения состояния связанного в 73% (41/56) с респираторной (66%, 37/56) или кишечной (7%, 4/56) инфекцией, $p=0,001$. Острая респираторная инфекция протекала по типу бронхита в 26,8 % (15/56) случаев, назофарингита в 17,8% (10/56) случаев, пневмония и бронхолит отмечены в 14,3% (8/56) и 7,1% (4/56) соответственно. У 17,9% (10/56) детей наступило ухудшение состояния по поводу основного заболевания, а 8,9% (5/56) поступили по поводу состояний ассоциированных с патологией ЦНС — гнойный менингит 3,5% (2/56), постгипоксическая энцефалопатия — 1,8% (1/56) и осложнение после вентрикулоперитонеального шунтирования в 3,5% (2/56) случаев. Дети госпитализировались в ОРИТ в основном для проведения инфузионной терапии — 34,1% (15/44) случаев, ИВЛ — 15,9% (7/44) случаев и спинномозговой пункции в 4,5% (2/44) случаев. Медиана длительности госпитализации составила 5,5 [IQR 3;9,5] дней. Изучение анамнеза показало, что настоящая госпитализация в ОРИТ была первичной только для 9% (5/56) детей, остальные ранее уже неоднократно были госпитализированы в данное отделение. В 80% (45/56) случаев дети выписывались с улучшением общего состояния. В 20% (11/56) случаев заболевание закончилось летальным исходом, медиана возраста погибших детей составила 3 [IQR 2;3] года. Первую и четвертую категории паллиативной помощи имели большинство погибших детей — 45,4% (5/11) и 36,4% (4/11), на долю 2 и 3 категории пришлось по 9,0% (1/11) случаев. Паллиативную помощь погибшие дети получали в 54,5% (6/11) случаев по поводу опухолей головного мозга и врожденных пороков головного мозга, в 27,2% (3/11) случаев — по поводу органического поражения ЦНС, на долю гепатобластомы и мукополисахаридоза пришлось по 9,0% (1/11) случаев. По поводу основного заболевания ухудшение состояния и смерть наступила у 54,5% (6/11) детей, причиной смерти остальных 45,4% (5/11) пациентов была ассоциированная вирусно-бактериальная инфекция.

Вывод. Таким образом, инфекционные заболевания играют важную роль для здоровья детей, получающих паллиативную помощь, так как, в 76% случаев с ними связано ухудшение общего состояния, потребовавшего госпитализации в ОРИТ, а в 45,4% случаев респираторные/кишечные инфекции явились причиной смерти ребенка.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ГРИППА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Абророва Б.Т.

Научный руководитель:

Алиева Н.Р., д.м.н.

Кафедра Госпитальной педиатрии №1 с основами нетрадиционной медицины

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Течение гриппа у детей варьируется от субклинической болезни до осложненной, которая поражает несколько органов. Помимо типичных проявлений в виде катаральных явлений дыхательных путей и интоксикационного синдрома, грипп может проявляться в виде крупа, бронхолита, пневмонии, лихорадочного заболевания, имитирующего бактериальный сепсис, или, иногда, осложнений со стороны ЦНС, сердца, мышц или почек

Цель. Изучение клинических и лабораторно-инструментальных особенностей гриппа А и В у детей раннего возраста в 1 ДГКБ города Ташкента в период эпидемии.

Материалы и методы исследования. Нами наблюдались 40 детей в возрасте от 4 месяцев до 5 лет, (средний возраст $1,4 \pm 4$ мес) с диагнозом грипп А и В, госпитализированных в отделениях пульмонологии, соматоневрологии и отделении детей раннего возраста с ноября 2019 до конца февраля 2020 года. Диагноз верифицирован при помощи клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Определение штаммов гриппа основано на принципе иммунохроматографического анализа.

Результаты. Исследуемые были разделены на две группы. В I группу вошли 20 детей с диагнозом грипп А, вторая группа состояла из 20 детей с гриппом В. Пациенты из I группы температуры $5 \pm 0,2$ дней, со значениями $38,6 \pm 0,3^\circ\text{C}$. Из анамнеза все дети в данной группе родившейся в срок, не перенесшие неонатальную патологию. Тем не менее, у одного пациента в возрасте 8 месяцев, ранее диагностировался БЭН, первичный иммунодефицит, а грипп А осложнился застойной пневмонией, который выписался из стационара в удовлетворительном состоянии под наблюдением участкового педиатра. У пациентов из второй группы отмечалось повышение температуры тела от 37°C до $40,5^\circ\text{C}$. Период лихорадки длился в среднем 6 суток. У двоих пациентов с отягощенным неврологическим статусом, из второй группы наблюдались фебрильные судороги при температуре тела $39,4^\circ\text{C}$, также запрокидывание головы на 7–сутки заболевания у 6 месячного ребенка. У двоих пациентов (10%) были жалобы на отказ от еды и питья, наряду с одышкой и увеличением частоты дыхания на 20% при поступлении в приемное отделение и в дальнейшем выставлялся диагноз пневмония.

Выводы. В этом эпидемическом сезоне грипп у детей малых лет протекал несмотря на относительно длительное течение лихорадочного периода, осложнения отмечались лишь у детей с отягощенным преморбидным фоном.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ

Абророва Б.Т.

Научный руководитель:

Алиева Н.Р., д.м.н.

Кафедра Госпитальной педиатрии №1 с основами нетрадиционной медицины

Ташкентский Педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Последние несколько десятилетий отмечается повсеместный рост вирусных инфекций, их более тяжелое клиническое течение, с резистентностью и торпидностью к проводимой терапии. Общеизвестным является и неуклонный рост аллергопатологии. Соответственно, в клинической практике мы часто можем видеть сочетание инфекции и аллергии у одного пациента. Однако это не простое сложение двух патологий, а более сложный процесс взаимодействия и взаимовлияния. Во-первых, сами инфекционные агенты могут выступать в качестве причинно-значимого аллергена. Во-вторых, инфекция может формировать аллергическое заболевание у предрасположенного к этому человека [1].

Цель. Изучить особенности клиники бронхитов у детей с аллергической предрасположенностью.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе 1 Детской городской клинической больницы города Ташкента с ноября 2019 до конца января 2020 года. Нами наблюдались 40 детей в возрасте от 4 месяцев до 5 лет, (средний возраст $2,4 \pm 3$ мес) с диагнозом острый простой бронхит и острый обструктивный бронхит, госпитализированных в отделениях пульмонологии, и отделении детей раннего возраста. Диагноз верифицирован при помощи клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования. Наблюдавшиеся 40 детей были разделены на две группы. Первую группу составили 20 детей с аллергическим диатезом. Во вторую группу вошли 20 детей, перенесшие бронхит без аллергического фона. Средний возраст детей первой группы составил 2,3 года, тогда как самому младшему пациенту было 5 месяцев, а самому старшему 2,1 года. Средний возраст детей, перенесших грипп В составил 2,2 года, самому старшему ребенку было 5 лет и 4 месяца, самый минимальный возраст в данной группе 4 мес. В первой группе у 80% (16) детей клинико-лабораторные и инструментальные данные указывали на острый простой бронхит средней степени тяжести, тогда как у 20% (4) пациентов диагностировался обструктивный бронхит без осложнений. Пациенты из второй группы в 90% (18) случаев перенесли обструктивный бронхит и бронхиолит. У одного исследуемого с отягощенным неврологическим фоном при температуре $38,9^\circ\text{C}$ были фебрильные судороги. Остальные 10% наблюдавшиеся перенесли острый ринофарингит.

Выводы. Аллергия влияет на клиническую картину инфекционного заболевания и может видоизменять его течение, особенно у детей раннего возраста. В патогенезе респираторных заболеваний преобладание аллергического воспаления ведет к формированию обструктивного компонента в клинике ОРВИ.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Шуленина М.В.

Научный руководитель:

Сережкина Александра Владимировна, ассистент
кафедры

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский
университет Минздрава России, Курск, Россия

Введение. Внебольничная пневмония — это пневмония, развившаяся вне больницы или в первые 72 часа госпитализации.

Как и любая другая патология в неонатологии, пневмония занимает особое место, как одна из причин госпитализации ребенка и дальнейшей возможности развития осложнений, которые могут закончиться летальным исходом. Несмотря на то, что в последние годы были достигнуты огромные успехи в лечении данной патологии, это заболевание остается основной проблемой как неонатологии, так и пульмонологии.

Цель. Изучение течения внебольничной пневмонии у детей первого года жизни, находившихся на лечении в ОБУЗ ОДКБ г. Курска. Выявление частоты встречаемости данной патологии.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели был проведен ретроспективный анализ 100 детей, находившихся на лечении в ОБУЗ ОДКБ г. Курск в отделении пульмонологии.

Результаты. В ходе исследования принимали участие больные младенцы г. Курска, г. Железногорска и Курской области, получавших лечение в ОБУЗ ОДКБ. При этом больных ВП, из числа обследуемых пациентов, было 37.

Средний возраст детей составил 5,3 месяца, а медиана возраста — 4,7. Данные показатели обуславливают становление иммунной системы ребенка.

Соотношение полов детей (мужской: женский) составило 3:4.

Из полученных данных анамнезов жизни выяснено, что все дети были доношены, при этом естественным путем родились 78,4% (29) детей, а путем кесарево сечения — 21,6% (8).

Изучены результаты рентгенографии легких у исследуемых пациентов. При этом было установлено, что у 51,35% (19) детей выявлена правосторонняя пневмония, левосторонняя у 29,7% (11) и двустороннее поражение легких обнаружено у 18,95% (7)

Стоит отметить, что профилактические прививки были выполнены всем болеющим в соответствии с графиком национального календаря.

Из перенесенных заболеваний в анамнезах пациентов чаще всего встречалось ОРВИ — в 73% (27) случаев.

У обследованных детей был отягощен аллергологический диагноз. Аллергия проявлялась в виде сыпи, почесывания на цитрусовые продукты у 19% (7) детей, а так же проявлялась медикаментозная аллергия на парацетомол, анальгин в 8,1% (3) случаев.

У 21,6% (8) больных отмечены осложнения заболевания, а именно плеврит в 16,2% (6) и перисциссурит в 5,4% (2) случаях.

При исследовании бактериоскопии мокроты больных были получены следующие данные: *St.pneumoniae* обнаружен в 81,1% (30) случаев, *Staph.aureus* у 2,7% (1) и *H.influenza* найден в 8,1% (3) случаев.

Все заболевшие получали комбинированную антибиотикотерапию. Причем комбинация цефалоспоринов и макролидов была назначена в 56,8% (21) случаев. Лечение только цефалоспоринами III поколения проводилось у 21,6% (8) пациентов. Так же применялся препарат из группы полусинтетических пенициллинов — амоксициллин у 21,6% (8) детей.

Выводы. Исходя из выше перечисленных данных, можно сделать вывод, что у большинства детей, которые приняли участие в исследовании, ВП протекала гладко и не имела осложнений — 78,4% (29). Большинство случаев имело правостороннее поражение легких. Преобладающую роль в возникновении данной патологии играет *St.pneumoniae*, найденный у 30 детей. Превалировало число больных, у которых ОРВИ присутствовало в перенесенных заболеваниях. Более, чем у половины больных, родители курят. Тем самым делая своих детей пассивными курильщиками, угнетая их дыхательную систему.

СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЗА 10-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Воеводина Н.В.

Научный руководитель:

Волосовец Галина Геннадьевна, к.м.н., ассистент
ФГБОУ ВО Воронежский государственный
медицинский университет им. Н.Н.Бурденко
Минздрава России, Воронеж, Россия

Введение. Физическое развитие (ФР) детей имеет тенденцию к изменению в разные временные периоды [1,2]. Уровень гемоглобина у детей раннего возраста также зависит от различных факторов: вскармливания, индивидуальных особенностей, наличия или отсутствия профилактики дефицита железа и пр.

Цель. Сравнительный анализ ФР и уровня гемоглобина детей первого года жизни, рожденных в 2006 и в 2016 гг., то есть с разницей в 10 лет.

Материалы и методы. Проанализировано 1015 историй развития здоровых детей (505 детей 2006г. и 510 детей 2016 г. рождения): оценены масса и длина тела при рождении, в 3,6,9,12 месяцев, уровень гемоглобина; осуществлено сравнение показателей ФР и уровня гемоглобина у детей, родившихся с разницей в одно 10-летие.

Результаты. Длина тела детей 2016 г. рождения в возрасте 3–х месяцев и их масса тела при рождении была достоверно выше аналогичных показателей детей 2006 г. рождения. Сравнение по полу показало, что длина тела мальчиков 2016 г. рождения имела тенденцию к нарастанию по сравнению с мальчиками 2006 г. рождения, кроме возраста 6 месяцев, но статистической достоверности не отмечено. Масса тела мальчиков двух групп достоверно не различалась. Длина тела девочек 2016 г. рождения достоверно превышала аналогичную длину тела у девочек 2006 г. рождения в возрасте 3–х и 6-ти месяцев. Масса тела при рождении у девочек 2016 г.р. также достоверно превысила аналогичный показатель девочек 2006 г.р., в другие возрастные периоды масса тела девочек двух групп достоверно не различалась. Сравнение средних показателей гемоглобина в возрасте 3–х и 12 месяцев выявило достоверное повышение его уровня у детей 2016 г. рождения в возрасте 3–х месяцев; в возрасте 12 месяцев уровни гемоглобина у детей достоверно не различались.

Выводы.

1. Длина тела детей 2016 г. рождения в возрасте 3–х месяцев и их масса тела при рождении была достоверно выше аналогичных показателей детей 2006 г. рождения.
2. Длина тела мальчиков 2016 г. рождения имела только тенденцию к нарастанию по сравнению с мальчиками 2006 г. рождения, а длина тела девочек 2016 г. рождения достоверно превышала аналогичную длину тела у девочек 2006 г. рождения в возрасте 3–х и 6–ти месяцев; масса тела девочек 2016 г. рождения при рождении достоверно превысила аналогичный показатель девочек 2006 г. рождения.
3. У детей 2016 г. рождения средний уровень гемоглобина в возрасте 3–х месяцев оказался достоверно выше аналогичного уровня у детей 2006 г. рождения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОЛИЧЕСТВА ЭОЗИНОФИЛОВ В КРОВИ НА ПЕРВЫХ ГОДАХ ЖИЗНИ И РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Левина Д.М., Аббасова Н.С., Леонтьева М.Е., Петрова Ю.В.

Научные руководители:

Мунблит Даниил Борисович, PhD, доц., Блюсс
Олег Борисович, PhD

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Введение. Развитие аллергических заболеваний ассоциировано с эозинофилией в крови. Так, например, большое количество эозинофилов часто можно встретить у больных бронхиальной астмой. Тем не менее, этот показатель варьируется в течение жизни, а связь между количеством эозинофилов крови и развитием аллергических заболеваний до сих пор не установлена.

Цель. Целью данного пилотного исследования является выявление факторов, влияющих на количество эозинофилов крови и изменение этого показателя в течение первых лет жизни.

Материалы и методы. Данное исследование являлось ретроспективным исследованием типа «случай–контроль». Группы исследуемых пациентов составили здоровые дети и дети, страдающие бронхиальной астмой в возрасте 6–7 лет на момент сбора данных. Нами были оценены следующие показатели: количество эозинофилов в крови в различное время в первые 3 года жизни, основные демографические показатели, а также особенности семейного анамнеза. Данные были получены из амбулаторных карт детей, посещавших поликлинику по месту жительства. Статистическая обработка проводилась с использованием описательной статистики и линейного регрессионного анализа.

Результаты. В исследовании были оценены данные 116 детей 2013 года рождения, посещавших в течение жизни одну поликлинику. Вариабельность

количества эозинофилов крови в течение жизни у одного пациента была выше среди детей, больных бронхиальной астмой (6,749 [0,361–17,6] в сравнении с 3,391 [0–17,867] у здоровых детей). Также с помощью многофакторного дисперсионного анализа было достоверно установлено, что вариабельность данного показателя ниже у лиц женского пола ($p=0,008$). Достоверной связи с другими факторами (возраст матери, количество детей в семье, способ родоразрешения, наличие диагноза бронхиальной астмы) обнаружено не было.

Вывод. Данные нашего пилотного исследования подтверждают значительную вариабельность количества эозинофилов в крови на первом году жизни. Однако не было получено данных о взаимосвязи изменения этого показателя в течение жизни и развития бронхиальной астмы. Вариабельность количества эозинофилов крови была достоверно ниже у лиц женского пола. Данные, полученные в результате нашего исследования, свидетельствуют о необходимости проведения проспективного исследования с расширенной выборкой.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА, ТЕРАПИИ И ИСХОДОВ КАТЕТЕР- АССОЦИИРОВАННЫХ ТРОМБОЗОВ ВЕТВЕЙ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

Федосеева М.М., Похвощева П.Ю., Проскурина
В.В., Мерсалова Д.М.

Научный руководитель:

Ларина Любовь Евгеньевна, к.м.н., доцент

ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет им.
Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Катетер-ассоциированные тромбозы ветвей воротной вены могут являться причиной портальной гипертензии у детей и служат ранним признаком дефицита естественных антикоагулянтов.

Цель. Изучение факторов риска возникновения, подходов к терапии и исходов лечения катетер-ассоциированных тромбозов ветвей воротной вены, предложение способов их профилактики и ранней диагностики.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни пациентов с тромбозами ветвей воротной вены у детей, наблюдавшихся в 2019 году в Морозовской детской городской клинической больнице в возрасте от 2 суток до 2 месяцев. Всем детям проведена визуализация тромба путем УЗИ с доплерографией и исследована коагулограмма.

Результаты. Из 35 обследованных: 21 мальчик (60%) и 14 девочек (40%), из них 7 недоношенных (20%). У 34 диагностирован тромбоз левой ветви воротной вены, у 1 — левой ветви воротной вены и ее внутривенного сегмента. Средний возраст обнаружения тромбоза — 9 суток, минимальный — 2 суток, максимальный — 2 месяца. У 13 матерей (37,14%) в анамнезе угроза прерывания беременности. У 26 детей (74,3%) диагностированы инфекционные заболевания, свойственные неонатальному периоду, у 13 (37,1%) — внутриутробная гипоксия, у 4 (11,4%) — асфиксия в родах, у 24 (68,6%) дыхательная недостаточность, у 23

(65,7%) наблюдалось сочетание двух и более патологий. По данным УЗИ: 11 окклюзионных и 24 неокклюзионных тромба. Минимальный размер тромба — 3 на 4 мм, максимальный — 20 на 6 мм. У 10 детей (28,6%) выявлен дефицит естественных антикоагулянтов, из них у 5 дефицит антитромбина III (концентрация антитромбина III менее 50% — 1, менее 30% — 4), у 5 — протеина C (менее 50% — 2, менее 30% — 3). Терапию нефракционированным гепарином (НФГ) и низкомолекулярным гепарином (НМГ) получали 26 детей, НФГ — 5, НМГ — 4. Средняя подобранная доза НФГ 26,4 ЕД/кг/час, НМГ — 209,8 МЕ/кг. У 24 детей достигнута полная реканализация, у одного из них повторный тромбоз. У 11 реканализация не достигнута, терапия продолжена. Средняя длительность реканализации — 50 суток, минимальный срок — 4 суток, максимальный — 180 суток.

Выводы. Факторами риска развития тромбозов ветвей воротной вены являются патология беременности, недоношенность, перенесенная гипоксия или асфиксия в родах. Всем детям перед катетеризацией рекомендуется исследование коагулограммы, УЗИ с доплерографией во время катетеризации и после удаления катетера.

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ В РОССИИ И В ИРАКЕ

Матюшкина Валентина Александровна,
Абднур Хайтам Джамил Абднур,
Аль-Джуайфари Майтам Акель Махди

Научный руководитель:

Самошкина Е.С., к.м.н., доцент кафедры педиатрии
ФГБОУ ВО Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет им. Н.П.
Огарева, Медицинский институт, Саранск, Россия

Введение. Высокая скорость распространения инфекционных заболеваний в мире, сложность разработки методов этиотропной терапии, развитие тяжелых осложнений и увеличение смертности среди определенных групп населения позволяет считать иммунизацию одной из наиболее действенных мер борьбы с инфекциями. Однако на протяжении последних десятилетий увеличивается число людей, выступающих против вакцинации. В условиях роста невакцинированных пациентов отмечается рост заболеваемости управляемыми инфекциями.

Цель. Изучить уровень знаний представителей Ирака и России по вопросам вакцинопрофилактики, а также оценить отношение к иммунизации и источник получаемой информации.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 100 жителей Ирака (г. Эн-Наджаф, г. Эд-Дивания) и 200 жителей России (г. Саранск). Анонимная анкета включала в себя 19 вопросов, в том числе касающиеся социально-демографических признаков, персонального отношения к вакцинации и источников информации.

Результаты. Среди иракских респондентов 57% были мужчины, среди российских респондентов преобладали женщины — 60%. Преобладающее большинство респондентов в обеих странах представляли возрастную группу от 20 до 50 лет (78% среди граждан

Ирака и 83% среди россиян). Высшее образование было у 90% российских участников опроса и 58% иракцев, среди них служащими были 46% и 52% соответственно. У 77% опрошенных россиян было не более 2-х детей, тогда как у 61% иракских респондентов было 3 и более детей. Иракские граждане в 76% вакцинируются сами и вакцинируют своих детей, среди россиян данный показатель составил 48%, однако, 76% опрошенных жителей Ирака считают, что дети получают слишком много вакцин, а 39% уверены, что прививки ослабляют иммунную систему. Среди россиян, принявших участие в анкетировании, 47% не считают избыточным количество проводимых прививок, 46% отметили отсутствие негативного влияния вакцинации на иммунитет детей. Жители Ирака не опасаются развития тяжелых осложнений при вакцинации (72%) и 77% предпочитают вакцины, применяющиеся в течение длительного времени. Среди россиян отмечена такая же тенденция: 63% считает, что вакцинация не приводит к развитию тяжелых осложнений, и 61% доверяет проверенным вакцинам. Более половины опрошенных в обеих странах не считают вакцинацию фактором риска развития заболеваний нервной системы и аутизма, а также не согласны с мнением о наличии токсических компонентов в составе вакцин. Основным источником информации об иммунизации обе опрошенные группы указали медицинских работников (63% в Ираке и 72% в России), вторым по значимости источником информации в российской когорте были средства массовой информации – 22%, а среди иракцев — члены семьи (24%). Доверяют полученной информации 80% иракских респондентов и 64% российских участников опроса. В дополнительной информации по вопросам вакцинации нуждаются 86% опрошенных жителей Ирака и 66% россиян, причем 72% российских граждан обратятся за информацией к участковому педиатру, среди иракцев к педиатру обратятся 38% респондентов.

Выводы. Таким образом, приверженность к проведению вакцинации выше в Ираке, несмотря на существование мнения об избыточности прививок. Большинство опрошенных в обеих странах считают вакцинацию безопасной, применяемые вакцины качественными, что вероятнее всего связано с получением информации от профессиональных медицинских работников. Тем не менее, более половины респондентов в России и две трети иракских респондентов указали на потребность в дополнительной информации, что диктует необходимость поиска новых способов просветительной работы с населением.

ОСОБЕННОСТИ РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ПОДРОСТКОВ

Дудина К.А., Матвиенко Е.В., Хмелевская И.Г., Разицькова Н.С.

Научные руководители:

Хмелевская Ирина Григорьевна, д.м.н., профессор;
Разицькова Наталья Сергеевна, к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России, Курск, Россия

Введение. В настоящее время наблюдается тенденция к неуклонному росту распространенности ревматических болезней в детской популяции. Системные заболевания у детей протекают тяжелее, чем у взрослых больных, отличаются быстрой генерализацией патологического процесса, что приводит к менее благоприятным исходам. Основным представителем диффузных заболеваний соединительной ткани является системная красная волчанка (СКВ). Это одна из сложнейших и актуальных проблем современной педиатрии.

Цель. Изучение особенностей дебюта системной красной волчанки у подростков.

Материалы и методы. Проанализирована симптоматика СКВ на первом году заболевания у 21 ребенка (преимущественно лиц женского пола (90,5 %)), находившегося на стационарном лечении в медицинском учреждении. Средний возраст больных составил 14,1 год. Диагноз установлен в соответствии с классификационными критериями (SLICC, 2012) при наличии 4 из 11 признаков. Выявление развития данной патологии в первые месяцы затруднено, в силу отсутствия необходимого количества признаков заболевания. В виду этого, правильно был верифицирован диагноз в первые шесть месяцев болезни у 56,7% подростков. Остальные больные, в виду преобладания в клинике заболевания на начальном этапе формирования таких проявлений как суставной синдром с поражением мелких диартрозов, изменений в области кожных покровов лица и в мочевом осадке, длительно наблюдались и лечились у врачей с другими диагнозами. Для оценки функционального состояния органов и систем использовали комплекс клинико-лабораторных, инструментальных методов исследования. Статистическая обработка материала проведена с использованием пакета прикладных программ (MS Excel, SPSS). Для оценки достоверных отличий использовался *t* критерий Стьюдента. Критический уровень значимости для проверки статистических гипотез при сравнении групп принимался равным 0,05.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что возраст дебюта СКВ у подростков составил $159,1 \pm 3,82$ мес, преобладали пациенты с подострым началом заболевания ($p < 0,01$) и второй степенью активности патологического процесса ($p < 0,05$). У части больных были определены предшествующие факторы развития данной патологии. Оценивая клиническую симптоматику СКВ у наблюдаемых больных установлено, что в первые месяцы развития болезни наиболее часто встречались кожный (81,5 %) и суставной (80,4 %) синдромы. Рассматривая проявления СКВ в рамках отдельной системы необходимо отметить, что в каждом синдроме преобладали эритематозные высыпания на лице в области скуловых дуг и переносицы в виде «бабочке» (81,3%), повышенная чувствительность к инсоляции. Среди поврежденных опорно-двигательного аппарата наиболее часто встречался суставной синдром с преимущественным поражением лучезапястных и коленных диартрозов, мелких суставов кистей без деструктивных изменений на рентгенограммах. В дебюте СКВ достаточно часто отмечались поражения нервной и сердечно-сосудистой систем. В ходе проведенного исследования установлено, что большинство больных имели повышенные уровни острофазовых показателей. Многие

клинические исследования убедительно демонстрируют преобладание женщин среди больных СКВ.

Выводы. Таким образом, верификация заболевания на более ранних этапах развития болезни, способствует своевременному и адекватному проведению лечебных мероприятий, учет характера эволюции заболевания, особенностей периода полового созревания, а также заблаговременная профилактика осложнений, будет являться гарантией более благоприятных исходов СКВ в данном возрастном периоде.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА У ДЕТЕЙ: ОТ ПЕРВЫХ СИМПТОМОВ ДО ДИАГНОЗА

Морская А.В., Маленкова В.А.

Научный руководитель:

Ларина Любовь Евгеньевна, к.м.н., доцент
ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Системная красная волчанка (СКВ) — это системное аутоиммунное заболевание неустановленной этиологии, характеризующееся крайне разнообразной клинической картиной. По мере прогрессирования симптомы ухудшают качество жизни, приводят к тяжелым осложнениям. Вначале волчанка нередко имеет моносиндромное течение, протекает под «масками» многих других заболеваний. Это затрудняет раннюю диагностику, отдаляет начало лечения и неблагоприятно сказывается на исходе болезни.

Цель. Проанализировать клиническую картину дебюта и течения СКВ у детей и выявить их возможные изменения по сравнению с предшествующими исследованиями.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 38 историй болезни пациентов с установленным диагнозом СКВ, находившихся на лечении в МДГКБ с 2016 по 2019 г. На основании данных анамнеза и результатов исследований проанализированы соотношение полов, возраст дебюта, срок постановки диагноза, клиническая картина и провоцирующие факторы. Полученные данные сопоставлены с результатами отечественных исследований прошлых лет, посвященных изучению СКВ.

Результаты. В исследуемой группе преобладали девочки — 79%, мальчики составили 21% (3,8:1). Возраст на момент дебюта — от 8 до 18 лет. Преобладала возрастная группа 12–16 лет (66%). Время постановки диагноза — от 2 недель до 4 лет 4 месяцев с момента первых клинических проявлений, в среднем — 10 месяцев. Среди первых проявлений преобладали геморрагические (21,1%), чуть реже — лихорадка (18,4%), тромбозы (15,8%) и сыпь по типу «бабочки» (13,2%). С астеновегетативного синдрома (АВС) клиника СКВ начиналась в 10,5% случаев, с артралгий — в 7,9%, с неврологических симптомов — в 7,9%, с нефрита — в 5,3%. В единичных случаях — с афтозного стоматита, маточного кровотечения, миалгии, миокардита, гастрита. У одного пациента поводом для обследования послужили случайные на-

ходки в ОАК (тромбоцитопения, лейкопения) и у одного — на УЗИ (асцит). Среди всех выявленных симптомов доминировали иммунологические (100%) и гематологические проявления (84,2%). Геморрагические нарушения обнаружены в 34,2%; лихорадка, эритематозная сыпь в скуловой области — в 28,9%; протеинурия, АВС, кожный васкулит — в 23,7%; лимфаденопатия, артрит — в 21,0%; тромбозы, носовые кровотечения, гематурия — в 18,4%; хейлит, алоpecia, афтозный стоматит, головная боль — в 15,7%; гидроторакс, неврологические проявления — в 13,2%; перикардит, асцит — в 10,5%; артериальная гипертензия, маточные кровотечения, пневмонит — в 5,2%; миозит — в 2,6%. В 34,2% СКВ протекала с антифосфолипидным синдромом. При сравнении полученных результатов с данными МДГКБ за 2002–2007 гг. выявлено увеличение доли детей с геморрагическим синдромом, тромбоцитопенией, кожным васкулитом. Частота других показателей (артрит, кожные проявления, поражения почек, серозиты) меньше, однако отмечалось большее разнообразие клинических проявлений, в частности тромбозы, неврологические нарушения, носовые, маточные кровотечения, миозит, алоpecia у разных пациентов. Провоцирующие факторы у большинства пациентов (77,7%) не выявлены, однако у 15,8% явно прослеживалась роль инфекций, у 10,5% — фотосенсибилизации. У одной девочки возможна роль КОК как триггера.

Выводы. В изученной группе выявлено наличие большого разнообразия дебютов и последующих клинических проявлений, а также вариабельность их частоты по сравнению с более ранними исследованиями, в связи с чем, СКВ остается заболеванием, требующим тщательного диагностического поиска.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Брызгалина С.Ю.,

Милёхина М.Ю., Карпикова К.Б.

Научный руководитель:

Ларина Любовь Евгеньевна, к.м.н., доцент
ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет им.
Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Синдром/болезнь Kawasaki (СК) — остро протекающее системное заболевание, характеризующееся поражением средних и мелких артерий с возможным развитием аневризм и стенозов коронарных артерий, особенно при поздней диагностике и несвоевременном и/или неадекватном лечении. СК — один из диагнозов, который обязательно должен рассматриваться в качестве причины длительной фебрильной лихорадки у детей.

Цель. Изучение клинических проявлений, особенности течения и вероятности развития инвалидизирующих осложнений у детей с СК.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни пациентов с СК, проходивших лечение в МДГКБ за период с 2017 по 2019 год. В исследование включено 20 пациентов — 17 мальчиков (85%) и 3 девочки

(15%). Изучены клинические симптомы СК, результаты лабораторных исследований: общего и биохимического анализа крови; инструментальных исследований (ЭХО–КГ, УЗИ с доплеровским цветным картированием).

Результаты. Частота встречаемости клинических признаков болезни Kawasaki у исследуемых детей такова: лихорадка более 5 дней (100%), склерит (88,9%), полиморфная сыпь (83,3%), хейлит (77,8%), специфические изменения кожи кистей и стоп (75%), увеличение лимфоузлов (64,3%). По возрасту детей разделили на группы: от 0 до 1 года — 6 (30%), от года до трёх лет — 9 (45%), от трёх до пяти лет — 4 (20%), от пяти до 10 лет — 1 (5%). Наибольшее количество случаев заболевания СК у детей в возрасте от 1 года до 3 лет, наименьшее количество случаев пришлось на детей от 5 до 10 лет. Полная форма болезни Kawasaki (лихорадка и минимум 4 клинических признака либо лихорадка, 3 клинических признака и изменения на ЭХО–КГ) отмечалась в 13 случаях (65%), при этом на возрастную группу от 0 до 1 года приходилось 3 случая (23,1%), от 1 до 3 лет — 7 случаев (53,8%), от трёх до пяти лет — 3 случая (23,1%), у детей старше 5 лет не встречалась. Осложнения (формирование аневризм, тромбозы артерий, ишемические инсульты) сформировались в 11 случаях (55%), формирование аневризм — 6 (54,5%), тромбозы артерий — 4 (36,4%), ишемические инсульты — 1 (9%), причем их формирование наблюдалось преимущественно у детей с полной формой СК — 8 из 11 (72,7%).

Выводы. Учитывая полученные результаты, можно сделать вывод, что СК у детей в возрастной группе от 1 года до 3 лет чаще протекает в полной форме, поэтому при должной настороженности по этому заболеванию и своевременном лечении можно избежать развития инвалидизирующих осложнений. Самыми частыми симптомами были лихорадка более 5 дней, склерит, полиморфная сыпь. Нужно помнить об атипичном течении и скудной клинической картине у более старших детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИММУНИЗАЦИИ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПОЛИСАХАРИДНОЙ ВАКЦИНОЙ ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

Галкина О.П., Ванькова Д.Д.

Научные руководители:

Алексеева Екатерина Иосифовна,
д.м.н., профессор, член–корр. РАН,
Дворянская Татьяна Маратовна, д.м.н.

ФГАОУ ВО Первый Московский
государственный медицинский университет имени
И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
университет), Москва, Россия

Введение. Системный ювенильный идиопатический артрит (сЮИА) — это группа клинически гетерогенных артритов, развивающихся у детей в возрасте до 16 лет, продолжительностью не менее 6 недель, при исключении другой патологии суставов. Также это самое распространенное аутоагрессивное заболевание костно–мышечной системы в детском возрасте, часто приводящее к инва-

лидности, снижению качества жизни больных детей и их семей. Наиболее высокую эффективность в терапии сЮИА показали ингибиторы ИЛ1 (канакинумаб) и ИЛ6 (тоцилизумаб). Блокады ИЛ6 ожидаемо, ассоциированы с развитием вторичного иммунодефицитного состояния, отклонением от нормы значений лабораторных показателей (лейкопения с нейтропенией, тромбоцитопения), а также высоким риском инфекционных осложнений (в частности, бактериальных пневмоний). Иммунизация пациентов, страдающих ревматологическими заболеваниями, была и остается актуальной и представляет достаточные трудности для педиатров, ревматологов, особенно в случаях применения вакцин, не входящих в календарь профилактических прививок.

Цель. Оценить эффективность и безопасность вакцинации против пневмококковой инфекции пациентов с системным ювенильным идиопатическим артритом (сЮИА) в условиях терапии ГИБП (генно–инженерными биологическими препаратами) тоцилизумабом и канакинумабом;

Материалы и методы. Проведено открытое проспективное нерандомизированное исследование с группой сравнения; в исследовании принимали участие 103 пациента: I группа — больные с сЮИА, находившиеся в обострении заболевания (n=25); II группа — больные с сЮИА, привитые в стадию ремиссии (n=53); III группа — условно здоровые дети (n=25). 59% детей с сЮИА получали терапию тоцилизумабом. 16,5% — канакинумабом. Пациентам однократно подкожно была введена 13–валентная пневмококковая конъюгированная вакцина (13–ПКВ) в дозе 0,5 мл. Оценка эффективности иммунизации проводилась путём определения содержания антител к капсульному полисахариду пневмококка, также путём выявления общего количества инфекционных эпизодов до и после вакцинации 13–ПКВ. Для оценки безопасности 13–ПКВ определялась сывороточная концентрация белков S–100 и высокочувствительного СРБ до вакцинации и через 4 недели после вакцинации.

Результаты. Через 4 недели после вакцинации 13–ПКВ у 66% исследуемых пациентов отмечено увеличение уровня титра антипневмококковых антител в 2 раза; 56% детей достигло защитного уровня титра антител (>35 ЕД/мл). Выявлено статистически значимое снижение общего количества инфекционных эпизодов после вакцинации у пациентов I группы с 54 до 16, II — с 121 до 57, III– с 53 до 24 (p<0,05). Через 4 недели после вакцинации сывороточная концентрация белков S–100 и высокочувствительного СРБ достоверно не повысилась. Среди пациентов, уже получавших терапию тоцилизумабом или канакинумабом, защитного уровня антител достигли только 68% детей с сЮИА, находящихся в ремиссии, 64% детей, привитых в стадию обострения. Все пациенты (8/8) детей, привитых в стадию обострения, которым назначили биологическую терапию после вакцинации, достигли защитного уровня антител.

Выводы. Пневмококковая полисахаридная вакцина обладает существенной эффективностью и безопасностью, заметно снижая частоту инвазивных пневмококковых болезней в группе пациентов с наиболее тяжелой, системной, формой ЮИА, независимо от стадии активности заболевания и проводимой терапии.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ

Кандрина А.М., Ермолаева Н.А.

Научный руководитель:

Спиваковская Анна Юрьевна, к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Саратовский государственный
медицинский университет им. В.И. Разумовского
Минздрава России,
Саратов, Россия

Введение. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) — одно из наиболее частых и самых инвалидирующих ревматических заболеваний детского возраста. Образ жизни болеющего ребенка отличается от образа жизни здорового ребенка, это обуславливает риск возникновения различных психологических изменений и нарушений эмоциональной и мотивационной сферы. Изучение психоэмоционального статуса пациентов с ЮИА является актуальной проблемой и требует исследования.

Цель. Изучить психоэмоциональный статус пациентов, страдающих ЮИА.

Материалы и методы. Проведено тестирование 26 больных с установленным диагнозом ЮИА в возрасте от 3 лет 9 месяцев до 15 лет (средний возраст $\pm 10,2$), с помощью следующих методик: тест Сакса-Леви «Незаконченных предложений» (метод SSCT), тест М. Ковач «Опросник детской депрессии» (CDI), тест «Три желания» Л.С. Славиной.

Результаты. Анализ теста Сакса-Леви «Незаконченных предложений» показал, что у 30,8% пациентов во всех сферах преобладали положительные установки, у 65,4% детей были выявлены некоторые страхи и опасения, в том числе связанные с болезнью, а у 17,7% опрошенных наблюдались преимущественно отрицательные установки не связанные с течением заболевания. При анализе тестирования М. Ковач-показатель CDI по шкале А показал, что общее снижение настроения, негативная оценка собственной эффективности в целом наблюдался у 26,9% респондентов; по шкале В 46,1% детей идентифицировали себя с ролью плохого; по шкале С у 19,2% детей был выявлен высокий уровень убеждения неэффективности в школе; по шкале Д у 26,9% опрошенных наблюдался высокий уровень истощаемости, наличие чувства одиночества; по шкале Е: негативная оценка собственной неэффективности, наличие суицидальных мыслей — было отмечено у 23,1% опрошенных. Тест «Три желания» Л.С. Славиной показал, что практически у 70% пациентов было хотя бы одно желание, касающееся основного заболевания, что свидетельствовало о сужении мотивационно-потребительской (МП) сферы.

Выводы. Более половины детей нуждается в психологической поддержке в процессе лечения, как в стационарных условиях, так и после выписки для минимизации искажений в личностном развитии.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АКАДЕМИЧЕСКОГО СТРЕССА У СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ

Булычева Е.В., Жданова О.М., Гаврилова Е.П.

Научный руководитель:

Н.П. Сетко, д.м.н., профессор
ФГБОУ ВО Оренбургский государственный
медицинский университет Минздрава России

Введение. Переход из среднего в старшее звено считается одним из критических периодов обучения, специфика которого в значительной мере определяется важнейшим биологическим фактором — половым созреванием, характеризующимся изменениями функций всех физиологических систем, в том числе центральной нервной системы (Кучма В.Р. с соавт., 2019). На фоне дестабилизации устойчивости нервных процессов возрастают образовательные нагрузки, увеличиваются требованиями к объему и качеству знаний, а авторитарность учителей и родителей усиливает психологическое давление на подростков, что в совокупности обеспечивает высокое нервно-психическое напряжение обучающихся и обуславливает риск формирования психосоматических расстройств.

Цель. Выявить психофизиологические особенности формирования академического стресса у современных школьников.

Материалы и методы. У 250 учащихся средних и старших классов проведена психофизиологическая диагностика с помощью аппаратно-программного комплекса диагностики и биоуправления психофизиологическими функциями «Комфорт», путем регистрации периферической температуры тела, электрической активности мышц, показателя суммарного отклонения от аутогенной нормы, вегетативного коэффициента. В качестве параметра, отражающего влияние стресса, взят уровень биологической адаптации, определенный на автоматизированном компьютерном комплексе ORTO-expert по индексу напряжения регуляторных систем (Игишева Л.Н., Галеев А.Р., 2003).

Результаты. Установлено, что в динамике обучения от среднего к старшему звену произошло увеличение количества школьников с высоким уровнем непродуктивного нервно-психического напряжения с 55,4% до 74,3%, при этом число учащихся психоэмоциональное состояние которых оценивалось как оптимальное снизилось с 44,4% до 20,0%.

В условиях высокого уровня нервно-психического напряжения организм, являясь

целостной системой, реагирует изменениями всех своих функций. Так, от среднего к старшему звену обучения у учащихся определено достоверное снижение периферической температуры тела на $10,8\%$ с $32,4 \pm 0,45$ °C до $28,9 \pm 0,53$ °C, что свидетельствовало об увеличении стрессовой нагрузки на организм школьников. На фоне ухудшения гемодинамических параметров у учащихся от среднего к старшему звену выявлено изменение биоэлектрических характеристик мышечной ткани, что характеризовалось увеличением электромиографической активности на $40,1\%$ с $3026,3 \pm 728,97$ В. до $5049,6 \pm 667,49$ В.

Хроническое воздействие стресса, вероятно, определило снижение адаптационных возможностей организма школьников, о чем свидетельствовало увеличение от среднего к старшему звену числа учащихся со срывом биологической адаптации с 25,8% до 35,6%, тогда как количество подростков с удовлетворительным уровнем биологической адаптации снизилось с 14,3% до 9,1%.

Выводы. Таким образом, от среднего к старшему звену у учащихся в 1,3 раза увеличивался уровень психоэмоционального напряжения, что сопровождалось повышением мышечного напряжения на 40,1%, снижением периферической температуры тела на 10,8%, истощением у каждого третьего старшеклассника адаптационных резервов (35,6%).

ЦЕННОСТЬ ПИТАНИЯ ГРУППЫ ПОДРОСТКОВ ИЗ СПОРТИВНЫХ СРЕДНИХ ШКОЛ В РЕГИОНЕ МОЛДОВЕ, РУМЫНИЯ

Григорас Е.Г.

Научный руководитель:

Альбу Адриана, преподаватель, доктор

Университет медицины и фармации
«Григоре Т. Попа» Яссы, Румыния

Введение. Для подростка, который занимается спортом, сбалансированное питание является важным элементом. Питание должно обеспечивать энергообеспечение, необходимое для выполнения физических упражнений в хороших условиях, правильного развития мышечной массы и поддержания здоровья.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 68 учащихся 10-х классов средних школ со спор-

тивной программой в Сучаве (31 ученик) и Ботошани (37 молодых людей). Среди подростков был проведен опрос, касающийся их пищевых привычек и того, как они воспринимают свой собственный вес тела. Полученные результаты были обработаны с помощью теста Пирсона.

Результаты. Среди опрошенных большинство потребляет молоко 1 раз (41,17%), а меньшинство 2-3 раза (3,35%) в неделю, результат, далекий от норм рационального питания, рекомендуемых для ежедневного потребления. Рассчитанные различия статистически незначимы ($p > 0,05$, $f = 3$, $\chi^2 = 4,100$) и свидетельствуют о наличии пищевых привычек, сходных с опрошенными студентами. Рыба присутствует в рационе один раз в неделю (55,88%) со статистически незначимыми различиями ($p > 0,05$, $f = 3$, $\chi^2 = 4,939$) в каждой группе. Фрукты употребляются в основном 4-7 раз в неделю (64,70%) с незначительными различиями ($p > 0,05$, $f = 3$, $\chi^2 = 2,317$) в год. Сладости присутствуют в рационе 4-7 раз в неделю (61,76%) с незначительными различиями ($p > 0,05$, $f = 3$, $\chi^2 = 4,687$) по группам, что свидетельствует о существовании сходных привычек питания. Студенты в основной группе имеют несбалансированное питание, особенно в отношении продуктов животного происхождения. В этом контексте важно оценить вес тела и особенно то, как он воспринимается студентами. 69,11% подростков считают свой вес тела нормальный. К ним прибавляются 13,23% молодых людей с избыточным весом, но также и 17,64% с низким весом. Различия по группам также статистически незначимы ($p > 0,05$, $f = 2$, $\chi^2 = 0,622$).

Выводы. У опрошенных студентов существует множество проблем, связанных с обеспечением энергообеспечения, необходимого для устойчивой физической нагрузки. Восприятие массы тела в основном должно быть ориентировано на сбалансированное.

Ключевые слова: спорт, питание, масса тела.

НАПРАВЛЕНИЕ «ПЕДИАТРИЯ». КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА

Марьина О.И.

Научный руководитель:

Лопатникова Елена Николаевна,
доцент, к.м.н.

ФГБОУ ВО Ярославский государственный
медицинский университет Минздрава России,
Ярославль, Россия

Актуальность: Синдром Иценко–Кушинга–комплекс клинических симптомов, возникающих вследствие избытка глюкокортикоидов. По данным американских исследователей, синдром Кушинга, чаще всего вызывается экзогенным поступлением глюкокортикоидов. Эндогенная причина встречается редко и в 90% случаев развивается в 25–40 лет. Ежегодная заболеваемость эндогенным синдромом Кушинга составляет 13 случаев на 1 000 000 человек. Из этого числа: 70% случаев вызваны АКТГ–продуцирующей

опухолью гипофиза; 15% случаев–АКТГ продуцирующей опухолью иной локализации; 15% случаев — опухолью надпочечника. Заболеваемость среди детей составляет 0,2 случая на 1 000 000 человек в год.

Цель демонстрации клинического случая: Изучение синдрома Кушинга у детей с целью ранней дифференциальной диагностики и своевременного лечения.

Описание клинического случая: Пациентка М. 14 лет поступила в эндокринологическое отделение Областной детской клинической больницы г. Ярославля с жалобами на увеличение веса, задержку роста и полового развития, частые головные боли, повышенное артериальное давление, периодические боли в области спины.

Anamnesis morbi: С раннего возраста отмечается гипертрихоз конечностей, спины. Впервые обследована эндокринологом по месту жительства в возрасте 12 лет в связи с выраженным гипертрихозом; на момент осмотра эндокринной патологии не выявлено. С 12 лет у ребенка отмечается отставание в

росте, появление выраженных головных болей, прогрессивный набор массы тела, повышение артериального давления (максимальное повышение АД: 156 и 105 мм рт. ст.).

Обследована неврологом в условиях стационара, установлен диагноз: вегетососудистая дистония, мигреноподобный синдром по гипертоническому типу, получала симптоматическую терапию.

В марте 2019 года — компрессионный перелом позвоночника (Th4, Th7), возникший при падении с высоты собственного роста. В июле 2019 обследована в эндокринологическом отделении по месту жительства. В гормональном профиле отмечалось повышение уровня кортизола (723 нмоль/л), нарушения ритма секреции кортизола (кортизол 20,00–747,3 нмоль/л), по результатам ПГТТ выявлено нарушение толерантности к глюкозе (5,9–10,6–12,2–9,6 ммоль/л), по данным офтальмологического осмотра выявлена ангиопатия по гипертоническому типу, установлен диагноз: Болезнь Иценко–Кушинга (?), стероидный диабет, симптоматическая артериальная гипертензия; специфического лечения не получала. По представленным выпискам по месту жительства уровень АКТГ не исследован, МРТ головного мозга не проводилось.

В ноябре 2019 года, при обследовании рост составлял 140 см (SDS –3.35), отмечалось перераспределение подкожно-жировой клетчатки по абдоминальному типу, климактерический горбик, выраженный матронизм, задержка полового развития, умеренная артериальная гипертензия. По данным рентгенденситометрии выявлено значительное снижение костной плотности (Z-score –4.8), отмечалась задержка костного возраста (костный возраст составлял 11,5 лет при паспортном возрасте 14 лет). По данным МСКТ органов брюшной полости выявлено объемное образование левого надпочечника (клинически кортикостерома). На основании выраженной задержки роста, клинической картины гиперкортизолизма, данных гормонального профиля (повышение уровня кортизола в утреннее (699 нмоль/л) и вечернее (515 нмоль/л) время, снижение уровня АКТГ (1 пг/мл), данных УЗИ, МСКТ надпочечников (аденома левого надпочечника) установлен диагноз синдром Иценко–Кушинга и рекомендовано проведение оперативного лечения.

В декабре 2019 проведена левосторонняя лапароскопическая адреналэктомия. Гистологически опухоль соответствовала аденоме с высокой функциональной активностью. В послеоперационном периоде получала терапию препаратами глюкокортикоидов с постоянным снижением дозы.

Выводы: вследствие большой разнонаправленной группы симптомов и редкости встречаемости данной патологии у детей, возникают трудности в диагностике и постановке правильного диагноза, что влечет за собой ухудшение состояния пациента, развития осложнений и уменьшение шансов на выздоровление.

ОТЕК ГОЛОВНОГО МОЗГА У РЕБЕНКА ВСЛЕДСТВИИ ГИПОНАТРИЕМИИ НА ФОНЕ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Большакова В.В.

Научный руководитель:

Вотякова Ольга Иннокентьевна, д.м.н, профессор
ФГБОУ ВО Ивановская государственная медицинская
академия Минздрава России, Иваново, Россия

Актуальность. Гипонатриемия — одно из самых частых нарушений электролитного обмена в клинической практике. Тяжелая гипонатриемия представляет угрозу для жизни из-за возможности развития отека головного мозга.

Цель демонстрации клинического случая. Представить клинический случай развития отека головного мозга у ребенка вследствие гипонатриемии на фоне недиагностированной первичной хронической надпочечниковой недостаточности.

Описание клинического случая. Мальчик Р., 12 лет, госпитализирован в ОРИТ в коматозном состоянии с тонико-клоническими судорогами. Из анамнеза следовало, что в течение трех суток у ребенка отмечались слабость, повышение температуры тела до фебрильных цифр, затем появилась многократная рвота. С подозрением на менингоэнцефалит ребенок был направлен в инфекционное отделение, откуда в связи с прогрессирующим ухудшением состояния переведен в ОРИТ, где в течение 3-х суток находился на ИВЛ. В ходе обследования выявлено стойкое снижение уровня натрия до минимального его значения 92 ммоль/л с кратковременным повышением до 133–136 ммоль/л на фоне внутривенного введения натрийсодержащих растворов, уменьшение осмоляльности крови до 260 мОсмоль/кг, повышение осмоляльности мочи до 577 мОсмоль/кг, колебание уровня калия в крови от 4,2 до 5,9 ммоль/л, глюкозы от 4,3 до 8 ммоль/л. В соответствии с «Клиническими практическими рекомендациями по диагностике и лечению гипонатриемии» диагностирован гипотонический вариант гипонатриемии, одной из причин которого может быть надпочечниковая недостаточность. Ребенок консультирован детским эндокринологом, из анамнеза выявлены: появление около полугода назад повышенной утомляемости, смуглости кожных покровов, предпочтение соленой пищи. При осмотре отмечены: грязно-серая окраска кожных покровов с участками гиперпигментации на спине, ягодицах, суставах, тихий голос, выраженная слабость, снижение АД. Результаты проведенного гормонального обследования: снижение в крови уровня кортизола до 2,1 мкг/дл, альдостерона до 1,34 пг/мл, повышение концентрации АКТГ >2000 пг/мл, ренина плазмы до 3853 мкМЕ/мл, позволили диагностировать у ребенка первичную хроническую надпочечниковую недостаточность. Мальчик переведен в детское эндокринологическое отделение, где назначена заместительная терапия препаратами гидрокортизон (кортеф) и флудрокортизон (корти-

нефф). На фоне заместительной терапии достигнута нормализация уровня натрия в крови, купирование клинических проявлений, уменьшение пигментации кожных покровов.

Выводы. Представленный случай демонстрирует позднюю диагностику хронической надпочечниковой недостаточности, которая привела к развитию жизнеугрожающего состояния — отека головного мозга.

ВЕГАНСТВО У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Арутюнян А.О.¹, Звонкова Н.Г.^{1,2}, Боровик Т.Э.^{1,2}

Научные руководители:

Звонкова Наталья Георгиевна к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории питания здорового и больного ребенка ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России; доцент кафедры педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им.

И.М. Сеченова» Минздрава России

Боровик Татьяна Эдуардовна, д.м.н., профессор, заведующая лабораторией питания здорового и больного ребенка ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России; профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им.

И.М. Сеченова» Минздрава России

¹ ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

² ФГАУ Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России

Актуальность. Популярность вегетарианства в России с каждым годом неуклонно растет. Приверженность этому типу питания у детей является выбором родителей. Веганство подразумевает исключение из рациона всех продуктов животного происхождения, являющихся источниками эссенциальных нутриентов для детей раннего возраста — белка, железа, цинка, кальция, витамина D, B₁₂, йода, ω-3 жирных кислот. Соблюдение несбалансированного веганского рациона приводит к возникновению дефицита макро- и микронутриентов, что в последствии оказывает негативное влияние на физическое и когнитивное развитие.

Цель. Демонстрация клинического случая ребенка, получающего веганский рацион, с оценкой физического развития и фактического питания.

Материалы и методы. Оценка фактического питания проводилась с использованием 3–суточного дневника питания с расчетом пищевой ценности рациона и сравнением с нормами физиологической

потребности. Физическое развитие оценивалось с использованием стандартов ВОЗ и расчетом Z-scores в компьютерной программе WHOAnthro (2006).

Описание клинического случая. Мальчик А., 3 года 6 мес. Из семейного анамнеза известно, что мама стала веганом после завершения грудного вскармливания, папа — лактоовоовегетарианец. Ребенок родился в срок, масса тела 4190 г, длина 54 см. Z-скор: рост к возрасту 2,17, масса тела к возрасту 1,6, вес к длине -0,22. Рост папы 180 см, рост мамы 163 см. Находился на грудном вскармливании до 4 месяцев. Первый прикорм с 4 мес. — гречневая каша на воде, затем фруктовые и овощные пюре. Мясной прикорм, молочные продукты, яйца, рыба, детские смеси в рацион не вводились. До настоящего времени является веганом. Посещает детский сад, все приемы пищи готовятся отдельно для него или приносят из дома. Постоянно получает витамин D 1500 МЕ/сут, витамин B₁₂ 1000 мкг/сут курсами по 3 нед. в квартал.

При оценке фактического питания в рационе выявлен избыток белка на 10%, жира на 62%, углеводов на 2% и энергии на 19%.

На данный момент вес 16 кг, рост 92 см. При оценке физического развития Z-скор: рост к возрасту -2,04, масса тела к возрасту 0,29, ИМТ к возрасту 2,44. Такие значения Z-скор антропометрических показателей свидетельствуют о низкорослости, которая является следствием дефицита цинка в результате отсутствия в рационе продуктов животного происхождения, и избыточной массы тела. Веганское питание без саплементации микронутриентами не позволило ребенку реализовать свой генетический потенциал роста. **Выводы.** Настоящий клинический случай представляет интерес, поскольку все чаще в повседневной практике педиатра встречаются дети-веганы или вегетарианцы, за которых сделали выбор их родители. Родители должны быть осведомлены о высоких рисках нутритивной недостаточности и других нарушений состояния здоровья их ребенка. Педиатр же должен контролировать здоровье ребенка, оценивать физическое развитие, вводить саплементацию и при необходимости корректировать рацион питания ребенка.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА

Гулузаде Т.Р., Джумаева Д.А., Ибадова А.М.

Научный руководитель:

Тепляков Андрей Александрович, к.м.н., доцент
БУ ВО Сургутский Государственный Университет,
Сургут, Россия

Актуальность: Трахеопищеводный свищ (ТПС) — это редкий порок развития (3–4% среди всех аномалий пищевода). Основные симптомы — приступы кашля и цианоз, возникающие во время кормления. Представлен клинический случай поздней диагностики врожденного ТПС, осложненного пневмонией.

Цель демонстрации клинического случая: показать последствия поздней диагностики врожденного ТПС.

Описание клинического случая: Пациент Ю., 4 месяца. Дата рождения: май 2019г.

Anamnesis morbi. Со слов матери, с рождения отмечается одышка, каждый раз при кормлении ребенок поперхивается, возникают эпизоды малопродуктивного кашля. Ухудшение состояния с середины сентября 2019г., когда у ребенка повысилась температура тела до 37,6°C., участковым педиатром направлен на стационарное лечение в город Л. Выставлен диагноз: Внебольничная среднедолевая пневмония справа, проведено лечение: цефтриаксон в/м, небулайзерная терапия беродуалом, интраназально р-р оксиметазолина, р-р натрия хлорида 0,9%. На фоне проводимого лечения сохранялась одышка, постоянное поперхивание при кормлении, субфебрильная температура, ребенок направлен в экстренном порядке в педиатрическое отделение №1 Сургутской городской клинической больницы.

Anamnesis vitae. Родился от 1-ой беременности. Во втором триместре выставлен диагноз: рабдомиома сердца? В третьем триместре по УЗИ — плод с пониженной массой тела. Мальчик родился доношенным (на 39 нед.), вес — 2670 г, рост — 52 см, окружность головы — 33 см. Оценка по шкале Апгар ч/з 1 минуту — 8 баллов, ч/з 5 минут — 9.

Перенесенные заболевания: Врожденная пневмония. Состоит на Д.учете у детского кардиолога с диагнозом: рабдомиома сердца?

Данные объективного осмотра. Беспокоит сухой кашель, поперхивания во время кормления. Общее состояние ребенка средней степени тяжести, за счет дыхательной недостаточности. Температура тела — 36,6°C, ЧДД — 76 в минуту (тахипное), ЧСС — 148 в минуту, сатурация — 96 %, масса тела — 5,4 кг. (4 коридор); рост — 62 см (5 коридор), окружность головы — 42 см, окружность грудной клетки — 42 см. Аускультативно в лёгких — дыхание жесткое, проводится во все отделы, по задней поверхности выслушиваются единичные сухие хрипы. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания — втяжение уступчивых мест, усиливается при физической нагрузке (беспокойстве, плаче).

Лабораторные и инструментальные обследования.

ОАК — нейтрофильный лейкоцитоз, тромбоцитоз, ускоренная СОЭ.

БХ анализ крови — повышение С-реактивного белка.

Рентгенография легких. Определяется неоднородное уплотнение легочной ткани верхней доли S2, нижней доли S6,S8,S9 правого легкого. Rn-признаки полисегментарного уплотнения легочной ткани правого легкого.

ЭХО-кардиография. В апикальной области миокарда визуализируется небольшое образование смешанной эхогенности 7,3 x3.6 мм с четкими, ровными контурами, плотно прилежащее к миокарду, не флотирует. без признаков кровотока при ЦДК.

Бронхоскопия. В верхней трети трахеи, около 2,0 см дистальнее голосовой щели на задней стенке визуа-

лизуется устье свища «губовидной» формы, размером 0,1x0,4см.

Диагноз:

Основной: Врожденный трахеально-пищеводный свищ (Q39.2)

Сопутствующий: Рабдомиома сердца (Q24.8)

Осложнение основного: Внебольничная среднедолевая правосторонняя пневмония, средней степени тяжести, неосложненная. ДН 1 ст. (J18.8)

В октябре 2019 г. находился в ДГКБ им. Н.Ф. Филатова, где выполнена операция «Разделение трахео-пищеводного свища». Контрольное рентгеноконтрастное исследование с водорастворимым контрастом выявило отсутствие затека при наполнении пищевода.

Выводы: Ранняя диагностика и своевременное лечение ТПС предотвращают респираторные осложнения. Задержки в постановке диагноза могут быть связаны с умеренной симптоматикой у некоторых пациентов, поздняя диагностика объясняется низким уровнем подозрения ТПС среди врачей. В данном случае, ребенок с врожденной пневмонией, кашляющий с рождения и поперхивающийся при каждом кормлении в течение 4-х месяцев жизни, требовал более раннего проведения диагностической бронхоскопии.

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРЕХОДЯЩЕЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сас Д.С., Гостюхина А.Д., Горбенко Т.М.,
Добронравова Е.Д.

Научный руководитель:

Ларина Любовь Евгеньевна, к.м.н., доцент

ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет им.
Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Преходящая острая печеночная недостаточность, обусловленная мутациями в гене TRMU — наследственная гепатопатия, наследуемая по ауто-сомно-рецессивному типу. Она является одним из немногих митохондриальных заболеваний, протекающих с восстановлением функции пораженного органа на фоне симптоматической и метаболической терапии.

Цель демонстрации клинического случая. Привлечь внимание клиницистов к митохондриальным гепатопатиям, которые следует рассматривать в качестве дифференциального диагноза у детей с клиническими симптомами острой печеночной недостаточности.

Описание клинического случая. Мальчик К., 8 мес, от третьей беременности, третьих срочных родов. Первый мальчик здоров, вторая девочка умерла в возрасте 7 мес от печеночно-клеточной недостаточности, вторичной коагулопатии (исключались болезнь Пирсона и галактоземия). Данная беременность протекала на фоне анемии и гипотиреоза, с признаками гестоза во 2-м и 3-ем триместрах. С рождения находился на

смешанном вскармливании, однако прибавлял в массе тела недостаточно, появились срыгивания, жирный обесцвеченный кал, вздутие живота. В 1,5 мес госпитализирован в районную больницу, проводилась симптоматическая терапия. После забора крови для анализов возникло активное кровотечение из мест инъекций, потребовавшее переливания свежзамороженной плазмы, инициирована терапия викасолом, урсодезоксихолиевой кислотой, ребенок переведен на дообследование в Научный Центр Здоровья Детей. По результатам обследования: диффузные изменения паренхимы печени, открытое овальное окно с лево–правым сбросом, анемия, гипокоагуляция с геморрагическим синдромом, гипопроотеинемия. По данным тандемной масс–спектрометрии увеличены концентрации аланина, тирозина, в моче — некоторых органических кислот. Заподозрена митохондриальная гепатопатия. Мутаций в гене MPT не обнаружено. В 3 мес переведен в ОРИТ Морозовской больницы для дальнейшего лечения. При поступлении состояние тяжелое, гипотрофичен, мышечная гипотония. Кожные покровы бледные на субиктеричном фоне, тургор снижен, мраморность. Гемодинамика стабильная, систолический шум в 5 точке аускультации. Живот увеличен в объеме, ассиметричен, печень +2 см, селезенка у края реберной дуги. Правосторонняя паховая грыжа. В отделении состояние нестабильное за счет анемии и тромбоцитопении, потребовавших терапии препаратами крови, вторичной коагулопатии, гипопроотеинемии, синдрома цитолиза, желтухи, рецидивирующего асцита, несмотря на проводившееся дренирование брюшной полости, сердечной недостаточности (вторичная кардиомиопатия), прогрессирующей гепатоспленомегалии. Появились признаки диффузного поражения паренхимы почек, пиелокаликоектазии. Выявлены мутации в гене TMRU, подтвержден диагноз митохондриальной гепатопатии. Получал гепатопротекторную, гемостатическую, мочегонную, антибактериальную и противовоспалительную терапию, поливитамины, проводилась коррекция электролитных нарушений. В возрасте 5 месяцев ребенок выписан с улучшением в виде уменьшения выраженности желтухи, синдрома цитолиза, диурез адекватный на фоне приема фуросемида и спиронолактона. Окончательный диагноз: «Митохондриальная младенческая печеночная недостаточность, обусловленная компаунд–гетерозиготными мутациями в гене TMRU. Нарушение белково–синтетической функции печени, синдром цитолиза, холестаза, вторичная коагулопатия. Анемия 1 степени. Асцит. Вторичная кардиомиопатия, НК 1 ст. Хроническая болезнь почек 1 ст, вторичная тубулопатия.» Решается вопрос о возможности родственной трансплантации печени.

Выводы. Своевременная постановка диагноза и начало терапии у пациентов с наследственной преходящей острой печеночной недостаточностью имеют большое значение в клинической практике, позволяя врачам предупредить прогрессирование заболевания до того, как будет необходима пересадка печени.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭНТЕРОПАТИИ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ИСХОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ФОНТЕНА

Корсунов А.Н., Хоткина Д.С.²

Научные руководители:

Даувальцер Алина Николаевна²

Ларина Любовь Евгеньевна^{1,2} к.м.н., доцент

¹ФГАОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия
²ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», Москва, Россия

Введение. Экссудативная энтеропатия (ЭЭП) — заболевание, которое характеризуется потерей плазматических белков через ЖКТ, что приводит к гипопроотеинемии и другим метаболическим расстройствам. ЭЭП подразделяют на первичную и вторичную. Первичная ЭЭП возникает при идиопатической интестинальной лимфангиоэктазии, характеризуется потерей лимфы через кишечник. Вторичная (приобретенная) ЭЭП может развиваться при различных патологических процессах, в т.ч. после перенесенных операций на сердце.

Цель демонстрации клинического случая. Показать необходимость настороженности в отношении отсроченных послеоперационных осложнений при ВПС, знания их патогенетических механизмов, которые определяют дальнейшую тактику врача.

Описание клинического случая. Мальчик К., 6 лет. Ребенок от 2–й беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 1–м триместре, ОРВИ во 2–м триместре, синкопальным состоянием у матери на 30 нед., когда при проведении УЗИ плода диагностирован ВПС. Роды срочные, самостоятельные, воды темно–зеленые. Оценка по шкале APGAR 7/8 баллов. При рождении отмечались явления СН, выраженный отечный синдром. На 4 с.ж. верифицирован ВПС: Criss–cross сердца III типа. L–TMA. Множественные дефекты межжелудочковой перегородки (функционально общий желудочек). ООО. ОАП. Комбинированный стеноз легочной артерии (ЛА). Умеренная гипоплазия полости левого желудочка. НК 1 ст. Получал спиронолактон, фуросемид, цефотаксим. В 3 мес. отмечалась декомпенсация СН, в связи с чем наложен подключично–легочный анастомоз по Blalock слева. В 10 мес. создан кава–пульмональный анастомоз, проведена перевязка системно–легочного анастомоза в условиях искусственного кровообращения (ИК). После выписки получал ацетилсалициловую кислоту, каптоприл. В 1 год установлен диагноз: Детский церебральный паралич, левосторонний гемипарез. В 1 год 2 мес. у ребенка отмечен пароксизм наджелудочковой тахикардии на фоне наличия дополнительного предсердно–желудочкового пучка, который сопровождался рвотой, цианозом, падением SpO₂ до 75%. Состояние купировано амиодароном в условиях ОРИТ. После выписки получал каптоприл, биспролол, спиронолактон.

С 3–х летнего возраста у ребенка появились клонические судороги в левых конечностях. По МРТ головного мозга: признаки ранее перенесенного остро-

го нарушения мозгового кровообращения в бассейне средней мозговой артерии справа. Симптоматическая эпилепсия. Начата терапия антиконвульсантами.

В 4 г. 7 мес. ребенку проведена операция Фонтена, стентирование устья ЛА в условиях ИК и левой ЛА. Эмболизация больших аортолегочных коллатеральных артерий слева и справа. В течение года был стабилен. В 5 л. 7 мес. отмечалась трикуспидальная регургитация 3 ст. На УЗИ ОБП: диффузные изменения паренхимы печени, гепатоспленомегалия. В биохимическом анализе крови — гипоальбуминемия (42 г/л).

В течение 1 недели до госпитализации у ребенка появились боли в животе, двукратная рвота, отеки на конечностях, туловище, лице. Снижение диуреза. Самостоятельно принимал спиронолактон — без эффекта. При поступлении: выраженные периферические отеки (верхних и нижних конечностей, больше слева, преимущественно отек передней брюшной стенки), по УЗИ ОБП: небольшое количество свободной жидкости. Рентгенограмма ОГК: выраженное обогащение легочного рисунка за счет интерстициального компонента, линии Керли. По результатам ЭхоКГ — без отрицательной динамики, проходимость магистральных сосудов сохранена. В крови: гипопротейн-альбуминемия (38/15 г/л). В моче протеинурии не выявлено. На основании полученных данных у ребенка была заподозрена ЭЭП, как отсроченный исход после операции Фонтена. Начата патогенетическая терапия: инфузия альбумина, спиронолактон, ацетилсалициловая кислота. Состояние стабилизировалось.

Выводы. При встрече в клинической практике пациента с ЭЭП необходимо включать в круг дифференциальных диагнозов послеоперационные осложнения и исходы ВПС, которые связаны с повышением давления в большом круге кровообращения, что приводит к выраженному гипопротейнемическому отечному синдрому.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЧАНАРИНА-ДОРФМАНА

Ковыгина К.А.

Научные руководители:

Потапов Александр Сергеевич, д.м.н., профессор
Анушенко Антон Олегович,
врач-гастроэнтеролог

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Актуальность. Синдром Чанарина-Дорфмана (Chanarin-Dorfman syndrome, CDS) — полисистемное наследственное аутосомно-рецессивное орфанное заболевание, причиной которого является мутация в гене ABHD5, кодирующем кофактор фермента, запускающего каскад катаболизма триацилглицерола (ТАГ). CDS характеризуется внутриклеточным накоплением ТАГ в различных органах и тканях. В клинической картине отмечается гепатомегалия, миопатия, атаксия, небуллезная ихтиозиформная эритродер-

мия, потеря слуха, нарушения интеллекта. Однако степень системного поражения при этом синдроме может быть различной.

Цель демонстрации клинического случая. Информировать врачей о редком заболевании, не имеющем специфической терапии и трудном в быстрой диагностике.

Описание клинического случая. Пациент X, поступил впервые в гастроэнтерологическое отделение ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» в возрасте 4 лет с подозрением на гликогеновую болезнь с жалобами на увеличение размеров живота. Из анамнеза жизни: Ребенок от первой беременности, первых физиологических родов. Раннее развитие без особенностей. Наследственность не отягощена. Брак родителей неродственный. При осмотре: физическое развитие среднее, гармоничное. Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности, чистые от патологической сыпи, без признаков ихтиоза и потери волос. Живот округлой формы, увеличен в размерах, мягкий, безболезненный, доступен для поверхностной и глубокой пальпации. Пальпируется край печени +3 см по правой передне-подмышечной линии, +3 см по правой среднеключичной линии, +8 см — по срединной линии. Селезёнка не пальпируется. По данным лабораторного исследования — анемия легкой степени тяжести, синдром цитолиза (АСТ = 96 Ед/л, АЛТ = 57 Ед/л), умеренно повышенный уровень триглицеридов (1,76 ммоль/л). По данным УЗИ — выраженная гепатомегалия, признаки диффузного паренхиматозного процесса. Умеренная спленомегалия. КТ — выраженные признаки жирового гепатоза (плотность печени по шкале единиц Хаунсфилда около 0). По данным фиброэластометрии — формирующийся цирроз печени (F3–F4 по шкале METAVIR). За время повторных госпитализаций в отделение были проведены комплексные клиничко-лабораторные, инструментальные, молекулярно-генетические исследования, энзимодиагностика методом тандемной масс-спектрометрии. Исключены паразитарные заболевания, врожденные пороки и новообразования гепатобилиарной системы, болезнь Вильсона, нарушения метаболизма углеводов (в т.ч. галактоземия, фруктоземия и т.д.), нарушения метаболизма аминокислот, лизосомные болезни накопления, недостаточность альфа-1-антитрипсина.

Была выполнена краевая биопсия печени с лапароскопическим доступом, по данным гистологического исследования биоптата — гистологический индекс склероза по Desmet 3–4 балла (начало формирования цирроза). Крупно- и среднекапельное ожирение печени.

По данным полного экзомного секвенирования: выявлена нуклеотидная замена g.43756523T>A в гене ABHD5 в гомозиготном состоянии. Данная замена ранее не описана, по данным компьютерного анализа может являться патогенной. Согласно базе данных Online Mendelian Inheritance in Man (OMIM), мутации в гене ABHD5 описаны у пациентов с синдромом Чанарина-Дорфмана. При проведении дальнейшего молекулярно-генетического обследования у обоих родителей была выявлена та же мутация в гетерозиготном состоянии.

После постановки диагноза CDS пациенту была назначена пожизненная диетотерапия с ограничением энергоценности (до 1400 ккал в сутки) и продуктов, богатых длинноцепочечными жирными кислотами, исключением продуктов с содержанием насыщенных и трансжиров, простых сахаров. Также рекомендовано проведение гепатопротекторной холеретической терапии: урсодезоксихолевая кислота, витамин Е, фосфатидилхолин.

Выводы. Представленное наблюдение демонстрирует необходимость настороженности в отношении заболеваний, связанных с нарушением обмена липидов, ввиду полиморфизма их течения и схожей клинической картины.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФУЛЬМИНАНТНОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА

Ильин В.С., Катаныхова Л.Л.

Научный руководитель:

Катаныхова Людмила Леонидовна, к.м.н., доцент
БУ ВО «Сургутский государственный университет»,
Россия, Сургут

Актуальность. Согласно данным федеральной службы по надзору в сфере прав потребителей и благополучия человека, федерального центра гигиены и эпидемиологии, заболеваемость менингококковой инфекции (МИ) в период 2016–2018 гг. выросла на 28%.

Значительная частота генерализованной формы МИ, характеризующаяся не только тяжестью течения, но и возможностью летального исхода. Происходит увеличение доли менингококка серогруппы W–135. Так же отмечается трудность раннего распознавания (врачебные ошибки — 30%). Циркуляция менингококка без клинических проявлений, воздушно–капельный механизм передачи, миграция населения, все это приводит к активации эпидемического процесса МИ.

Цель демонстрации клинического случая. Продемонстрировать особенности течения и исход заболевания при менингококковой инфекции у ребенка первого года жизни.

Описание клинического случая. 20 января 2019 года минуя приемный покой в реанимационное отделение инфекционного БУ «Сургутская окружная клиническая больница» бригадой скорой медицинской помощи был доставлен ребенок Д., 1 месяц 16 дней в крайне тяжелом состоянии, обусловленное инфекционно–токсическим шоком 3 степени. При поступлении уровень нарушения сознания — сопор, гиперестезия при осмотре, плач усиливается. Нарушение микроциркуляции в виде похолодание верхних и нижних конечностях, ногтевые пластинки синюшные. Отмечаются геморрагические высыпания: неправильной формы, разного диаметра, на лице, туловище, конечностях. Сомнительный симптом Кернинга с двух сторон. SpO₂ — 94%, ЧСС — 180 уд./мин., АД 80/60 мм.рт.ст., ЧДД — 40 в минуту.

При поступлении выставлен диагноз: основной: менингококковая инфекция генерализованная форма (менингококкемия+менингит), фульминантная форма.

Конкурентный: Вирусно–бактериальная инфекция неуточенная, тяжелое течение.

Осложнение основного: Синдром полиорганной недостаточности: ИТШ 3–4 степени. Синдром Уотерхауса–Фридериксена. ДВС–синдром 2 стадии(коагулопатия). Отек головного мозга. Ребенок был интубирован, назначено этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

Несмотря на проводимую терапию, на фоне крайне тяжелого состояния произошла остановка сердечной деятельности через асистолию в 22:40. Пациентка находилась в состоянии клинической смерти. Сознание отсутствует, дыхание ИВЛ, зрачки D=S, расширены, реакция на свет отсутствует, АД не определяется, по ЭКГ–монитору асистолия. Проведенные реанимационные мероприятия в течении 30 минут безуспешны. 20.01.19 в 23:10 наступила биологическая смерть.

Выводы.

1. Менингококковая инфекция может протекать в генерализованной форме с развитием молниеносного течения и летального исхода.
3. Актуально является повсеместное распространение и вовлечение в эпидемический процесс преимущественно детей, в том числе первого года жизни.
4. Внедрение современных технологий в лечении ГФМИ (фильтрация ЛПС).
5. Снижению заболеваемости менингококковой инфекцией может способствовать вакцинация, позволяющая прервать циркуляцию менингококка. МИ является управляемой инфекцией. Применение и введение в региональный календарь профилактических прививок от МИ позволит решить не только эпидемиологическую проблему, но и увеличить число сохраненных жизней.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АБСЦЕССА ПОЧКИ У РЕБЕНКА

Быстрова И.Г.

Научный руководитель:

Раздолькина Татьяна Ивановна, к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет имени
Н.П. Огарева, Саранск, Россия

Актуальность. У детей гнойные формы пиелонефрита встречаются в 0,1% случаев и представляют актуальную проблему, вследствие трудности своевременной диагностики и выбора тактики лечения.

Цель демонстрации клинического случая. Обратить внимание врача на неспецифические клинические симптомы гнойного пиелонефрита у детей, для своевременного назначения УЗИ и КТ, как методов раннего выявления патологического процесса почек.

Описание клинического случая. Больной П., 13 лет, поступил в ГБУЗ РМ «Детская республиканская клиническая больница» с жалобами на боли в левой поясничной области, повышение температуры тела до фебрильных значений. При осмотре обращало на себя внимание вынужденное положение с наклоном влево, резкая болезненность в левой поясничной области

при оценке симптома поколачивания по поясничной области. Из анамнеза установлено, что данные жалобы появились через неделю после перенесенного фурункула в области правого локтевого сустава, лечился самостоятельно (мазь «Левомеколь» местно). Спустя 7 дней возникли боли в левой поясничной области, повысилась температура тела до 38°C. Обратились в ЦРБ, по результатам параклинических исследований выявлены: лейкоцитоз ($11,7 \cdot 10^9/\text{л}$), повышение СОЭ (40 мм/час); лейкоцитурия до 10–12 в п/з; по данным УЗИ — объемное образование левой почки. По экстренным показаниям направлен на госпитализацию в ГБУЗ РМ «ДРКБ» с подозрением на абсцесс почки. При обследовании в условиях урологического отделения выявлено увеличение в динамике лейкоцитоза ($14,5 \cdot 10^9/\text{л}$), СОЭ (49 мм/час); по данным УЗИ — увеличение объема левой почки с умеренно выраженной пиелокаликотазией, образование нижнего полюса левой почки (28x24x22мм) неправильной округлой формы, с неровным четким контуром, неоднородной структуры, в режиме ЦДК сосуды в образовании не лоцируются; КТ — образование нижнего полюса левой почки воспалительного генеза. Проведена операция: люмботомия слева, дренирование абсцесса левой почки. Через 2 недели при контрольном КТ исследовании почек патологии не выявлено.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует важность ранней диагностики гнойных форм пиелонефрита для проведения своевременной терапии, позволяющей избежать прогрессирования патологического процесса с развитием гнойно-септических осложнений.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФУЛЬМИНАНТНОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Найко Т.В.

Научный руководитель:

Ларина Любовь Евгеньевна, доцент, к.м.н.

ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет имени
Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность данной темы связана с тем, что прививка от менингококковой инфекции не входит в число обязательных прививок Национального календаря, что должно вести к усиленной настороженности в связи с молниеносным течением заболевания и с возможным летальным исходом у детей, которые не были привиты от менингококковой инфекции.

Цель демонстрации клинического случая. Целью является привлечение внимания к проблеме отсутствия обязательной вакцинации от менингококковой инфекции детей младшего возраста.

Описание клинического случая. Мальчик М., 1,6 лет, родившийся 08.08.2018 г. от второй беременности, вторых оперативных родов — кесарево сечение на 38 неделе беременности, масса при рождении 3200 г, длина 50 см, оценка по шкале Апгар 8/9, был выпит из роддома на 4 день.

Из anamnesis vitae: прививки по возрасту. Из перенесенных заболеваний — ОРВИ, атопический дерматит. Anamnesis morbi: 19.12.19 мать отметила подъем температуры до 37,4°C. 20.12.19 ребенок был осмотрен дежурным педиатром, была назначена симптоматическая терапия. 21.12.19 — подъем температуры до пиретических значений (39,4° С), отмечался жидкий стул до 4 раз. 23.12.19 вновь подъем температуры до 39,2°C, в ночь на 24.12.19 мать отметила монотонный крик, появление отеков верхних конечностей, кровоточивость десен. В 7:00 утра была вызвана бригада скорой медицинской помощи, ребенок не был госпитализирован. В 9:00 стали отмечаться синюшность кожных покровов, появление сыпи по всему телу, образование в области правого запястья. Была вызвана бригада СМП, ребенок был госпитализирован в Морозовскую детскую государственную клиническую больницу в отделение реанимации и интенсивной терапии №29.

Объективный статус: общее состояние крайне тяжелое, глубокая кома, оценка по шкале Глазго 5.

В коагулограмме отмечались выраженная гипокоагуляция (протромбиновый индекс 42 %, фибриноген 0,97 г/л, АЧТВ 53,7 с). В биохимическом анализе крови тяжелая гипопроотеинемия: общий белок 46,6 г/л, альбумин 24,0 г/л, азотемия: уровень мочевины 14,7 ммоль/л, креатинин 156,0 мкмоль/л, значительное увеличение трансаминаз: аспаратаминотрансферазы (731,3 ЕД/л), аланинаминотрансферазы (121,1 ЕД/л), СРБ 0,2657 г/л, уровень прокальцитонина >10 нг/мл. В результатах люмбальной пункции отмечались цитоз 8/3 мкл, лимфоциты 4 клетки, макрофаги 4 клетки, белок 0,432 г/л. В общем анализе крови анемия легкой степени тяжести (Hb 104 г/л), выраженная тромбоцитопения (PLT $35 \cdot 10^9/\text{л}$).

При рентгенологическом исследовании выявлено наличие инфильтративных изменений в легких с обеих сторон, наличие воздуха в плевральной полости.

Терапия в реанимационном зале: инфузия глюкозо-солевых растворов 20 мл/кг/час, кардиотоники/вазопрессоры: допамин 10 мкг/кг/мин, норадреналин 0,5 мкг/кг/мин, преднизолон 60 мг в/в, цефтриаксон 1 гр 2 р/сут. Медикаментозная седация: фентанил 5 мкг/кг/час, рокуроний 0,6 мг/кг/час.

24.12.2019 в 12:40 были зафиксированы жизнеугрожающая брадикардия с переходом в асистолию, отсутствие пульса на магистральных артериях, отсутствие электрической активности миокарда по данным ЭКГ, мидриаз, отсутствие сознания. Была начата расширенная сердечно-легочная реанимация, через 30 минут проведения расширенной СЛР электроактивность миокарда по данным ЭКГ отсутствовала, в связи с этим в 13:10 была констатирована смерть.

Посмертный диагноз (основной): менингококковая инфекция, генерализованная форма. Острая менингококцемия.

Выводы. Данный клинический случай является примером несвоевременной клинической диагностики. Заболевание является жизнеугрожающим, встречаются молниеносные формы, которые могут привести к летальному исходу. Обсуждение вопроса о введении в Национальный календарь прививки против менингококковой инфекции остается открытым.

КАТАМНЕЗ ПАЦИЕНТА С ПОЗДНЕЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОВОРОЖДЕННОГО. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Самочерных Н.К.

Научный руководитель:

Сахно Лариса Викторовна, к.м.н., доцент кафедры
поликлинической педиатрии
им. академика А.Ф. Тура СПбГПМУ
ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Проблема диагностики и лечения поздней геморрагической болезни новорожденных и ее своевременной профилактики витамином К остается нерешенной на сегодняшний день. По данным литературы частота патологии 4,4–7,2 на 100 000, внутричерепные кровоизлияния при этом наблюдаются в 30–75% случаев.

Цель демонстрации клинического случая. Демонстрация случая гидроцефалии, развившейся в результате поздней геморрагической болезни новорожденных, потребовавшей неоднократных нейрохирургических вмешательств в связи с трудностями выбора параметров ликворошунтирующей системы, способа отведения ликвора, множественными инфекционными осложнениями в виде пиелонефрита, пневмонии, вентикулита, септических состояний и бактериального эндокардита. Представлен хронологический каскад клинических событий, каждое из которых имело неблагоприятный прогноз для жизни пациента и катамнез реабилитации и абилитации через 3 года после последней операции.

Описание клинического случая. Информированное согласие на публикацию этого клинического случая получено от родителей пациента.

Больной К. 2013 года рождения находился на лечении в отделении нейрохирургии детского возраста РНХИ им. А.Л. Поленова в период с 2014 г. по 2016 г. с диагнозом постгеморрагическая поствоспалительная декомпенсированная гидроцефалия. Кровоизлияние в мозг произошло в результате поздней геморрагической болезни новорожденных в возрасте 24 дня. Было проведено 8 ликворошунтирующих операций (ЛШО) по месту жительства. На момент поступления в возрасте 10 мес. (29.09.2014) состояние пациента было расценено как тяжелое. В связи с декомпенсированной гидроцефалией, осложненной судорожными приступами в условиях полирезистентной микробной флоры, лихорадки без бактериального очага необходимость имплантации новой ликворошунтирующей системы была очевидна, в результате нескольких ревизий для достижения должных размеров желудочков был сделан выбор в пользу вентрикулоатриального шунта, выписан 28.11.2014 в удовлетворительном состоянии. Повторное поступление в стационар 13.05.2015 было связано с ухудшением ликвородинамики, в посевах ликвора выявлен стафилококк. После нескольких ЛШО и санации ликвора выполнена тривентрикулоатриостомия (02.07.15), выписан в удовлетво-

рительном состоянии. Повторная госпитализация была связана с эндоскопическим рассечением кисты левого бокового желудочка мозга, в посевах крови выявлен *St. hominis*, в ликворе — *St. epidermidis*. По результатам УЗИ сердца — тромботические массы на атриальном катетере. Кардиохирургами выполнена срединная стернотомия с тромбэктомией из полости правого предсердия, в посевах — *St. aureus* из конгломерата тромба. Повторные госпитализации в стационар были связаны с удалением кист и установкой новой вентрикулоперитонеальной системы. Выписан в удовлетворительном состоянии 01.12.2015, далее два поступления были связаны с ревизией шунтирующей системы (дата последней операции 08.12.2016). Таким образом, больному было проведено 30 операций для достижения контроля за гидроцефалией, эрадикации антибиотикорезистентной флоры и компенсации общего состояния ребенка.

В настоящее время ребенку 6 лет — прошло 3 года после последней операции, после курсов реабилитации физическое развитие соответствует возрасту 5 лет, психомоторное и речевое — 2–2,5 годам.

Выводы. Сформировавшаяся в результате поздней геморрагической болезни новорожденных транзиторная постгеморрагическая гидроцефалия привела к повторным операциям, развитию сопутствующих инфекционных осложнений ввиду грудного возраста ребенка и необходимости многокомпонентной антибиотикотерапии в условиях резистентности внутрибольничной флоры.

Необходима согласованная работа команды нейрохирургов, неврологов, педиатров и реабилитологов после выписки больного из стационара. Научные исследования проблемы геморрагической болезни новорожденных должны быть направлены на разработку профилактических мер.

ЛИВЕДО-ВАСКУЛИТ, СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА, СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СМЕШАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Попова А.П., Абрамян Е.М., Рябова А.П.,
Мачульская Н.В.

Научный руководитель:

Ларина Любовь Евгеньевна, к.м.н., доцент
ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова Минздрава России

Актуальность. Смешанное заболевание соединительной ткани (СЗСТ, синдром Шарпа) — редкое системное заболевание соединительной ткани, проявляющееся сочетанием отдельных признаков системной красной волчанки, системной склеродермии, ревматоидного артрита и полимиозита. Частота встречаемости составляет 1,9–3,8 на 100 000 населения. Патогенетически синдром Шарпа обусловлен нарушением иммунологической толерантности вследствие

модификации антигена — U-1 рибонуклеопротеина (РНП) и ассоциированных с ним РНК, поэтому основным иммунологическим маркером заболевания является повышение титра антител к РНП.

Цель демонстрации клинического случая. Необходимо настороженность педиатров первичного звена в отношении отдельных признаков системных заболеваний соединительной ткани и их комплексная оценка в процессе проведения плановых профилактических осмотров.

Описание клинического случая. Пациентка О., 15 лет поступила в гематологическое отделение МДГКБ 17.02.20 с подозрением на тромбофилию. Известно, что в течение года беспокоила сыпь на нижних конечностях, их зябкость, парестезии, трофические нарушения (длительно незаживающие язвы на щиколотке и стопе). Последние 6 месяцев отмечала выпадение волос. При осмотре на коже нижних конечностей древовидное ливедо, пятнистая неправильной формы склонная к слиянию сыпь, местами пигментированная. На стопах и нижних третях голени мелкопятнистые геморрагические элементы. На левой медиальной лодыжке язва 0,7 х 0,7 см, покрытая геморрагической корочкой. На коже спины мелкие розовые анулярные элементы. Обращали внимание феномен Рейно, диффузная алопеция, индуративный отек кожи и подкожно-жировой клетчатки в области бедер и плеч. На УЗИ данных за нарушение проходимость сосудов нижних конечностей не было. По результатам лабораторного обследования, дефицит естественных антикоагулянтов, гипергомоцистеинемия и дислипидемия исключены.

Учитывая анамнестические сведения и клиническую картину, для уточнения генеза текущего васкулита, 24.02.19 девочка была переведена в отделение ревматологии для дальнейшего обследования. 2.03.20 КТ-признаки единичного мягкотканого уплотнения S2 и линейного фиброза S3 левого легкого. По результатам эзофагогастродуоденоскопии 5.03.20 катаральный рефлюкс-эзофагит, пангастрит, дуоденит. Лабораторно положительный антинуклеарный фактор, исследования на ауто-антитела (АТ к ДНК, АТ к Sm, анти-Ro/SS-A, анти-La/SS-B, aB2-ГП- IgG, aB2-ГП- IgM, aКЛ- IgG, aКЛ- IgM) отрицательны. Иммунологическое исследование на антитела к U-1 рибонуклеопротеину в работе.

Выводы. У девочки имеет место СЗСТ — синдром Шарпа. От назначения системных глюкокортикостероидов было решено воздержаться, в отделении проведен курс сосудистой терапии (пентоксифиллин, вазостенон). Выписана под наблюдение педиатра и ревматолога по месту жительства. Планируется повторная госпитализация 16.04.20.

Представленное описание пациента демонстрирует сочетание признаков ливедо-васкулита, системной склеродермии и системной красной волчанки, которые сохранялись в течение 12 месяцев до постановки диагноза. Неспецифические клинические признаки ревматических болезней и трудность выделения одной нозологической формы определяют длительный период от манифестации симптомов до постановки диагноза и начала терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕПОЛНОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА КАВАСАКИ У РЕБЕНКА 2 МЕСЯЦЕВ

Аксенова Е.С.

Научный руководитель:

Зайцева Надежда Станиславовна, к.м.н, доцент
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Синдром Kawasaki (СК) — заболевание, которое должно быть включено в дифференциальный диагноз при лихорадке, как одной из основных причин обращения к педиатру. Являясь относительно редкой патологией, СК чаще встречается в грудном и раннем возрасте и требует своевременной диагностики, позволяющей при правильном лечении предупредить неблагоприятные исходы.

Цель демонстрации клинического случая. Повысить осведомленность врачей о неполной форме СК, способствовать её ранней диагностике и профилактике коронарных осложнений.

Описание клинического случая. Мальчик 2 месяцев поступил в отделение 10.11.19 в связи с лихорадкой до фебрильных значений. В анамнезе, с 3.11 на 4.11, у ребенка отмечалось повышение температуры до 38°C, разрешившееся самостоятельно. Осмотрен педиатром, катаральные явления отсутствовали. 5 — 7.11 у мальчика температура 37 — 37,4°C при нормальном самочувствии, 8.11 повторный подъем до 38°C. Амбулаторно в анализе крови лейкоциты 22,9 · 10⁹/л, нейтрофильный сдвиг формулы, тромбоциты 932 · 10⁹/л, СОЭ 39 мм/ч. 10.11 ребенок госпитализирован самотеком. При уточнении анамнеза выяснено, что 2.11 у мальчика отмечалось покраснение в месте проведенной в роддоме вакцинации БЦЖ, зафиксированное на фото.

При поступлении ребенок был достаточно активен, несмотря на интоксикационный синдром, сосал хорошо, не срыгивал. Кожный покров бледно-розовый, чистый, с «мраморным рисунком». Слизистая глотки умеренно гиперемирована, явления острого тонзиллита с белесоватыми мелкими фолликулами. Печень, селезенка не увеличены.

В анализах крови 11.11: лейкоцитоз 22,2 · 10⁹/л со сдвигом формулы влево, тромбоцитоз 908 · 10⁹/л, СОЭ 35 мм/ч, СРБ 99,3 мг/л.

При УЗИ почек 11.11 обнаружены минимальные гидронефротические изменения слева (в 1 месяц выявлена пиелоектазия слева 6,9 мм), пиелоектазия справа. Однако учитывая отсутствие изменений в анализах мочи (общем, по Нечипоренко и на бактериурию) инфекция мочевыводящих путей была исключена. При ЭХО-КТ, ЭКГ, а также НСГ патологические изменения не выявлены.

Клинико-лабораторные данные были расценены как проявление вирусно-бактериальной инфекции. Взяты анализы на оппортунистическую флору, отрицательные. Ребенку назначен Амоксиклав внутрь.

В динамике сохранялась субфебрильная лихорадка. Явления тонзиллита купированы за 5 дней. 13.11 в анализе крови лейкоциты 17,7 · 10⁹/л, нарастание

тромбоцитоза до $1080 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 54 мм/ч. Уровень иммуноглобулинов, С3–, С4–компонентов комплекса не изменен. Целенаправленно повторно проведенная ЭХО–КГ 14.11 (11–е сутки от манифестации заболевания) выявила признаки коронарита левой и правой коронарных артерий (ЛКА, ПКА), что позволило диагностировать СК, неполную форму.

На фоне терапии по протоколу — в день постановки диагноза внутривенный иммуноглобулин (ВВИГ), ацетилсалициловая кислота по схеме — состояние мальчика улучшилось. Температура нормализовалась сразу после введения ВВИГ. В анализах крови 15.11 (12–е сутки) лейкоциты $5,9 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоциты $736 \cdot 10^9/\text{л}$, СРБ 37,3 мг/л. К 20.11 (17–е сутки) СРБ — отрицательный. К 25.11 (22–е сутки): лейкоциты $7,5 \cdot 10^9/\text{л}$, нормализация лейкоцитарной формулы, тромбоциты $623 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 14 мм/ч, эхо–признаки минимального утолщения стенок ЛКА, ПКА без изменений.

При выписке, 23–е сутки заболевания, активный, кожный покров без «мраморности», прибавил в весе. По данным тромбодинамики — умеренная гиперкоагуляция, продолжен прием ацетилсалициловой кислоты. В катamnезе, через 6 недель, ЭХО–КГ — без патологии.

Выводы. Настороженность в плане СК с учетом покраснения места инъекции БЦЖ как признака упоминаемого, но не внесенного в обязательные для синдрома, а также характерных лабораторных изменений позволила поставить диагноз его неполной формы по специфическому коронариту у ребенка 2 месяцев с отсутствием высокой лихорадки и всех остальных клинических симптомов, ввести на 11–е сутки заболевания ВВИГ, провести лечение по протоколу и предотвратить развитие кардиологических осложнений.

ДЕБЮТ ЮНОШЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ И С СИНДРОМОМ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ

Хуштова К.А., Белименко В.О.

Научный руководитель: Савельева Наталья Владимировна, к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава РФ, Краснодар, Россия

Актуальность. Системный вариант ювенильного артрита (сЮА) относится к числу особых тяжелых соматических заболеваний детского возраста. Среди всех ювенильных артритов сЮА занимает особое положение, так как у 25–50% пациентов прогрессирует деструктивный артрит с ранней инвалидизацией, и характеризуется самым высоким среди всех ювенильных артритов риском развития жизнеугрожающих состояний. На первом месте среди них стоит синдром активации макрофагов (САМ), частота которого, по данным разных авторов, колеблется от 6,7 до 30%. Современная терапия сЮА направлена на смещение акцентов с нестероидных противовоспалительных препаратов и глюкокортикоидов (ГК) на базисные противовоспалительные препараты — метотрексат, циклоспорин А, циклофосфан. А также последние

два десятилетия активно используются — генно–инженерные биологические препараты (ГИБП).

Цель демонстрации клинического случая. Показать разнообразие и тяжесть клинической симптоматики сЮА у мальчика 6 лет.

Описание клинического случая. Мальчик 6 лет (2013 г.р.) впервые поступил в кардиоревматологическое отделение ГБУЗ ДККБ Краснодара в январе 2019 года с жалобами на ежедневное повышение температуры до 40°C в ночные и ранние утренние часы, эритематозную сыпь, боли и отечность в крупных суставах, слабость, снижение аппетита, потеря веса. Данное ухудшение состояния в течение месяца. Анамнез жизни не известен, так как ребенок усыновлен. Со слов опекунов у матери — шизофрения, у отца — алкоголизм.

При поступлении отмечалась следующая симптоматика: синдром интоксикации с лихорадкой, эритематозная мигрирующая сыпь на туловище и нижних конечностях, анемический синдром, микрополиадения, суставной синдром (отечность и болезненность без нарушения функции в голеностопных и левом локтевом суставах, а также болезненное отведение в тазобедренных суставах), проявления перикардита (расширение границ сердца, глухие тоны, шум трения перикарда), гепатоспленомегалия, асцит. Лабораторные изменения были следующими: анемия (Hb–81 г/л, эритроциты — $3,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$), тромбоцитоз ($548 \cdot 10^9/\text{л}$), нейтрофильный лейкоцитоз (лейкоциты — $28 \cdot 10^{12}/\text{л}$, нейтрофилы — 89%), ускоренная СОЭ (60 мм/час), резко повышен СРБ до 152 мг/л (норма до 10), РФ — отрицательный, АЦЦП — отрицательный, АТ к ДНК — слабopоложительные, гипертриглицеридемия (2,91 ммоль/л), выраженная гиперферритинемия (13804,7 нг/мл), гиперкоагуляция (фибриноген 5,8 г/л, АЧТВ 28 сек, ПТИ 78%, Д–димеры более 2000 нг/мл, МНО 1,28). Анализы мочи без патологии. На ЭХО–КГ в перикардальном пространстве жидкостный компонент с большим количеством фибрина. УЗИ ОБП — гепатоспленомегалия, асцит.

Больному был выставлен следующий диагноз: Ювенильный артрит с системным началом, активность 3 степени, осложнение — САМ. В лечении получал пульстерапию метилпреднизолоном, с последующим переходом на пероральную форму (метипред 20 мг/сут), циклоспорин А, симптоматическую терапию (антикоагулянты, дизагреганты). На данной терапии состояние мальчика улучшилось, но при попытке снижения дозы ГК рецидивировали лихорадка, кожный синдром и артралгии. В марте — апреле 2019 года мальчик обследовался в НЦЗД г. Москва, где диагноз подтвердился, и начата терапия ГИБП — тоцилизумабом (Актметра) в дозе 12 мг/кг 1 раз в 2 недели, которую пациент получает (в сочетании с циклоспорином А) до настоящего времени. Дозировка метилпреднизолона постепенно снижалась до полной отмены (в течение 6 месяцев). В результате этого лечения состояние мальчика значительно улучшилось, лихорадка и суставной синдром не рецидивируют, по внутренним органам без патологии.

Выводы. У пациента дебют ювенильного артрита с системным началом и с тяжелым осложнением — САМ. В результате своевременно начатой терапии, включая ГИБП, удалось добиться положительного эффекта и стабилизации состояния, а также полной отмены ГК.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ МАКЛА-УЭЛЬСА

Клабукова Н.И., Волчкова А.Р., Воробьева Е.А.

Научные руководители:

М.А. Квасова, к.м.н., Т.И. Коровкина, к.м.н.

ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский
медицинский университет Минздрава России,
Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Синдром Макла–Уэльса (Muckle–Wells syndrome (MWS)) — это редко встречающийся врожденный дефект иммунной системы, связанный с мутацией в гене CIAS1, расположенного на длинном плече 1-й хромосомы и кодирующего синтез белка криопирин, который регулирует выработку интерлейкина IL-1. Заболевание наследуется по аутосомно-доминантному типу, проявляется в первые дни и месяцы после рождения. Грозными осложнениями MWS является потеря слуха и амилоидоз почек. Для MWS характерно повышение температуры тела до фебрильных цифр, сопровождающееся артралгиями и кожными высыпаниями по типу уртикариев при отсутствии кожного зуда. Между приступами пациент чувствует себя совершенно здоровым. Подтверждается заболевание молекулярно-генетическим исследованием, позволяющим определить дефект в гене CIAS1.

Цель демонстрации клинического случая.

1. Описать клинический случай MWS.
2. Продемонстрировать трудности дифференциальной диагностики.

Описание клинического случая. Девочка 11 лет (02.2008 г.р.) на момент курации находилась в 1 отделении ГБУЗ НО «НОДКБ» на контрольном обследовании. Активных жалоб нет.

Из анамнеза известно, что ребенок от 3 беременности (1– медаборт, 2 — срочные роды), 2-х родов срочных, амниотомия, по Апгар 9/10. Вакцинирована от гепатита В, далее — медотвод от прививок. Физическое развитие по возрасту. Наблюдалась неврологом на 1-м году жизни по поводу перинатального поражения ЦНС, с синдромом пирамидной недостаточности.

В 1 сутки жизни — эпидермолиз, на 2 сутки токсическая эритема, везикулы, подъем температуры до 38°C, получала антибактериальную терапию по поводу врожденного везикулеза (?).

Далее эпизоды лихорадки и появление на коже высыпаний повторялись от 1–2 до 4 раз в месяц. Сыпь на теле пятнисто-папулезная, уртикарная, местами сливающаяся, без зуда. «Срок жизни» элемента менее суток, исчезает бесследно, с параллельным появлением новых элементов. Высыпания по всей поверхности тела, в т.ч. на лице, ушах, ладонях и стопах округлой формы, диаметром до 1 см. В периоде раннего возраста проводился дифференциальный поиск между диагнозами гистиоцитоза, дебюта диффузных болезней соединительной ткани, мастоцитоза, хронической крапивницы. В лечении получала антигистаминные препараты, проводилась пульс-терапия метипредом, затем дексазоном без значительного эффекта: клинически сохранялись атаки лихорадки, сопровождаю-

щиеся высыпаниями на коже и лабораторно признаками воспаления, отмечались и суставные проявления в виде болезненности суставов кисти, локтевых и коленных суставов.

В возрасте 5 лет девочка была обследована в ФГБНУ НИИ ревматологии имени В.А. Насоновой с подозрением на аутовоспалительный синдром. Объективно: уртикарная сыпь, генерализованная лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, лабораторно — повышение острофазовых маркеров воспаления. Проведено молекулярно-генетическое исследование NLRP3 (CIAS1). Выявлена мутация в виде однонуклеотидной замены с131300Т, в гетерозиготном положении, что привело к замене аминокислоты в последовательности белка рThr438Ile.

В результате, был диагностирован Ювенильный ревматоидный артрит системный вариант, активность 0–1 степени. Криопирин-ассоциированный периодический синдром: синдром Макла–Уэллса. С момента постановки диагноза получает канакинумаб, в настоящее время в дозе 80 мг каждые 2 месяца. На фоне лечения состояние относительно стабильное, приступы лихорадки и появления сыпи 1 раз в 4 — 6 месяцев. Последний эпизод отмечался полгода назад — лихорадка до субфебрильных цифр и пятнистые высыпаний на коже в течение нескольких часов. За истекший период гуморальной активности не было. Проведена аудиограмма, слух в норме.

Выводы. 1. MWS является редким заболеванием, клиника которого вызывает проблемы постановки диагноза. В настоящее время заболевание диагностируется на основании результатов молекулярно-генетического исследования. Применение современных генно-инженерных препаратов, антагонистов рецептора IL-1β или ингибиторов IL-1, значительно улучшает клиническое течение MWS за счет подавления выработки интерлейкинов.

СИНДРОМ КАВАСАКИ С ИШЕМИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА

Федосеева М.М.

Научный руководитель:

Ларина Любовь Евгеньевна, к.м.н., доцент

ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет имени
Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Синдром Kawasaki — системное заболевание с преимущественным поражением мелких и средних артериол, развитием деструктивно-пролиферативного васкулита. При поздней диагностике могут возникать тромбозы сосудов с последующими ишемическими изменениями органов и риском летального исхода.

Цель демонстрации клинического случая. Продемонстрирован успешно проведенный тромболизис у пациента с тромбозом коронарных артерий.

Описание клинического случая. Пациент К., 2 года 10 месяцев. С 07.02.20 отмечалась фебрильная

лихорадка до 40,2С, с 10.02 — кашель и покраснение глаз. Амбулаторно получал антибактериальную терапию, жаропонижающее, интерферон. Ожидаемого эффекта терапии не получено. В гемограмме от 18.02.10 тромбоциты 590×10^9 , лейкоциты $18,8 \times 10^9$, СОЭ 47 мм/час.

21.02.20 при повышении температуры до 39,4С экстренно госпитализирован в Балашихинскую городскую больницу, где находился до 28.02 с диагнозом ОРВИ. Получал антибактериальную терапию.

28.02.20 переведен в Морозовскую Детскую Городскую Клиническую Больницу (МДГКБ). При поступлении состояние средней тяжести, вялый, температура 37С. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, отеков нет. Лимфатические узлы не увеличены, мягкоэластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Суставы не изменены, движения в полном объеме. ЧДД 26/мин, дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧСС 112/мин, тоны сердца ясные, ритмичные. По остальным органам и системам без особенностей.

Анамнез жизни без особенностей, прививки по возрасту. Аллергоанамнез и семейный анамнез не отягощен. За последние 60 дней вакцинации не было.

ЭХО–КГ при поступлении: дилатация обеих коронарных артерий (КА). Гигантские аневризмы КА: левая шириной 10 мм, протяженностью 30 мм, правая шириной 12 мм, протяженностью 30 мм. В просвете правой — гипоехогенное крепящееся в области устья включение, предположительно тромб. Фракция выброса (ФВ) левого желудочка 79%.

Диагноз: болезнь Kawasaki, неполная форма (лихорадка, склерит, гигантские аневризмы коронарных артерий, миокардит). Осложнение: флотирующий тромб в устье правой КА.

АЧТВ 92,1 сек, Д–димеры 461 нг/мл, тромбоциты 465×10^9 /л.

Начата терапия: внутривенный иммуноглобулин 2 гр/кг, нефракционированный гепарин (НФГ) 25 ЕД/кг/ч, ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут, каптоприл 2 мг 3 раза в день, верошпирон 12,5 мг 1 раз в день и сопроводительная терапия.

29.02.20, учитывая риск развития острого коронарного синдрома, ребенок переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

01.03.20. ЭХО–КГ: значимая дилатация обеих коронарных артерий, пристеночные тромбы в аневризмах. Физиологическая регургитация на митральном, трикуспидальном, легочном клапанах. ФВ левого желудочка 51%. Гипокинезия межжелудочковой перегородки.

Д–димеры 532 нг/мл. В связи с нарастанием тромбоза, по витальным показаниям в связи с наличием ишемии миокарда принято решение о проведении тромболизиса.

Назначена алтеплаза 0,2 мг/кг болюсно, затем 0,9 мг/кг капельно в течение часа, НФГ 10 ЕД/кг/час непрерывно на время тромболизиса.

ЭКГ в динамике: ритм синусовый, перегрузка правого предсердия, полная блокада правой ножки пучка Гиса, нарушение реполяризации миокарда боковой и задней стенки левого желудочка.

В динамике АЧТВ 126,7 сек, Д–димеры 3195 нг/мл — тромболизис успешно проведен. Терапия продолже-

на, дозировка НФГ увеличена до 29 ЕД/кг/час.

03.03.20 на фоне стабилизации состояния переведен в ревматологическое отделение.

ЛДГ 301 ЕД/л, СРБ 10,2 мг/л, ферритин 264,1 мкг/л. На данный момент состояние стабильное, продолжает лечение — инфузионную терапию, антибактериальную терапию, НФГ и сопроводительную терапию. Планируется смена антикоагулянтной терапии на низкомолекулярные гепарины, которые ребенок будет получать 2–3 месяца с последующим контролем.

Выводы. Необходима осторожность в отношении синдрома Kawasaki при манифестации заболевания с высокой лихорадкой. При развитии синдрома нужно иметь в виду высокий риск ишемического повреждения миокарда.

ИММУНОДЕФИЦИТ И ЕГО ЗАГАДКА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Черепанова М.А., Ясинская А.А.

Научный руководитель:

Фирсова Виолетта Николаевна, к.м.н.,
доцент кафедры Педиатрии №1

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России,
Краснодар, Россия

Актуальность. Синдром Луи–Бар был изложен в 1941 году французским врачом, в честь которого и получил название, также известное как атаксия–телеангиэктазия. Он является наследственным заболеванием с аутосомно–рецессивным типом наследования, приводящим к нарушению репарации ДНК и последующему снижению количества Т–лимфоцитов, инверсии CD4⁺/CD8⁺, угнетению их функциональной активности. Проявляет себя в раннем детстве (1–4 года), имеет яркую неврологическую картину и нарушение иммунологической реактивности организма, мозжечковую дегенерацию, телеангиэктазии различной локализации (проявляют себя в возрасте 3–6 лет), подверженность онкологическим заболеваниям, восприимчивость к радиационным воздействиям. При скрининге фиксируется мозжечковая атаксия, которая наиболее выражена в период формирования походки ребенка — она становится неустойчивой, развивается интенционный тремор. Характерны дизартрия, сопровождающаяся скандированной речью, глазо–двигательные расстройства (движения глазо–яблока, нистагм и страбизм). Дети с атаксией–телеангиэктазией чаще обычного подвержены ОРВИ, осложняющиеся воспалением легких. Они детерминированы недостатком иммуноглобулинов класса А и G, благодаря быстрому течению болезни отчетливо видны когнитивные нарушения. Наблюдается атрофия кожи, поседение волос, задержка психического и физического развития. Характерны гипоплазия мозжечка и вилочковой железы, вторичная атрофическая дилатация IV желудочка, постгеморрагические очаги в сером веществе головного мозга, дисгаммоглобулинемия, повреждение мононуклеарных макрофагов (ретикулезы, лимфосаркомы и др.). На основной про-

цент смертности приходится хронические заболевания легких, лимфомы, карциномы.

Цель демонстрации клинического случая. Клинический случай ребенка с первичным иммунодефицитом.

Описание клинического случая. При плановом осмотре в возрасте 1 год 7 месяцев была выявлена задержка психомоторного развития, шаткость при ходьбе. Пациент был направлен в неврологическое отделение ГБУЗ «ДККБ» 16.06.2015г. Был поставлен предварительный диагноз: перинатальное поражение ЦНС, атонически-астатический синдром, ОНР 2 уровень при дизартрии, когнитивные нарушения. В ноябре 2015 г. врачом-офтальмологом установлена фоновая ретинопатия (ангиодистония сетчатки обоих глаз), обнаружены телеангиэктазии на конъюнктиве глазного яблока. С декабря того же года наблюдается у травматолога-ортопеда с диагнозом: дисплазия тазобедренных суставов, остаточные явления левосторонней мышечной кривошеи. В этот период отмечаются частые простудные заболевания (до 3–4 раз в год). Также с рождения был обнаружен пигментный невус теменной области размером 10x12 см и увеличивающийся вместе с ростом ребенка. Было проведено его иссечение в июле 2017 года в РДКБ г. Москва. Течение послеоперационного периода гладкое.

В июне 2019 г. повторно госпитализирована в отделение микрохирургии-1 РДКБ, консультирована неврологом, выявлен повышенный уровень альфа-фетопroteина (250 МЕ/мл), на коже были заметны телеангиэктазии и «кофейные пятна» (симптом нейрофиброматоза I типа). Поставлен диагноз: Первичный иммунодефицит, синдром Луи-Бар (атаксия-телеангиэктазия); рекомендовано генетическое обследование. При лабораторной диагностике выявлено отсутствие воспалительной активности (лейкоциты — 8,2 тыс/мкл, СОЭ — 22 мм/ч, СРБ — 0,8 мг/дл). По данным иммунофенотипирования лимфоцитов отмечается значительное повышение уровня CD16⁺56⁺ (51%, 1,3 тыс/мкл), снижение уровня CD3⁺ (40%, 0,82 тыс/мкл). Претрансфузионный уровень сывороточных иммуноглобулинов достаточный (IgG — 1000 мг/дл), проведение введения ВВИГ 10 г, реакции на введение не было.

Рекомендовано динамическое обследование и диагностика (ОАК, БАК и ОАМ — 1 раз в 3–4 недели; уровень ЛДГ и альфа-фетопroteина, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ брюшной полости, почек, периферических лимфоузлов — 1 раз в 3 месяца), необходима постоянная терапия по жизненным показаниям (Бисептол 240 мг/сут) и регулярное заместительное введение иммуноглобулинов 1 раз в 3–4 недели; избегание инсоляции и рентгенологического исследования в связи с повышенной радиочувствительностью. При нарастании инфекционного процесса показано лечение в/в антибиотиками широкого спектра. Медицинский отвод от профилактических прививок пожизненный.

Выводы. Синдром Луи-Бар относится к редким заболеваниям, поскольку частота его возникновения 1:40000. Он проявляется тяжелым первичным иммунодефицитом, обусловленным нарушением клеточного звена иммунитета (Т-супрессоров).

Диагноз опирается на особенности клинической картины и данные лабораторных показателей. Пато-

генетическим методом лечения в перспективе может послужить аллогенная трансплантация, но на сегодняшний день используются внутривенные иммуноглобулины, а также лекарственные средства группы сульфаниламидов.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРОТЕЗИРОВАННОГО КЛАПАНА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Хашагульгова Т.А., Яниева Ю.С., Глебов А.Ю.

Научные руководители:

Халидуллина Оксана Юрьевна к.м.н., доцент,
Ушакова Светлана Анатольевна д.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский
университет Минздрава России, Тюмень, Россия

Актуальность. Инфекционный эндокардит (ИЭ) протезированного клапана является самой тяжелой формой ИЭ и встречается у 1–6% пациентов с протезами клапанов, особенно в раннем периоде — до 6 месяцев после оперативного вмешательства.

Цель демонстрации клинического случая. Представить случай диагностики ИЭ протезированного клапана.

Описание клинического случая. Мальчик И., 11 лет, с 6 месяцев состоит на учете у кардиохирурга с диагнозом: Идиопатическая гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выводного тракта левого желудочка (ЛЖ). В период с 2009–2012 гг. выполнены оперативные вмешательства: иссечение гипертрофированной части межжелудочковой перегородки; операция Росса с заменой аортального клапана ауто-трансплантатом, операцией Конно — заменой клапана легочной артерии (ЛА) ксенокондуитом Contegra, 14 мм. В связи с послеоперационной атриовентрикулярной блокадой III степени имплантирован электрокардиостимулятор с эпимиокардиальными электродами. В связи с нарастанием стеноза протезированного клапана ЛА в июне 2019 г. выполнена балонная вальвулопластика. Настоящее заболевание началось с конца ноября 2019 года с повышения температуры до 40°C, кашля. Осмотрен педиатром, в общем анализе крови (ОАК) выявлен лейкоцитоз 13 тысяч без сдвига лейкоформулы, рентгенологически без очаговых и инфильтративных изменений в легких, рекомендован прием цефуроксима аксетила — в течение пяти дней без эффекта. При контроле в ОАК из отклонений — выявлена тромбоцитопения 135 тысяч, повышение С-реактивного (СРБ) белка до 12 норм — рентгенологически без ухудшения. Назначен кларитромицин, симптомы респираторного заболевания, кашель купировались, но лихорадка сохранялась. Амбулаторные исследования очага инфекции не выявили, в том числе проводилась эхокардиография (Эхо-КГ) с доплерографией сосудов, данные соответствовали оперированному пороку. На девятнадцатые сутки течения заболевания, в связи с сохраняющимся фебрилитетом, мальчик госпитализирован. Состояние при поступлении оценено как тяжелое за счет интокси-

кации. Со стороны оперированного сердца шумовая картина соответствовала характеру и тяжести порока, тахикардия до 132 в минуту. Печень +3 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпировалась. Выявлены признаки синдрома системной воспалительной реакции (лейкоцитоз $18 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофильного характера, ускорение скорости оседания эритроцитов 30 мм/ч, повышение СРБ (18 N), прокальцитонин более 2 нг/мл) и признаки диссеминированного внутрисосудистого свертывания (тромбоцитопения $54 \times 10^9/\text{л}$, повышение D-димеров до 7 N). ^{15}O -лучевые высеиваемости культуры *Staphylococcus aureus* – 10^5 КОЕ. При выполнении Эхо-КГ с доплерографией сосудов трижды вегетаций обнаружено не было, ложе кардиостимулятора без признаков абсцедирования. Исключены явные очаги инфекций и другие причины длительного фебрилитета. Очередная экспертная Эхо-КГ обнаружила наличие линейного гиперэхогенного образования на створке протезированного клапана ЛА размером 3 мм; по МСКТ сердца и легких выявлены признаки инфаркт-пневмонии в сегментах S8 справа и S10 слева. Пациент получал антибактериальную терапию со сменой препаратов, купирование лихорадки отмечено при замене на линезолид, подобранного с учетом чувствительности возбудителя, длительность лечения составила 8 недель.

На основании критериев Duke (2015г) установлен основной диагноз: Инфекционный эндокардит протезированного клапана, обусловленный *Staphylococcus aureus* с имеющимися осложнениями: септико-эмболическая пневмония, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания. НК 2А.

Выводы. Отсутствие вегетаций на клапанах у ребенка с оперированным сердцем при наличии лихорадки не должно исключать диагноз инфекционного эндокардита, в связи с их отсроченным появлением и трудностью визуализации. Представленный клинический случай демонстрирует необходимость осторожности педиатров в отношении ИЭ у детей из группы высокого риска, для своевременного установления диагноза и начала лечения, что позволит предотвратить развитие осложнений.

СИНКОПЕ У ПОДРОСТКА НА ФОНЕ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ И РЧА В АНАМНЕЗЕ

Родионов Н.В.

Научный руководитель:

Ивянский Станислав Александрович,
к.м.н., доцент кафедры педиатрии

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет имени
Н.П. Огарева, медицинский институт,
Саранск, Россия

Актуальность. В настоящее время синкопальные состояния являются актуальной проблемой в педиатрической практике, требуют глубокого изучения причин их возникновения и дифференцированных методов лечения данной патологии.

Цель демонстрации клинического случая. На примере клинического случая мы хотим рассмотреть возможные причины развития синкопальных состояний.

Описание клинического случая. Под наблюдением находился ребенок И. в возрасте 16 лет. Из анамнеза известно, что у девочки в возрасте 7 лет впервые произошел эпизод потери сознания. За медицинской помощью не обращались. В возрасте 11 лет (2014 год) приступ повторился в школе, в виде головокружения и учащенного сердцебиения. По результатам амбулаторного ЭКГ, была установлена желудочковая пароксизмальная тахикардия с ЧСС до 170 в минуту. Экстренно госпитализирована в стационар, где была отработана антиаритмическая терапия. Однако, в связи с торпидностью течения, с частыми пароксизмами желудочковой тахикардии на фоне приема высоких доз антиаритмических препаратов, было принято решение о проведении РЧА и ЭФИ зон аритмии. В последующем, в течение года приступы желудочковой тахикардии не повторялись. С декабря 2015 года отмечались эпизоды головокружений, слабостью, повышенная утомляемость. Амбулаторно в это время на ХМЭКГ был зарегистрирован один эпизод тахикардии с широким желудочковым комплексом с ЧСС 145–146 в мин. рекомендован приём пропанорма в дозе 12,5 мг/кг. В последующем активно жалоб не предъявляла. Однако во время последней плановой госпитализации в 2019 году в ходе проведения ХМЭКГ была зарегистрирована остановка синусового узла с максимальной паузой ритма 20078 мс, во время которой отмечалась потеря сознания. При восстановлении ритма сердца регистрировался короткий эпизод выскальзывающего наджелудочкового ритма, затем — синусовая тахикардия с ЧСС 100–120 уд/мин с полной блокадой правой ножки п. Гиса, увеличением показателя скорректированного QT-интервала свыше 460 мс. На основе выше рассмотренной клинической картины, истории заболевания, а также инструментальных методов исследования можно сделать вывод, что синкопальное состояние данной пациентки вызвано кардиальными причинами.

Выводы. Таким образом, данный клинический случай демонстрирует, что актуальность проблемы синкопальных состояний у детей обусловлена широкой распространенностью, снижением качества жизни ребенка, возможностью развития жизнеугрожающих состояний. Для выявления кардиальных причин данной патологии следует использовать: стандартную ЭКГ в покое, ЭКГ с физической нагрузкой, ХМЭКГ, доплер-эхография, тилт-тест, ЭЭГ.

ТЕЧЕНИЕ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО С ИНФЕКЦИОННЫМИ И ТРОМБОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Малахова Э.В., Абрамова П.В.

Научный руководитель:

Ларина Любовь Евгеньевна, к.м.н., доцент.

ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет имени
Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Тетрада Фалло (ТФ) состоит из четырех компонентов: это инфундибулярный стеноз правого желудочка (ПЖ), большой дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), смещение аорты к ПЖ (декстропозиция менее 50%), гипертрофия ПЖ. На сегодняшний день частота встречаемости ТФ у новорожденных колеблется от 4 до 7%. Средняя продолжительность жизни больных с ТФ составляет 12–13 лет и зависит от степени стеноза ЛА. Смертность в течение первого года жизни — 25%, к 3 годам — 40%.

Цель демонстрации клинического случая. Описание послеоперационных осложнений у ребенка с радикальной коррекцией Тетрады Фалло.

Описание клинического случая. Больная А., 2 года 9 месяцев с диагнозом: ТФ, комбинированный стеноз легочной артерии, 2 дефекта межжелудочковой перегородки (подаортальный, перемембранозный и мышечный), открытое овальное окно, единственная коронарная артерия, пересекающая выводной тракт правого желудочка, поступила для проведения нового оперативного вмешательства — радикальной коррекции ТФ. Ранний послеоперационный период протекал с умеренной сердечной недостаточностью (СН), кровоточивостью по средостенным дренажам (300 мл за сутки), потребовавшей введения инфузии концентратов протромбинового комплекса с положительным эффектом. Активизация в течение 1-х суток, была экстубирована и переведена на самостоятельное дыхание. В течение следующих суток отмечалась гипертермия до 39 градусов, с выраженной интоксикацией тахикардией, одышкой и нестабильной гемодинамикой. В связи с нарастанием сердечно-легочной недостаточности (СЛН) переведена на ИВЛ, назначена антибиотикотерапия. Гемодинамика была стабилизирована за счет высоких доз кардиотропной поддержки: адреналин 0,075 мг/кг/мин норадреналин 0,15 мг/кг/мин. Лабораторно у ребенка выявлены положительные маркеры воспаления: прокальцитонин –12 нг/мл, СРБ–0,047 г/л. По данным рентгенограммы диагностирована пневмония. Клинически: анасарка, асцит, олигурия, усиленная трансудация по дренажам. В коагулограмме–гипокоагуляция. Далее нарастание СН, потребовавшее увеличения доз КТП — адреналин 0,15 мг/кг/мин, норадреналин 0,25 мг/кг/мин. Подключена гемодиализация. Уменьшились проявления отеочного синдрома, состояние ребенка стабилизировалось. В дальнейшем постепенное улучшение состояния, увеличение темпов диуреза, уменьшение отеочного синдрома, уменьшение трансудации по дренажам, снижение доз КТП. Сохранялись эпизоды лихорадки до 38,5 °С. Тяжесть состояния была обусловлена сохраняющейся СЛН, на фоне исходной тяжести ВПС, объема оперативного вмешательства, посткардиотомного синдрома, присоединения инфекционных и тромботических осложнений. После стабилизации состояния ребенок был переведен в отделение. По данным ЭХО–КГ был обнаружен тромб в полости правого предсердия. Учитывая отсутствие динамики по размерам и экзогенности, на фоне антикоагулянтной терапии, можно было предположить послеоперационную складку (в области удаления

канюль полых вен). По данным УЗИ сосудов нижних конечностей отмечался венозный тромбоз в динамике с улучшением. Продолжена антикоагулянтная терапия низкомолекулярными гепаринами, рекомендован курс не менее 3 месяцев.

Выводы. Радикальная коррекция Тетрады Фалло может сопровождаться инфекционными и тромботическими осложнениями, требующими настороженности лечащих врачей и проведения комплексной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ СИНДРОМА ШВАХМАНА–ДАЙМОНДА: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ

Ежова А.А., Мовсисян Г.Б., Потапов А.С.

Научные руководители:

Мовсисян Гоар Борисовна, к.м.н.

Потапов Александр Сергеевич, д.м.н., профессор
ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
университет им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Актуальность. Нами представлены клинические случаи диагностики редкой наследственной патологии — синдрома Швахмана–Даймонда (СШД), характеризующегося полиморфизмом симптомов, обусловленных экзокринной недостаточностью поджелудочной железы, гематологическими и костными нарушениями. Показана важность исключения миелодиспластического синдрома, определяющего тактику дальнейшего ведения и прогноз для пациента.

Цель демонстрации клинического случая. На примере парных клинических случаев представить особенности диагностического поиска у пациентов с СШД и дифференцированного мониторинга по результатам обследования.

Описание клинических случаев. В гастроэнтерологическое отделение с гепатологической группой НМИЦ здоровья детей поступило два ребенка с жалобами на нарушение стула, задержку физического развития, изменения в анализах крови.

Клинический случай 1: Мальчик Н., 2 г. 1 мес, перинатальный анамнез отягощен угрозами прерывания беременности, роды срочные, хроническая внутриутробная гипоксия плода, ранее излитие околоплодных вод. Анамнез болезни: с 3-х месяцев отмечается потеря массы тела на 100 г, учащенный стул. В 4 мес. появление желтизны кожных покровов, покашливание. При осмотре дефицит питания, истончение подкожного жирового слоя. Кожные покровы субиктеричные с расширенной венозной сетью на передней брюшной стенке. При УЗИ ОБП: спленомегалия, выраженные диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы. В копрограмме: мыла+, крахмал+, слизь++ Биохимический анализ крови: АСТ–120 Ед/л, АЛТ–60 Ед/л, холестерин 9,5 ммоль/л, общий билирубин 43,0 мкмоль/л, прямой 10,0 мкмоль/л, амилаза общая — 29, панкреатическая — 14, гемоглобин 99 г/л. Исключались лизосо-

мные болезни накопления, муковисцидоз, целиакия. В 1 год: панкреатическая эластаза — 58,9 мкгЭ/г. ОАК: PLT 143 тыс., нейтрофилы 0,74 тыс., НВ 120г/л, WBC 7,4тыс., лимфоцитоз до 5,8тыс. В копрограмме мышечные волокна, крахмал небольшое количество. Молекулярно–генетическое исследование: в гене SVDS методом секвенирования во 2 экзоне выявлены 2 мутации (с.183_184delTAinsCT и с.285+2T>C). Цитогенетическое исследование — исключен миелодиспластический синдром (МДС). Подтвержден СШД: хроническая нейтропения тяжелой степени, тромбоцитопения, тяжелая экзокринная недостаточность поджелудочной железы, синдром цитолиза умеренной активности. Рекомендована стимуляция миелопоэза, заместительные гемотранфузии по показаниям, и заместительная ферментная и витаминотерапия.

Клинический случай 2: Девочка А., 1 год, перинатальный анамнез отягощен угрозами прерывания, экстренным кесаревым сечением на фоне гипоксии и обвития пуповиной. Анамнез болезни: с рождения анемия до 70г/л, с 2 мес. нейтропения до 10%, с 4 мес. синдром цитолиза до 250Ед/л. В 6 мес. потовый тест–отрицательный, снижение панкреатической эластазы кала до 15 мкг/г кала. Исключались муковисцидоз, лизосомные болезни накопления, вирусные гепатиты, целиакия. При осмотре задержка физического развития, бледность кожи, стул разжиженный до 2–х раз. ОАК: НВ–78 г/л, WBC–3.78 тыс., RBC–2,04 млн, PLT–50 тыс., нейтрофилы–0,21 тыс. Биохимический анализ крови: АЛТ–372 ЕД/л, АСТ–273 ЕД/л. Анализ кала: эластаза<50 мкгЭ/г, выраженная стеаторея. При УЗИ и КТ ОБП — картина диффузных изменений поджелудочной железы по типу жировой дистрофии. Миелограмма: трехростковая цитопения. Цитогенетическое исследование: картина миелодиспластического синдрома. Молекулярный анализ: в гене SBDS путем секвенирования выявлены две мутации: g.66459197>G и g.66453458C>T, характерные для СШД. Противопоказана стимуляция костного мозга. Рекомендованы профилактическая антибактериальная и противогрибковая терапия до трансплантации костного мозга, заместительная ферментная и витаминотерапия.

Выводы. На примере данных клинических случаях подтверждается важность ранней диагностики СШД, что связано с полиморфным течением заболевания и многообразием клинических симптомов с развитием грозного проявления в виде МДС, отягощающего прогноз для жизни пациента и меняющего тактику его ведения.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ DIDMOAD–СИНДРОМА

Тимина В.Э., Филясова А.С.

Научный руководитель:

Самошкина Елена Семёновна, к.м.н.

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет
им. Н.П.Огарева,
Саранск, Россия

Актуальность. Синдром Вольфрама, DIDMOAD–синдром — тяжелое прогрессирующее заболевание с аутосомно–рецессивным типом наследования, которое включает 4 компонента: Diabetts Insipidus (сахарный диабет), Diabetes Millitus (несахарный диабет), Optic Atrophy (атрофия зрительного нерва), Deafness (нейросенсорная тугоухость). Это редкое с переменным клиническим портретом заболевание, следствием чего является сложность его диагностики и лечения.

Цель демонстрации клинического случая. Демонстрация клинического случая редкого заболевания с постепенным развитием клинических симптомов.

Описание клинического случая. Больная С., 4 лет поступила в эндокринологический стационар с жалобами на периодически возникающую жажду, эпизоды ночного энуреза, повышение гликемии натощак до 7 ммоль/л. Наследственность отягощена — у мамы и бабушки сахарный диабет 2 типа (СД2). При проведении перорального глюкозотолерантного теста выявлено повышение гликемии через 2 часа до 8,3 ммоль/л, выставлен диагноз нарушения толерантности к глюкозе, рекомендована диетотерапия. При проведении самоконтроля выявлено повышение гликемии до 16 ммоль/л, без эпизодов кетоза, уровень инсулина плазмы крови в норме, выставлен диагноз MODY тип 3, назначены препараты сульфонилмочевины, которые девочка получала в течение года, без достижения компенсации, в связи с чем назначена инсулинотерапия в базис–болюсном режиме. На фоне лечения отмечалась удовлетворительная компенсация заболевания, через 4 года отмечалось снижение остроты зрения, при офтальмологическом обследовании выявлена частичная атрофия зрительных нервов. Направлена на консультацию сурдолога — отмечено снижение слуха на высоких частотах (8000Гц). Через 6 месяцев отмечены полиурия и полидипсия при уровне гликемии от 5 до 11 ммоль/л и уровне гликированного гемоглобина 6,8%. Заподозрен центральный несахарный диабет в составе DIDMOAD синдрома, девочка направлена в Федеральный центр для верификации диагноза. В отделении детского сахарного диабета ФГБУ ЭНЦ, выставлен клинический диагноз: Синдром Вольфрама, полная форма: сахарный диабет, инсулинозависимый, частичная двусторонняя атрофия зрительных нервов, двусторонняя высокочастотная нейросенсорная тугоухость, атония мочевого пузыря, несахарный диабет. По результату молекулярно–генетического исследования: выявлена компаундная гетерозиготная мутация в гене WFS 1 в 8 экзоне. Лечение: Стол №9, 15XE в сутки, режим II. Ребёнку было назначено: новорапид, лантус, рибоксин, карсил, пирацетам, пентоксифиллин. Проводилось физиолечение.

Выводы. Особенностью данного клинического случая является постепенное развитие инвалидизирующих нарушений: слепота, глухота, сахарный диабет.

Ранняя молекулярно–генетическая диагностика синдрома Вольфрама могла бы предотвратить появление тяжелых форм его составляющих.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОКУЛОЦЕРЕБРОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА 9 МЕСЯЦЕВ

Черных И.И., Балахнин Д.Г., Иванова С.П.

Научный руководитель:

Ровда Юрий Иванович, д.м.н., профессор
ФГБОУ ВО Кемеровский государственный
медицинский университет Минздрава России,
Кемерово, Россия

Окулоцереброренальный синдром (синдром *Lowe*) — редкое X-сцепленное рецессивное заболевание, встречающееся с частотой примерно 1:500000 новорожденных. В основе заболевания — мутация гена *OCRL*, расположенного на длинном плече X-хромосомы, кодирующего специфическую фосфатазу, участвующую в регуляции первичных ресничек пигментных эпителиальных клеток сетчатки, фибробластов и клеток проксимальных канальцев почек. Протекает врожденное заболевание с неврологическими, нефрологическими и глазными проявлениями, чаще всего — сочетанием врожденной двусторонней катаракты, с последующим развитием глаукомы в половине случаев; проксимальной тубулопатии, которая манифестирует на первом году жизни; задержкой речевого и психомоторного развития с последующей олигофренией.

Актуальность. Специфическая комбинация клинических признаков у детей первого года жизни позволяет на раннем этапе предположить наличие у них окулоцереброренального синдрома, своевременно направить их на медико-генетическое исследование и приступить к лечению.

Цель демонстрации клинического случая. Поделиться случаем клинического наблюдения редкого генетического заболевания — окулоцереброренального синдрома у ребенка 9 месяцев жизни.

Описание клинического случая. Пациент Н. 9 месяцев, 19.12.2019 г. поступил в психо-неврологическое отделение №2 ГАУЗ КО ОДКБ по экстренной помощи в связи с повторяющимися судорогами неясной этиологии. На момент осмотра находится в сознании, состояние средней степени тяжести, обусловлено неврологической и соматической симптоматикой. Объективно: ЧМН без симметрии, взгляд кратковременно фиксирует, нистагм горизонтальный, постоянный, мелкоамплитудный. Язык в полости рта прямо, гиперкинезы языка в виде высывания. Мышечный тонус конечностей равномерно снижен, сухожильные рефлексы оживлены, на руках и ногах. Голову не держит, поворачивается самостоятельно на правый и левый бок. В положении на животе голову кратковременно поднимает, опоры на руки нет. При посадке не сидит, свой вес не держит. Игрушкой не заинтересован, в руки не берет. На звуковые и визуальные раздражители не реагирует. Реагирует криком на смену света и темноты. Издаёт отдельные звуки, лепета нет. Разовый объем пищи усваивает, не срыгивает, питание самостоятельное. Наблюдаются постоянные поступательно-возвратные стереотипии, в виде движения рукой возле рта и глаз.

Лабораторные данные: — протеинурия 1,3 г/сут, аминоацидоурия, кальциурия, фосфатурия, метаболический ацидоз, рН крови 7,31.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок родился от 2 беременности, 2 родов, наследственный и аллергологический анамнез не отягощены. Беременность протекала на фоне ХФПН, ХГП, анемии средней степени тяжести. Роды самостоятельные, срочные. Впервые выявленный неврологический симптомокомплекс в 3 месяца жизни (задержка психомоторного развития, горизонтальный нистагм). В 6 месяцев проведена операция по поводу врожденной катаракты обоих глаз, с экстракцией хрусталика, без имплантации ИОЛ. Так же в 6 месяцев был направлен на консультативный прием к нефрологу (выявлен Фанкони-подобный проксимальный тубулярный ацидоз) и на консультацию в НИИ Медицинской генетики Томского НИМЦ, г. Томск, установлена нонсенс-мутация гена *OCRL* Xq26.1, окулоцереброренальный синдром.

Выводы. Своевременная диагностика окулоцереброренального синдрома позволяет определить тактику лечащего врача и выбор верной маршрутизации для оказания ранней помощи и предупреждения развития осложнений. Постановка клинического диагноза у мальчика первых трех месяцев жизни с сочетанием офтальмологических, неврологических и нефрологических патологических признаков не представляет трудностей, ввиду высокой специфичности этой комбинации. Генетическое исследование, как правило, лишь подтверждает диагноз, а не устанавливает его.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА КРУЗОНА У ДЕТЕЙ

Пронин А.В., Марцевич А.В.,
Ведерникова А.В., Тимофеева Г.А.

Научный руководитель:

Ровда Юрий Иванович д.м.н., профессор
ФГБОУ ВО Кемеровский государственный
медицинский университет Минздрава России,
Кемерово, Россия

Синдром Крузона — редкое генетическое заболевание, встречающееся с частотой примерно 1,6 на 100000 новорожденных. При этом заболевании происходит мутация в гене *FGFR2*, расположенном на 10 хромосоме, который кодирует аминокислотную последовательность рецептора к фактору роста фибробластов 2. Основным проявлением заболевания является патология скелета человека.

Актуальность. В связи с тем, что генетически подтвержденный синдром отличается специфическими фенотипическими признаками, последние имеют высокую диагностическую ценность даже при отсутствии молекулярно-генетического анализа. Сопоставление клинических признаков, выявленных у больного, с ниже обозначенными, может использоваться как метод своевременной диагностики синдрома Крузона.

Цель демонстрации клинического случая. Провести сравнительный анализ фенотипических проявлений у больной А. 10 лет с таковыми, характерными для детей с генетически доказанным синдромом Крузона, и оценить чувствительность их оценки в диагностике синдрома Крузона.

Основной симптом патологии — краниостеноз, вследствие которого возникают:

- А) брахицефалия: клиновидная или ладьевидная голова, гидроцефалоидная деформация черепа;
- Б) гипертелоризм глаз, клювовидный нос, низкое расположение ушей, выступающий язык, редкие зубы, низко расположенная верхняя губа, недостаточное смыкание челюстей;
- В) расходящееся косоглазие, нистагм, колобома, экзофтальм, частичная атрофия зрительного нерва;
- Г) нарушение слуха, вплоть до полной глухоты, происходит при поражении пирамиды височной кости, фиксации и деформации слуховых косточек, понижается звуковая проводимость костей, развивается атрезия наружного слухового прохода;
- Д) умственная отсталость, задержка речи, судороги, затруднения в межличностном общении;

Дополнительные признаки — синдактилия, атрезия хоан, мигрень, акантоз, аномалии отдельных структур опорно-двигательного аппарата: межпозвоночных сочленений, сколиоз, лордоз, крупных суставов конечностей: локтевых, плечевых, коленных.

Описание клинического случая. В исследовании участвовала пациентка А. 10 лет, находящаяся на лечении в педиатрическом специализированном отделении ГАУЗ КО «Кемеровской областной клинической больнице имени С.В. Беляева».

Представлены клинически признаки болезни, выявленные при ее обследовании.

Основные — клиновидная голова, гипертелоризм глаз, низкое расположение ушей, выступающий язык, редкие зубы, низко расположенная верхняя губа, недостаточное смыкание челюстей, расходящееся косоглазие, экзофтальм, частичная атрофия зрительного нерва, кондуктивная тугоухость, грубая задержка психомоторного развития, смешанный тетрапарез.

Дополнительные — атрезия хоан (оперирована в 2009 году), S-образный сколиоз, выраженный поясничный лордоз.

Выводы. В результате сопоставления всех симптомов совпадение произошло в 58,6% признаков, при сопоставлении только основных симптомов — совпадение в 68,1% признаков. Данный результат с высокой степенью вероятности свидетельствует о наличии у пациентки А. синдрома Крузона. Диагноз подтвержден врачом генетиком и в данный момент обследование продолжается, в т.ч. планируется проведение молекулярно-генетического анализа в специализированном учреждении.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БИОТИН ТИАМИН ЗАВИСИМОЙ БОЛЕЗНИ БАЗАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Идрисова К.М.

Научный руководитель:

Бушуева Татьяна Владимировна, д.м.н.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

Актуальность. Биотин тиамин зависимая болезнь базальных ганглиев (Biotin–Thiamine–Responsive Ganglia Disease (BBGD), OMIM 607438), — редкое аутосомно-рецессивное нейродегенеративное заболевание, обусловленное мутацией в гене SLC19A3, кодирующем клеточный транспортёр тиамин (hTHT2). В мире зарегистрировано всего 48 пациентов. Клинические симптомы не специфичны и сходны с проявлениями церебрального паралича. Чаще симптомы обнаруживаются к концу первого года жизни. Диагноз подтверждается методами нейровизуализации и молекулярной диагностики. Патогенетическое лечение — пожизненная саплементация тиамин и биотин.

Цель демонстрации клинического случая. Представление семейного случая редкого заболевания и положительных результатов раннего патогенетического лечения.

Описание клинического случая. Наш пациент — мальчик 11,5 месяцев с диагнозом BBGD, наблюдается в НМИЦ здоровья детей с первых суток жизни. Родители ребенка — троюродные брат и сестра. Первый мальчик в семье родился здоровым, на первом году отмечалась задержка психомоторного развития, в возрасте 9 месяцев ребенок перенес тяжелый метаболический криз, после которого до настоящего времени находится в паллиативном отделении детского стационара. При обследовании в гене SLC193A обнаружена мутация NC_00002.12:g22856408C>T в гомозиготном состоянии. Оба родителя являются гетерозиготными носителями данной мутация. Наш пациент имеет такой же генотип, как и его родной брат.

Беременность вторым ребенком протекала физиологически. Пренатальная диагностика проведена в 11–12 недель, диагноз BBGD у плода подтвержден. Роды на 38–39 неделе, оценка по шкале APGAR 8/9 баллов, масса тела 3000 г, длина –50 см, окружность головы 34 см, состояние удовлетворительное. Физикальное обследование патологии не выявило, отмечены стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, низко посаженные ушные раковины, «поперечные» борозды на ладонях, высокое небо, низкий рост волос, «пяточные», удлиненные стопы. Результаты лабораторного исследования выявили сниженное содержания тиамин (B1) в сыворотке крови (до 1,72 мкг/л при норме 2,1–4,3 мкг/л). По данным нейросонографии и магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга отмечались признаки расширения большой цистерны. По решению врачебной комиссии, учитывая анамнез, данные молекулярной диагностики и лабораторных показателей ребенку назначена патогенетическая терапия тиамин в дозе 100 мг в сутки внутривенно. После выписки из стационара продолжен энтеральный прием тиамин 100 мг/сутки, с 4–го месяца жизни к терапии добавлен биотин 5 мг/сутки, с 7 месяцев до 10 мг/сутки. Ребенок ежемесячно наблюдался педиатром, 1 раз в 3 месяца специалистами НМИЦ здоровья детей, в возрасте 2–х месяцев вакцинирован против туберкулеза. За период наблюдения отклонений в развитии не наблюдалось. К году физическое развитие ребенка соответствует средневозрастным показателям (Z скор масса/длина к возрасту 0,28), окружность головы в пределах нормы — 44 см (Z скор –1,4), большой родничок закрыт. Психоло-

моторное развитие пациента соответствует возрасту: контактен, эмоционально позитивен, хорошо ползает, самостоятельно встает и переступает у опоры, говорит отдельные слоги, интересуется окружающими предметами, играет в игрушки. Клинические анализы крови и мочи, концентрация тиамина в норме (3,09 мкг/л). Повторная магнитно-резонансной томография в возрасте 11,5 месяцев не выявила отрицательной динамики и патологии со стороны структур головного мозга.

Выводы: В близкородственных браках повышается вероятность рождения детей с наследственными нейрометаболическими заболеваниями. В таких случаях и при наличии в семье больного с нейродегенеративным заболеванием проведение антенатальной диагностики очень важно. Раннее назначение патогенетической терапии пациенту с биотин тиамин зависимой болезнью базальных ганглиев позволило избежать необратимых изменений структур головного мозга и обеспечить его адекватное психомоторное развитие на первом году жизни.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА СТИКЛЕРА У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ

Слемзина М.Н., Ткачук А.С.

Научный руководитель:

Кожевникова Татьяна Николаевна,
к.м.н., заслуженный врач РФ.

*ФГБОУ ВО Тульский государственный университет,
Тула, Россия*

Актуальность. Синдром Стиклера — аутосомно-доминантная наследственная коллагенопатия (II и IX типы коллагена), имеющая прогрессивное течение и разнообразные проявления в различные возрастные периоды. Ранним диагностическим признаком является секвенция Пьера–Робена — это симптомокомплекс, включающий триаду признаков: микроретрогнатию, неполную расщелину неба или готическое небо, глоссоптоз. Популяционная частота 1:7500–15000, соотношение полов м:ж 0,9.

Цель демонстрации клинического случая. На примере данного случая рассматриваем полиморфизм клинических проявлений синдрома Стиклера, сложности его диагностики и лечения.

Описание клинического случая. Из анамнеза: ребенок от 3 беременности. Предыдущие 2 окончились выкидышами. Мать юная первородящая. Наблюдалась в женской консультации с 12 недель. I триместр УЗИ — без особенностей, II триместр (26 недель) по УЗИ — арахноидальная киста, гипоплазия мозжечка. Роды срочные в головном предлежании. Оценка по Апгар 7/7, вес 3010 гр, длина 51 см. После рождения находилась в реанимации перинатального центра с диагнозом: множественные пороки развития (выраженный экзофтальм, микрогнатия, срединная расщелина неба). 05.06.17 переведена в детское отделение. Неонатальный скрининг и аудиоскрининг прошла. Консультация генетика 05.06.17: синдрома Пьера–Робена? Нейросонография — признаки перенесенной гипоксии мозга, частичная агенезия мозолистого

тела. Кардиолог 13.06.17: дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток. Невролог 14.06.17: перинатальная энцефалопатия, синдрома Пьера–Робена. Окулист 13.06.17: ангиоспазм сетчатки. В связи с нарушением дыхания, ателектазом базальных отделов левого легкого 14.08.17 установлена трахеостома. Ежемесячно с сентября 2017 по декабрь 2019 обструктивный бронхит. С 18.03.19 по 16.05.19 лечение в челюстно-лицевом отделении РДКБ г. Москва с диагнозом: синдром Стиклера. Недоразвитие нижней челюсти. Расщелина неба. Бронхолегочная дисплазия. Гипотрофия. Тугоухость. Задержка психомоторного развития. Носитель трахеостомы. Стеноз верхней трети трахеи. 01.04.19 двусторонняя остеотомия нижней челюсти, наложение distractionных аппаратов. С 11.04.19 начата distraction. 25.04.19 переустановка аппарата из-за отрыва от кости. К 14.05.19 удалось достичь необходимое удлинение нижней челюсти. 16.05.19 выписана по месту жительства. С июня 2019 воспалительные явления в области левого distractionного аппарата, дважды производилось вскрытие абсцесса, антибактериальная терапия. С 03.09.19 по 23.09.19 лечение в челюстно-лицевом отделении РДКБ г. Москва. 11.09.19 удаление distractionных аппаратов, металоостеосинтез нижней челюсти слева. С 23.09.19 по 03.10.19 лечение в ЛОР отделении РДКБ г. Москва. 27.09.19 эндоскопическое удаление рубца трахеи. С 03.12.19 по 17.12.19 повторное лечение в ЛОР отделении РДКБ г. Москва. Выполнена деканюляция. Дыхание через естественные пути свободное, дисфагии и аспирации нет. При обследовании в медико-генетическом центре выявлено 2 вероятно патогенные мутации — в гене COL11A1, C. 3168+1>A в гетерозиготном состоянии, мутация в гене BMP2, C. 509 G>A в гетерозиготном состоянии. Выявлена мутация в гене FLNA.

Выводы. К ранним признакам синдрома Стиклера, диагностируемым в период новорожденности, относятся лицевые изменения, характерные для синдрома Пьера–Робена. При выявлении дообследование с целью своевременной диагностики и выбора тактики лечения и ведения пациента. Наиболее достоверным методом диагностики синдрома Стиклера является генетический анализ.

Данный клинический случай представляет интерес из-за множественности клинических проявлений, имитирующих другие заболевания. Своевременное проведение генетического анализа позволило объединить имеющиеся синдромы в одну нозологическую форму и выстроить рациональную тактику ведения пациента с применением высокотехнологичной медицинской помощи, что существенно улучшает прогноз заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПРАДЕРА-ВИЛИ

Меркулов А.Ю., Меркулова А.А.

Научный руководитель:

Савельева Елена Вячеславовна, к.м.н., доцент
*ФГБОУ ВО Оренбургский государственный
медицинский университет Минздрава России,
Оренбург, Россия*

Актуальность. Синдром Прадера-Вилли — редкое генетическое заболевание, при котором отсутствуют 7 генов из 15 хромосомы. Кариотип 46 XX или XY, 15q-11-q12. Встречается с частотой 1 случай на 15 тысяч новорожденных.

Цель демонстрации клинического случая. Анализ клинического случая синдрома Прадера-Вилли у ребенка 17 лет. Проведен анализ ф.112, выписок из историй болезни.

Описание клинического случая. Клинический диагноз основной: синдром Прадера-Вилли (морбидное ожирение, низкорослость). Сахарный диабет 2 типа. Целевой уровень HbA1C 8,4%. Диабетическая макроангиопатия: гипертоническая болезнь, 2 стадия, стабильная артериальная гипертония, 2 степень, высокого риска. Диабетическая макроангиопатия: ангиопатия сетчатки обоих глаз. Начальная диабетическая катаракта обоих глаз, псевдозастойный диск зрительного нерва. Диабетическая дистальная полинейропатия. Сопутствующий: гипотиреоз неуточненный, медикаментозная компенсация. Первичная аменорея. Гипоплазия матки I степени. Жировой стеатогепатит. Острый кандидозный вагинит. Солитарная киста селезенки.

Из анамнеза: с раннего возраста низкие темпы роста. С 5 лет избыточный вес; с 2016 года наблюдается эндокринологом. Жалобы на избыточный вес, задержку роста, снижение зрения, повышение АД до 150/95 мм.рт.ст., головные боли, тахикардию, отсутствие менструаций. Телосложение: гиперстеническое, непропорциональное. Масса 97,5 кг, рост 142 см. Физическое развитие на 11 лет 3 месяца (SDS роста: -3.6. ИМТ- 48.75; SDS ИМТ +4.5 SD, избыток массы 277%). Наружные половые органы по женскому типу. ПФ:Ma2x1Pb2Ax1. ПР: Таннер 2.

Биохимический анализ крови: повышено содержание АЛТ 153,8 Ед/л, АСТ 74 Ед/л (N до 40 Ед/л), гипокалиемия (3,82 ммоль/л, N 4,5–6,5 ммоль/л). ТТГ сыворотки крови в норме 4.1 нмоль/л (N 0,5–5,0 мкМе/мл). Уровень свободного тироксина сыворотки крови повышен 23.2 пмоль/л (N 12–22 пмоль/л). Уровень гликированного гемоглобина повышен 8.4% (N 4–6%). Уровень С-пептида в крови повышен 12.1 пг/мл (N 1,1–4,4 пг/мл). Гликемия за сутки: 6,9–4,8–5,7–8,0 ммоль/л; натощак 5,8 ммоль/л. Холтеровское мониторирование артериального давления: группа «Non-Dipper». Стабильная артериальная гипертония в ночные часы. КТ головного мозга: признаки углубления конвексимальных борозд головного мозга. Spina bifida C1. ЭМГ: признаки аксонального поражения ног по полиневритическому типу, демиелинизация правого малоберцового нерва в дистальном отделе. ЭКГ: ЭОС нормальная. Синусовый ритм 100 уд. в мин. Нарушение проведения по правой ножке п. Гиса. Нарушены процессы реполяризации по нижней стенке. ЭХО-КГ: увеличена полость левого желудочка. Сократительная способность миокарда сохранена, ФВ 67%, ПТК с регургитацией I ст. УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения паренхимы печени, экзогенность повышена в видимых сегментах, структура однородная. В паренхиме нижнего полюса кистозное образование 34x18 мм с перегородочной структурой внутри. УЗИ щитовидной и паращитовидной желез: правая доля объемом 3.5 см³. Левая доля объемом 1.2 см³. Общий объем долей 4.7 см³. Контуры четкие, ровные, однородная. Консультация врача-акушера-гинеколога: острый

вагинит. Первичная аменорея. Гипоплазия матки I степени. Консультация врача-офтальмолога: ангиопатия сетчатки, псевдозастойный ДЗН. Начальная диабетическая катаракта обоих глаз.

Выводы. Лечение синдрома направлено на облегчение симптомов и повышение качества жизни. Проводится лечение эндокринных патологий (Стол №9, метформин 1000 мг 2 раза в день., амарил 3 мг утром, Л-тироксин (эутирокс 150 мкг), коррекция артериального давления (эналаприл по 5 мг 2 раза в день, конкор 2,5 мг утром). Прогноз: продолжительность жизни достигает 60 лет. Смерть наступает из-за осложнений, вызванных ожирением, декомпенсацией сахарного диабета, обструктивное апноэ во сне, сердечной недостаточности, патологии почек.

СИНДРОМ КОСТЕЛЛО

Манучарян М.В., Алавердян О.О., Палян Д.С.,
Коджаева А.Р., Ибрагимова Д.Н.

Научные руководители:

Турти Татьяна Владимировна, д.м.н., профессор
Бакович Е.А., к.м.н.

ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет имени
Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Синдром Костелло — чрезвычайно редкое генетическое заболевание с аутосомно-доминантным механизмом наследования, связанное с мутацией гена HRAS на коротком плече 15-й хромосомы. Распространенность заболевания: 1 случай на 24 миллиона населения, в мире зарегистрировано около 300 пациентов с данным синдромом. За последние 5 лет в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России данный диагноз был установлен у 5 детей.

Цель демонстрации клинического случая. Наблюдение редкого синдрома Костелло в клинической практике.

Описание клинического случая. Девочка М., в 2,5 мес. впервые поступила в отделение патологии раннего детского возраста с жалобами на затрудненное глотание, задержку психомоторного развития, низкий рост, мышечный гипертонус, пароксизмальные состояния во сне, нарушение терморегуляции, тотальный гипергидроз. Из анамнеза: ребенок от 2-й беременности (1-я-мальчик, здоров), протекавшей на фоне угрозы прерывания, выраженного токсикоза, с высоким АД, протеинурией, отеками. На 26-й неделе развилось острое многоводие, получала стационарное лечение. Роды путем экстренного кесарева сечения на 38-й неделе, отмечалось преждевременное излитие околоплодных вод зеленого цвета. Масса тела при рождении 4480 г, длина 50 см, оценка по шкале APGAR 6/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет дыхательной недостаточности, ИВЛ до 4-х суток жизни. На 2-е сутки жизни диагностирована аспирационная пневмония. Питание зондовое. У ребенка зарегистрированы множественные стигмы дизэмбриогенеза: повышенная складчатость кожи, деформация ушных раковин, макроглоссия, широкая переносица, широкий нос, тонкие волосы, полные потрескавшиеся губы, широкие брови, гипертре-

лоризм, эпикант, отсутствие сосательного рефлекса, трудности при кормлении. Проведена консультация генетика. По результатам молекулярно-генетического исследования выявлена мутация гена HRAS. Диагностирован синдром Костелло. С 10 месяцев отмечается нарастание мышечного тонуса. В 2 года было проведено удаление множественных папиллом перианальной и вагинальной области.

В возрасте 4 лет, в связи с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, дефицитом веса, трудностями при кормлении, была проведена фундопликация по Ниссену, установлена гастростома для обеспечения адекватного питания. При осмотре в 5 лет, зарегистрированы: дефицит физического развития (ниже 3-го центильного интервала), папулезная сыпь на передней и боковой поверхности бедер, мраморность, повышенная складчатость кожи, деформация ушных раковин, макроглоссия, широкая переносица, гипертелоризм, широкие брови, тонкие волосы, широкий нос, полные потрескавшиеся губы. Результаты обследования: ОАК и ОАМ — без патологии. Консультация кардиолога — гипертрофическая кардиомиопатия; консультация нефролога — нефрокальциноз. НСГ — вентрикуломегалия. МРТ головного мозга: картина перивентрикулярной лейкопатии. С момента установления диагноза, ребенок находится под наблюдением педиатра и других специалистов, регулярно получает курсы восстановительного лечения. Программы индивидуализированного восстановительного лечения включали: наблюдение педиатра, кардиолога, нефролога, невролога; питание в соответствии с физиологическими потребностями, комплекс реабилитационных мероприятий: физиотерапия, прикладная кинезотерапия, механотерапия, массаж, гимнастика, курсы ботулинотерапии, психолого-педагогическое сопровождение. Проводимое комплексное наблюдение и лечение позволяет достичь положительной динамики и стабилизации состояния, контроля течения болезни, ее осложнений.

Выводы. Приведенный клинический случай ввиду своей редкости представляет научно-практический интерес для неонатологов, педиатров, неврологов, кардиологов. Данный синдром требует, как можно более ранней диагностики, проведения молекулярно-генетического исследования при наличии характерных фенотипических признаков, начала симптоматического лечения, что улучшает прогноз и повышает качество жизни пациентов.

РАБДОМИОМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ: ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ, РАЗЛИЧНАЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ

Аль-Зобайе Мурад Абд Али Мохаммед,
Салман Али Аль Хади Карим Салман

Научные руководители:

Самошкина Елена Семеновна, доктор медицинских наук, доцент кафедры педиатрии
Науменко Елена Ивановна, доктор медицинских наук, доцент кафедры педиатрии

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский
Мордовский государственный университет
им. Н.П. Огарёва, Саранск, Россия

Актуальность. Опухоли сердца у детей представляют собой редкие врожденные пороки развития с различными клиническими проявлениями, тяжесть которых зависит от локализации, размера опухоли, ее характеристик и степени тяжести поражения сердца. Мы представляем два типичных случая опухолей сердца у новорожденных.

Цель демонстрации клинического случая. Подчеркнуть важность исключения опухолей сердца у новорожденных с признаками перегрузки правых отделов сердца в сочетании с другими клиническими проявлениями.

Описание клинического случая.

1. Новорожденный с диффузной гипотензией осмотрен неонатологом в перинатальном центре. Рефлексы у новорожденных присутствовали, но быстро снижались; над областью сердца определялся дующий мягкий систолический шум. Клинических данных за патологию других органов не получено. Эхокардиография выявила образования в межпредсердной перегородке и в выводном тракте левого желудочка с обструкцией выводного тракта, открытый артериальный проток, дефект межпредсердной перегородки, дилатацию правого предсердия, легочную гипертензию. На ЭКГ отмечены признаки перегрузки правых камер и нарушения процессов реполяризации по переднебоковой области левого желудочка. Лабораторно определялся лейкоцитоз ($35,9 \times 10^9 / \text{л}$). Новорожденного осмотрел невропатолог, диагностирована церебральная возбудимость. Кардиологом выставлен диагноз объемных образований межпредсердной перегородки и выходного тракта левого желудочка (рабдомиомы). После лечения (викасол, инфузионная терапия, антибиотикотерапия) новорожденный был выписан из перинатального центра и направлен в Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии для дальнейшего лечения.
2. Новорожденный от 6-й беременности курящей матери с отягощенным акушерским анамнезом и осложненным сахарным диабетом 1 типа, уреоплазмозом, врожденным пороком сердца родился в перинатальном центре в результате экстренного кесарева сечения на 32–33 неделе беременности. Пренатально диагностированы множественные рабдомиомы. При осмотре и новорожденного: пастозность кожи, диффузный цианоз, фиброзные плотные белые узелки по всей поверхности тела, диаметр 1–5 мм. Выявлены гипотония, гипорефлексия, крепитация в легких, прогрессирующая дыхательная недостаточность. Несмотря на начало СРАР, постепенно прогрессировали симптомы респираторного дистресс-синдрома новорожденных; после интубации и эндотрахеального введения сурфактанта ребенок переведен в отделение интенсивной терапии новорожденных. При дальнейшем обследовании выявлены тромбоцитопения, лейкопения, признаки перегрузки правого желудочка, рентгенологические признаки респираторного дистресс-синдрома новорожденного. Эхокардиография выявила множественные фиксированные округлые образования в полости левого желудочка и в области его выводного тракта, а также в основании аорты, правых камерах; открытый артериальный проток, дефект межпредсердной перегородки, легочная гипертензия.

Эхоэнцефалография выявила незрелость структур головного мозга. Ребенок был осмотрен кардиологом, неврологом, выставлен диагноз: респираторный дистресс-синдром, дыхательная недостаточность 3 степени; врожденный порок сердца, множественные рабдомиомы. Лечение включало: питание через зонд, искусственную вентиляцию легких, антибактериальную терапию, инфузионную терапию, кофеин бензоат, викасол, сурфактант, пиобактериофаг, глицин. После консультации с кардиохирургом новорожденный был направлен в Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии для определения дальнейшей тактики лечения.

Выводы. Представленные случаи являются классическими примерами доброкачественных опухолей сердца в педиатрии, большинство которых являются рабдомиомами — довольно редкими врожденными пороками развития, характеризующимися различной степенью тяжести клинических манифестаций. Врачу следует помнить о возможности наличия подобных пороков развития у новорожденных.

БЕСКОНТРОЛЬНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СРЕДСТВ, ВЛИЯЮЩИХ НА МЕТАБОЛИЗМ, У ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФИТНЕСОМ

Салман Али АлХади Карим Салман, Сингх Сухани

Научный руководитель:

Самошкина Елена Семеновна, к.м.н., доцент кафедры педиатрии

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, Саранск, Россия

Актуальность. Приверженность к здоровому образу жизни ведет к повышению вовлечения молодых лиц в регулярные физические нагрузки и спорт, зачастую ассоциированные с употреблением добавок, в том числе, стимулирующих набор мышечной массы и потерю нежелательного веса. Доступность биологически активных добавок (БАД) и препаратов и отсутствие своевременного медицинского контроля состояния может привести к серьезным изменениям в организме лиц, вовлеченных в спорт и самостоятельно принимающих подобные вещества. Здесь мы представляем два клинических случая неконтролируемого употребления веществ, влияющих на метаболизм, у подростков, занимающихся фитнесом.

Цель демонстрации клинического случая. Повысить настороженность практикующих врачей относительно возможного самостоятельного применения различных веществ подростками-спортсменами, а также продемонстрировать необходимость медицинского сопровождения атлетической деятельности.

Описание клинического случая.

1. В республиканскую детскую больницу поступила девушка, 15 лет, с жалобами на утомляемость, слабость, дискомфорт в области сердца, мышечные спазмы, диарею, появившиеся за 1 неделю до поступления. Ранее к врачу не обращалась, других

жалоб нет. Из анамнеза: хронических заболеваний нет. Занимается фитнесом с тренером в течение 6 месяцев с целью потери веса (на момент обращения ИМТ 19 кг/м², за прошедшие полгода похудела на 8 кг). При прицельном сборе анамнеза выявлен факт неконтролируемого самостоятельного приема фуросемида в течение 6 месяцев, в дозе 1–2 таблетки в день. Физикальное обследование — без патологии. Лабораторные находки: гипокалиемия, гипонатриемия, гипокальциемия. На ЭКГ: синусовая брадиаритмия, депрессия сегмента ST, диффузная инверсия зубцов T, удлинение интервала QT. ХМ ЭКГ: выраженная синусовая брадиаритмия в течение суток, удлинение коррегированного интервала QT в течение 70% времени наблюдения. Диагностирована фуросемид-индуцированная гипокалиемия, вторичная кардиопатия. После парентерального и перорального назначения препаратов калия, натрия, магния уровень электролитов в сыворотке нормализовался, ЭКГ-изменения и клинические симптомы разрешились в течение недели после старта терапии. Пациентка выписана, назначена консультация психолога.

2. В республиканскую больницу поступил мальчик 15 лет с жалобами на увеличение молочных желез. Из анамнеза: хроническими заболеваниями не страдает, занимается фитнесом с преобладанием силовых нагрузок. В течение полугода принимал добавку, содержащую тестостерон, с целью увеличения мышечной массы. При осмотре: молочные железы увеличены (III–IV по Таннеру), в остальном без патологии. Проведено дообследование, уровни пролактина, половых стероидов, гормонов гипофиза в норме. МРТ головы — без патологии. Диагностирована вторичная гинекомастия, индуцированная приемом биологически активных добавок. Пациенту даны рекомендации по прекращению приема биодобавки, в настоящее время находится под наблюдением эндокринолога, достигнут незначительный регресс размера молочной железы, несмотря на это, гинекомастия сохраняется.

Выводы. Отсутствие должного медицинского контроля спортивной деятельности может привести к злоупотреблению биологически активными добавками и препаратами и серьезному вреду здоровью растущего организма. Целесообразно рекомендовать медицинское сопровождение всех видов спортивной деятельности, включая мониторинг состояния подростков, занимающихся фитнесом.

ПАПИЛЛЯНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мор Рахул, Ассадулах Мохаммад, Комарова Камила Романовна

Научный руководитель:

Е.С. Самошкина, к.м.н., доцент кафедры педиатрии

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарёва, Саранск, Россия

Актуальность. Рак щитовидной железы (РЩЖ) в детской популяции является редкой патологией, в отличие от взрослых, и характеризуется неспецифической клинической картиной. Сроки выявления заболевания определяют тактику лечения, и, в конечном итоге, прогноз заболевания.

Цель демонстрации клинического случая. Показать необходимость тщательного обследования детей дошкольного возраста с сочетанием тиреомегалии и лимфаденопатии.

Описание клинического случая. Девочка 4-х лет была направлена на консультацию к детскому эндокринологу в связи с увеличением щитовидной железы. При проведении УЗИ выявлена неоднородность структуры щитовидной железы, усиление васкуляризации, увеличение общего объема до 17,96 см³ (97 перцентиль объема для данного возраста 3,58 см³), уровень тиреотропного гормона (ТТГ) был повышен до 7,5 мкМЕ/мл, при нормальном уровне свободного тироксина (Т₄св) и отсутствии антител к тиреопероксидазе (атТПО). Была назначена заместительная терапия препаратами левотироксина в дозе 25 мкг/сут в связи с выставленным диагнозом тиреоидита и субклинического гипотиреоза. Препарат родителями давался не регулярно, на фоне чего объем щитовидной железы продолжал повышаться, однако, отмечалась тенденция к снижению уровня ТТГ. Через 10 месяцев от начала терапии у девочки выявлено увеличение шейных лимфоузлов справа, проведено УЗИ лимфоузлов: визуализируются увеличенные шейные лимфоузлы овальной формы с четкими неровными контурами, с максимальными размерами 13*8 мм, структура лимфоузлов неоднородная. Состояние расценено как реактивная лимфаденопатия. Продолжала лечение левотироксином. Через 4 месяца после выявления лимфаденопатии, госпитализирована в отделение неврологии из-за эпизодов головных болей, сопровождавшихся тошнотой и рвотой, с ходе комплексного обследования проведено УЗИ щитовидной железы: объем увеличен, структура неоднородная за счет мелких участков пониженной эхогенности, васкуляризация резко повышена. Визуализируются структурно измененные, анэхогенные паращитовидные железы. Лимфатические узлы: одиночные визуализируются у верхних полюсов щитовидной железы, структура изоэхогенная, с гетерогенными включениями, также обнаружены шейные лимфоузлы, расположенные цепочкой, овальной или круглой формы, повышенной эхогенности, гипervasкуляризированные. Также выявлены измененные и увеличенные подчелюстные лимфоузлы. Бал заподозрен рак щитовидной железы, проведена компьютерная томография шейной области с контрастированием, выявившая увеличенную щитовидную железу с узлом в правой доле. Также обнаружено выраженное увеличение верхней и средней яремных групп. При проведении КТ легких выявлены множественные очаги по типу «звездное небо».

Девочка была направлена в Федеральный центр с предварительным диагнозом Рак щитовидной железы. После проведенного обследования был выставлен диагноз папиллярного рака с метастазами с паратрахеальные и яремные лимфоузлы с обеих сторон и легкие. Проведено хирургическое лечение: тиреоидэктомия, удаление лимфатических узлов гортани,

паратрахеальной ткани шеи с обеих сторон, удаление лимфатических узлов и подкожной клетчатки шеи с обеих сторон. В настоящее время девочка проходит курс радиойодтерапии и находится под наблюдением в Федеральном государственном бюджетном научно-исследовательском центре эндокринологии Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Выводы. Диагностика папиллярного рака щитовидной железы у этого ребенка была значительно усложнена в связи с возрастом, отсутствием типичных проявлений заболевания (отсутствием пальпируемых узлов в щитовидной железе и очаговых изменений при ультразвуковом исследовании, что позволило сделать вывод о низкой вероятности возникновения рака (TYRADS 2), а также низкой онкологической настороженностью медицинских работников.

ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ НОЧНАЯ ГЕМОГЛОБИУРИЯ У ПОДРОСТКА

Добронравова Е.Д., Абдиева К.Е.,
Гостюхина А.Д., Сас Д.С., Турыгин С.В.

Научный руководитель:

Ларина Любовь Евгеньевна, к.м.н., доцент
ФГАОУ ВО Российский национальный
исследовательский медицинский университет имени
Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Пароксизмальную ночную гемоглобинурию (ПНГ) — редкое (1–5 человек на миллион) заболевание кроветворной системы. В основе лежит мутация PIG-A-гена, в результате которой происходит нарушение механизма защиты клеток крови от воздействия системы комплемента. Клиническая картина патологии чаще всего обусловлена хроническим внутрисосудистым гемолизом, множественными тромбозами и костномозговой недостаточностью.

Цель демонстрации клинического случая. Привлечь внимание к редкой и трудной для диагностики патологии, которая характеризуется развитием жизнеугрожающих осложнений, таких как, например, ТЭЛА, хроническая болезнь почек, инсульт.

Описание клинического случая. Девочка В., 16 лет. Семейный анамнез не отягощен. Ребенок наблюдается у окулиста (миопия), гастроэнтеролога (реактивные изменения поджелудочной железы, дискинезия желчевыводящих путей) и нефролога (дисметаболическая нефропатия).

В мае 2015 года в анализах мочи обнаружена протеинурия, что послужило поводом для обследования в отделении нефрологии ДГКБ №2, диагностирована нейроренная дисфункция мочевого пузыря, кристаллурия. В гемограмме отмечались лейкопения (3,9–4,5 тыс/мкл) и тромбоцитопения (95–105 тыс/мкл). По результатам предыдущих обследований тенденция к лейкопении отмечалась и ранее.

В марте 2016 года девочка обследовалась в отделении гематологии МДГКБ. Диагноз: тромбоцитопения вторичная (вирусассоциированная, вирус простого герпеса 1 типа). После проведенного лечения была выписана домой в удовлетворительном состоянии.

В декабре 2016 года верифицирована В12–дефицитная анемия. Известно, что в межгоспитальный период лейкопения и тромбоцитопения сохранялись. После витаминотерапии анализ крови нормализовался. В течение 2–х месяцев девочка получала поливитамины группы В. После отмены препарата количество тромбоцитов постепенно снизилось, возобновилась лейкопения.

При госпитализации в марте–апреле 2017 года проводились ЭГДС (патологии не выявлено) и неоднократные исследования миелограммы (данных за аплазию и онкогематологическую патологию не получено). В гемограмме сохранялась тромбоцитопения и лейкопения.

Маркеры антифосфолипидного синдрома отрицательные.

В ноябре 2018 года проведена трепанобиопсия: в исследуемом материале признаки гипоплазии гемопоза, минимальные диспоэтические изменения мегакариоцитов. Результаты кариотипирования.

27.03.19 г. девочка госпитализирована в отделение гематологии МДГКБ для обследования и подбора лечения. При поступлении состояние средней тяжести. Жалоб на момент осмотра не предъявляла.

В общем анализе крови от 28.03.19 г. сохранялись лейкопения (3,6 тыс/мкл) и тромбоцитопения (87 тыс/мкл).

В биохимическом анализе крови от 28.03.19 г. не прямая гипербилирубинемия (23,60 мкмоль/л).

При цитофлюориметрическом исследовании от 28.03.19 г. определялся дефицит CD24 на гранулоцитах (3,94%) и CD14 на моноцитах (4,56%), что заставляло задуматься о ПНГ.

Проведены морфологическое, цитохимическое, цитогенетическое исследования костного мозга, по результатам которых не было получено убедительных данных за наличие миелодиспластического синдрома. В связи с нарастанием ПНГ–клона до 12% нельзя исключить дебют ПНГ.

9.04.19 г. девочка была выписана домой под наблюдение педиатра и гематолога по месту жительства. Были рекомендованы контроль миелограммы, проведение трепанобиопсии и контроль ПНГ–клона; амбулаторно — контроль уровня тромбоцитов по Фонио и ретикулоцитов. В терапии не нуждалась.

В декабре 2019 года ребенок повторно госпитализирован в РДКБ, где на основании проведенных повторных обследований была подтверждена заподозренная ранее ПНГ. Девочка трансфузионно независима. В настоящее время в терапии не нуждается.

Выводы. Описанный пациент демонстрирует трудности диагностики редкого заболевания и необходимость включения ПНГ в круг дифференциальной диагностики у пациентов с цитопенией и Кумбс–отрицательной анемией.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕВОЧКИ С КОСТНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ

Скорбич О.О., Савченко Н.А.

Научные руководители:

Настаушева Татьяна Леонидовна д.м.н., профессор
Гурович Ольга Викторовна асс.

ФГБОУ ВО Воронежский государственный
медицинский университет им. Н.Н. Бурденко
Минздрава России, Воронеж, Россия

Актуальность. Синдром Фанкони у детей на сегодняшний день не теряет своей актуальности, в связи с многообразием причин, особенностями механизма развития и течения его клинико–лабораторного симптомокомплекса при наследственных и приобретенных заболеваниях, серьезным прогнозом. Данный синдром характеризуется клинико–лабораторными изменениями, включающими гипофосфатемический рахит, проксимальный канальцевый гиперхлоремический метаболический ацидоз, глюкозурию, альбуминурию, протеинурию. Возможна потеря почкой витаминов, включая вит Д.

Цель демонстрации клинического случая. Синдром Фанкони встречается крайне редко, данные о распространенности отсутствуют.

Описание клинического случая. Девочка, 4–х лет, родилась от 6 нормально протекающей беременности, роды без патологии. Наследственность не отягощена. В первый год жизни у ребенка отмечалась рвота и подъемы температуры тела. Когда девочка начала ходить мать заметила деформацию нижних конечностей. Со второго года жизни появились жажда, полиурия. В 2,5 года обратилась в поликлинику в связи с прогрессирующей деформацией нижних конечностей. Установлен диагноз: рахит, получала вит Д 3000 ЕД/с. При обследовании амбулаторно в возрасте 3,5 года (в частном центре, эффекта от терапии не было) выявлены изменения в крови: повышение ЩФ до 1844 ЕД/л, АСАТ — 80,4 ЕД/л, АЛАТ–109,1 ЕД/л; снижение фосфора — 0,6 ммоль/л, уровня 25ОН вит. Д — 19,2 нг/мл. В моче выявлены: протеинурия до 6 г/л, альбуминурия –150 мг/л, гематурия — 5–7 п/зр, глюкозурия –56 ммоль/л. В 3,5 года (март 2019) обследовалась в отделении нефрологии Воронежской областной детской клинической больницы №1 (ВОДКБ №1) где также выявлено снижение РН до 7,2, ВЕ до — 13,8 ммоль/л, увеличились трансаминазы–АЛАТ — 199 ЕД/л, АСАТ — 223 ЕД/л, по данным УЗИ — увеличение размеров печени. Диагностирован синдром Фанкони, вероятно первичный. В терапию назначен активный метаболит вит. Д — кальцитриол 0,5 мкг/с, гепатопротекторы. С 06.11.19 по 11.11.19 находилась в нефрологическом отделении ВОДКБ №1. Рост — 85 см (< 3 ц), масса — 11 кг. Отмечались деформация грудной клетки, верхних и нижних конечностей. Б/х ан. крови: снижение Р –0,6 ммоль/л, повышение Сl–112 ммоль/л, умеренное повышение АЛАТ — 53,4 ЕД/л, АСАТ — 61,7 ЕД/л. По данным КЩС крови отмечался компенсированный метаболический ацидоз: РН=7,3. рСО₂ — 36,4 ммНг, рО₂ — 32,9 ммНг, ВЕ –7,8 ммоль/л, сНСО₃ — 17,4 ммоль/л. СКФ по Шварцу — 103 мл/мин. Ан. мочи: реакция–5, белок — 1,62 г/л, Л–300/мл, глюкоза — ++, эр.–нет, Проба Зимницкого — уд.вес –1024–1028, сут. диурез — 533 мл. Глюкоза во всех порциях мочи. Альбумин мочи — 82,1 мг/л.

Выводы. В последние годы синдром Фанкони является предметом интенсивных исследований, прежде всего в области генетических исследований. Предполагают, что причиной первичного синдрома Фанкони является патология митохондрий в проксимальном отделе нефрона с нарушением котранспортеров. Нередко заболевание имеет прогрессирующий характер с развитием хронической почечной недостаточности. Для выявления причины синдрома Фан-

кони, исключения вторичного варианта (цистиноз, фруктоземия, галактоземия и другие) все пациенты должны быть направлены на генетическое консультирование. После консультации у генетика у нашей больной была взята кровь на определение возможных генетических мутаций. После получения результатов анализа возможно терапия девочки будет изменена.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ АЛЬПОРТА

Кузина С.Р.

Научный руководитель:

Рычкова Татьяна Ивановна, к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Синдром Альпорта (наследственный нефрит) — неиммунная генетически детерминированная гломерулопатия, обусловленная мутацией генов, кодирующих коллаген 4 типа базальных мембран. Проявляется гематурией, протеинурией, прогрессирующим снижением почечных функций, патологией слуха или зрения. Синдром Альпорта служит причиной 1% всех случаев хронической почечной недостаточности и 2.3% случаев почечной трансплантации.

Цель демонстрации клинического случая. Повысить информированность среди врачей-педиатров о клинической картине и способах диагностики синдрома Альпорта.

Описание клинического случая. Мальчик, 16 лет госпитализирован в детское нефрологическое отделение для планового обследования и лечения с длительной гематурией неясного генеза в анамнезе, по поводу которой госпитализировался ежегодно в профильное отделение, начиная с 2010 года. Из анамнеза известно, что гематурия носит персистирующий характер, достигая 100 эритроцитов в поле зрения в общем анализе мочи, иногда сопровождалась лейкоцитурией до 20 в поле зрения. Ранее были проведены экскреторная урография, микционная цистоуретрография, цистоскопия, суточное мониторирование артериального давления после выявленного на УЗИ почек с доплеровским исследованием ретроортального расположения левой почечной вены. Гематурия расценивалась как проявление аномального расположения почечных сосудов. Экстраренальных проявлений не было. В течение нескольких лет проводился мониторинг анализов мочи. Выявлено, что на фоне ОРИ с подъемом температуры тела степени гематурии и протеинурии возрастали до 100–150 эритроцитов в поле зрения и 1–2 г/сут соответственно и снижались при выздоровлении (до 15 эритроцитов в поле зрения, протеинурии не отмечалось). Однако, во время последней госпитализации, отмечена макрогематурия (появление мочи бурого, мутно-зеленого цвета), увеличение степени протеинурии до 2,0 — 4,4 г/сут (в суточных анализах мочи). При сборе анамнеза на себя обратили внимание признаки снижения слуха,

которые подросток отмечает последние 6 месяцев. При обследовании в стационаре пациенту сурдологом диагностирована двусторонняя нейросенсорная тугоухость 2 степени. У отца диагноз нейросенсорной тугоухости установлен 3 года назад. Таким образом, был предположен диагноз синдром Альпорта. Ребенок проконсультирован оториноларингологом, офтальмологом, патологии не выявлено. В связи с отсутствием положительной динамики на фоне проводимой терапии, сохранением макрогематурии и протеинурии, было принято решение о выполнении нефробиопсии с диагностической целью, которая была проведена через 3 месяца. По результатам электронной микроскопии почечного биоптата была получена картина расслоения lamina densa, что соответствует наследственной патологии коллагена 4 типа базальных мембран или синдрому Альпорта. В настоящее время ребенок был направлен на консультацию к генетику для проведения молекулярно-генетического исследования, что необходимо для уточнения диагноза и прогноза.

Выводы. Синдром Альпорта не является очень редкой патологией, однако установление диагноза может занимать годы и даже десятилетия. Своевременная диагностика, включающая как исследование биоптата почки, так и молекулярно-генетические методы, мониторинг лабораторных анализов, степени экстраренальных проявлений, в том числе оценка состояния органов зрения и слуха, данные семейного анамнеза позволяют своевременно установить диагноз и назначить нефропротективную терапию для предупреждения хронической почечной недостаточности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРУДНОГО ДИАГНОЗА: ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У РЕБЕНКА

Гуенькова Е.В.

Научный руководитель:

Вялкова Альбина Александровна,
д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный
медицинский университет Минздрава России,
Оренбург, Россия

Актуальность. ГУС является основной причиной ОПП у детей, требующего в 50–70% случаев проведения заместительной почечной терапии (ЗПТ) (Garg A.X., et al., 2003; N. Canpolat, 2015). Известно, что у 70% детей, перенесших типичный ГУС, функция почек восстанавливается (С.В. Байко, 2007), у 5 — 20% формируется ХБП с исходом в тХПН (Д.В. Зверев, 2000; Oakes R.S. et al., 2006).

Цель демонстрации клинического случая. Провести анализ клинического случая трудного диагноза гемолитико-уремического синдрома у ребенка 8 лет

Описание клинического случая. 06.10.19г после погрешности в диете (жирная пища) появилась многократная рвота (по типу «кофейной гущи»), абдоми-

нальный болевой синдром, гемоколит, фебрильная лихорадка. С данными жалобами 07.10.19г госпитализирован в хирургический стационар с подозрением на желудочно–кишечное кровотечение. В стационаре зафиксирована олигоурия, макрогематурия. Лабораторные данные: Нв–29 г\л, тромбоциты 29 тыс., мочевины 4,3 ммоль\л, креатинин 116 ммоль\л, АлАТ 175 ЕД\л, АсАТ 377 ЕД\л. В ходе динамического наблюдения диагноз острой хирургической патологии снят, ребенок переведен в инфекционную больницу. Выявлено повышение уровня мочевины до 10,5 ммоль\л, креатинина до 233,5 ммоль\л, ЛДГ 2914 Е\л. Для дальнейшего лечения переводится в отделение реанимации для проведения ЗПТ. Состояние при поступлении очень тяжелое за счет симптомов ОПП: олигурия, интоксикация, кожный геморрагический синдром, отеки. В гастроэнтерологическом статусе: язык сухой, обложен грязно–белым налетом, живот мягкий, умеренно болезненный в параумбиликальной области, нижний край печени выступает из–под края правой реберной дуги на 1,5 см, гемоколит. Мочевина 18,8 ммоль\л, креатинин 610 ммоль\л, тромбоциты 28 тыс., Нв–118 г\л, АлАТ 105 Е\л, АсАТ 116 Е\л, амилаза крови 125,0 Е/л, липаза– 190,7 Е/л. В ОАМ– протеинурия 0,43 г\л, микрогематурия, лейкоцитурия. УЗИ почек: увеличение размеров обеих почек, повышение эхогенности паренхимы. УЗИ печени– увеличение правой доли; УЗИ поджелудочной железы– повышение эхогенности паренхимы. У ребенка сохранялась рвота, проведена ЭГДС– явления дистального эзофагита, гастрита с очаговой фолликулярной гиперплазией слизистой тела и антрального отдела, рефлюкс–пилорита, ДГР, проксимального дуоденита. С диффе-

ренциальной целью проведены специальные методы исследования: ADAMTS 13–114%–болезнь Мошковица исключена; АТ к кардиолипину YgM, YgG– отрицательный результат — исключен антифосфолипидный синдром; АТ к 2–спиральной ДНК–отрицательный результат–исключена СКВ. Учитывая клинико–anamнестические данные: острое начало с синдрома гастроэнтероколита, интоксикации, динамику клинической картины–нарастающее ОПП: гиперазотемия, отечный синдром, развитие олигурии; параклинические данные– мочевины до 22.5 ммоль\л, креатинин до 517 мкмоль\л; данные УЗИ почек–выставлен диагноз: гемолитико–уремический синдром, типичный, ассоциированный с диареей. Острое почечное повреждение, олигоанурическая стадия. Осложнение: острый панкреатит. Токсический гепатит. Дистальный эзофагит. Фолликулярный гастрит тела и антрального отдела. Дуоденогастральный рефлюкс. Проксимальный дуоденит.

Проведено лечение: плазмотерапия, ЗПТ методом гемодиализа №2, перитонеального диализа №9, переливание эритроцитарной массы, парентеральное питание. В течении 10 дней сохранялась олигоурия. Достигнут положительный эффект.

Выводы. Особенностью данного клинического случая является развитие ГУС у ребенка школьного возраста; дебют заболевания с клинической картины острой хирургической патологии; развитие олигоанурической стадии ОПП на 2 сутки заболевания; госпитализация ребенка в специализированное отделение на 3 сутки заболевания; ТМА носила системный характер с выраженным поражением органов ЖКТ; длительность олигоанурической стадии ОПП 10 суток.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Аббасова Н.С.	75	Волчкова А.Р.	92	Ильин В.С.	87
Абдиева К.Е.	104	Воробьева Е.А.	92	Имамова А.О.	26
Абднур Хайтам Джамил Абднур	76	Гаврилова Е.П.	80	Ирбутаева Л.Т.	70
Абрамова П.В.	95	Гаврилюк В.П.	10	Исанова Ш.Т.	58
Абрамян Е.М.	89	Галкина О.П.	79	Ищенко Е.М.	4, 6
Абророва Б.Т.	73	Галустян В.Г.	27	Йулдошев А.А.	8
Аксенова Е.С.	90	Гарянин Р.В.	4, 6	Калабкина М.О.	12
Алавердян О.О.	101	Глебов А.Ю.	94	Калыбаева Н.Н.	34
Алимагомедова П.М.	6	Горбенко Т.М.	84	Кандрина А.М.	80
Аль-Джуайфари		Гордиенко И.И.	11	Карачевцева Д.Я.	65
Майтам Акель Махди	76	Гостюхина А.Д.	84, 104	Карпикова К.Б.	78
Аль-Зобайе Мурад		Григорас Е.Г.	81	Карпов А.А.	70
Абд Али Мохаммед	102	Гриневич А.А.	23	Катанасова Л.Л.	87
Амелин И.М.	38	Губина Д.А.	41	Кашигина О.Ю.	10
Анбазова М.С.	34	Гулузаде Т.Р.	83	Кемаев А.Б.	15
Арутюнян А.О.	83	Гунькова Е.В.	106	Кечина А.М.	27
Асланова А.В.	72	Гурина Е.С.	40, 41	Кирюхина К.О.	12
Ассадулах Мохаммад	103	Гусев А.А.	16	Клабукова Н.И.	92
Ахмедова Д.	47	Гусева И.М.	62, 67	Климкова Д.М.	19
Ахмедова М.М.	62, 70	Дегтярев Д.Н.	38	Коваленко Н.С.	29
Ахметханов С.С.	24	Дегтярева А.В.	38	Ковыгина К.А.	49, 37, 68, 86
Ашуралиева М.А.	48	Демина А.С.	46	Коджаева А.Р.	101
Ашуралиева Н.Д.	48	Демьянова А.А.	32	Кожевникова Т.О.	44
Бактыгулов Э.Ж.	18	Джумаева Д.А.	83	Колесникова Е.А.	52
Бакши Т.А.	14	Добронравова Е.Д.	84	Комарова К.Р.	103
Балахнин Д.Г.	70	Дронова Д.А.	27	Кондратьева Н.Н.	67
Банколе В.А.	3	Дудина К.А.	77	Коноваленко А.А.	5
Белименко В.О.	91	Дудник О.В.	20	Коновалова А.А.	22
Белова Е.И.	36	Дятлова А.А.	55	Конюшенко А.А.	59
Беляева Н.А.	12, 15	Егорская А.Т.	21, 25, 38	Коробкина О.Г.	40, 41
Беридзе Р.М.	59	Егорская Л.Е.	38	Королев Г.А.	19
Бессонов Е.Е.	49	Ежова А.А.	49, 96	Корсунов А.Н.	6, 85
Билле Д.С.	20	Ермолаева Н.А.	80	Коцкович А.В.	40
Богданова А.В.	23, 51	Есяян Р.Я.	13	Кочнева Л.Д.	63
Большакова В.В.	82	Жданова О.М.	80	Краснова Е.Ю.	65
Борисов Р.О.	52	Заваркина А.А.	66	Кривдина Н.В.	38
Борисов С.А.	11	Завьялов О.В.	32	Криштальская Д.А.	67, 68
Боровик Т.Э.	62, 67, 68, 83	Зарандиа Г.К.	51	Крог-Йенсен О.А.	38
Брызгалина С.Ю.	78	Звонкова Н.Г.	16, 31, 62, 67, 68, 83	Крылова Д.Р.	71
Буй В.А.	17	Зубков В.В.	35	Кужахметова А.В.	44
Булычева Е.В.	80	Ибадова А.М.	83	Кузенкова Л.М.	24
Буркина Н.И.	56	Ибрагимова Д.Н.	101	Кузина С.Р.	106
Бурсагова Б.И.	24	Иванова С.П.	98	Кузнецова А.В.	43
Быстрова И.Г.	87	Игамова С.С.	58	Кургинян К.С.	23
Быстрова С.Г.	56	Идрис Л.Я.	17	Куренков А.Л.	24
Ванькова Д.Д.	79	Идрисова К.М.	99	Курсова Т.С.	43
Варушкина А.В.	31	Илларионов А.С.	50	Кутлюлова Л.К.	17
Ведерникова А.В.	98			Куфелкина А.А.	60
Верисокина Н.Е.	33			Лебедев Г.А.	51
Верхотурцева А.В.	29			Лебедева М.В.	16
Воеводина Н.В.	75			Левина Д.М.	75
Волкова Д.А.	9				

Ленюшкина А.А.	38	Обухова А.Н.	28	Соколова Н.С.	64
Леонтьева М.Е.	75	Окунев Н.А.	12, 15	Степанова В.О.	7
Ли Е.А.	67	Окунева А.И.	15	Суенкова Д.Д.	22
Лобова М.А.	62, 68			Суровцева Д.А.	54
Лутфуллаева С.А.	26	Палян Д.С.	101		
Лябина Н.В.	57	Панферова А.А.	52	Таранов В.Е.	29
		Папчук А.Е.	52	Текеев Р.С.	71
Магомедов Д.Э.	51	Петрова Ю.В.	75	Тиминова В.Э.	97
Маланичева К.В.	52	Писарева Е.В.	30	Тимофеева Г.А.	98
Малахова Э.В.	95	Полухинских А.Э.	72	Ткачук А.С.	100
Маленкова В.А.	78	Поляков С.Д.	56	Турыгин С.В.	104
Мамедов А.А.	24	Попова А.П.	89		
Манучарян М.В.	101	Потапов А.С.	49, 96	Уваренкова П.А.	37
Маранджян А.О.	42	Похващева П.Ю.	76	Усманов С.	47
Марцевич А.В.	70, 98	Припутневич Т.В.	35		
Марчук Т.Д.	11	Пронин А.В.	70, 98	Федосеева М.М.	76, 92
Марьина О.И.	46, 81	Проскурина В.В.	76	Филясова А.С.	97
Матвиенко Е.В.	77	Прохоренкова М.О.	49, 67		
Матевосова Д.С.	71	Путяйкин А.А.	15	Хамидова М.М.	24, 67
Матюшкина В.А.	76			Хашагульгова Т.А.	94
Махмудов И.Ш.	38	Равшанов О.	58	Хмелевская И.Г.	77
Мачульская Н.В.	89	Разинькова Н.С.	77	Хоткина Д.С.	85
Меркулов А.Ю.	100	Раимова Ю.А.	60	Хуштова К.А.	91
Меркулова А.А.	100	Райкина Е.Л.	61		
Мерсалова Д.М.	76	Райкина Е.Н.	45	Цей С.М.	45, 61
Месян М.К.	35	Расулов А.С.	62	Цыганова Ю.А.	38
Мигали А.И.	62, 67, 68	Расулова Н.А.	62	Цыганок Д.А.	62, 68
Милёхина М.Ю.	78	Родионов Н.В.	15, 95		
Мовсисян Г.Б.	96	Рябова А.П.	89	Черепанова М.А.	93
Мор Рахул	103	Рябчикова М.В.	47	Чермных И.И.	70, 98
Морозов А.И.	69			Черных А.В.	29
Морозов Д.Д.	11	Савченко Н.А.	105	Чернышев П.Э.	41
Морская А.В.	78	Салман Али Аль Хади		Черняк Е.А.	3
Мусаева Р.З.	27	Карим Салман	102, 103	Чертихина А.С.	20
Мухаметшина Г.И.	53	Самочерных Н.К.	89	Чечулин Е.С.	3
		Сас Д.С.	84, 104	Чижов Г.В.	10
Назарова Г.	47	Сахабетдинов Б.А.	61		
Найко Т.В.	88	Северинов Д.А.	10	Шестакова А.В.	67, 68
Негмагова К.Н.	12	Семикина Е.Л.	62, 67, 68	Шмырина К.В.	58
Ниёзов Г.К.	58	Сергеев Р.А.	51	Шоков И.Е.	15
Никитина А.И.	52	Сергеева Е.С.	23	Шуленина М.В.	74
Никитина И.В.	38	Симонова О.И.	56		
Николаева Р.А.	67	Сингх Сухани	103	Яковлев В.В.	12
Николенко В.М.	8	Скорбич О.О.	105	Яковлева Е.А.	6
Нишанбаев Р.Б.	48	Слемзина М.Н.	100	Яниева Ю.С.	94
Нурмухамедова Диёрахон		Соколов И.	56	Ясинская А.А.	93
Мухамад Гамальевна	59, 64				

СОДЕРЖАНИЕ

НАПРАВЛЕНИЕ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ.....	3
<i>Чечулин Е.С.</i> ЭТАПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	3
НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ И ГЕМАТОЛОГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ.....	3
<i>Банколе В.А., Черняк Е.А.</i> КЛИНИКО–ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ДЕФИЦИТОМ ПИРУВАТКИНАЗЫ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОГО ЦЕНТРА.....	3
<i>Гарянин Р.В., Ищенко Е.М.</i> ОСОБЕННОСТЬ ФЕНОТИПА У ДЕТЕЙ С ЛИМФОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В ОДНОМ ИЗ РЕГИОНОВ ЮФО	4
<i>Коноваленко А.А.</i> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛЕЙКОЗОВ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИММУНОФЕНОТИПА БЛАСТНЫХ КЛЕТОК	5
НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ И ГЕМАТОЛОГИЯ». КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ.....	6
<i>Гарянин Р.В., Ищенко Е.М., Алимагомедова П.М.</i> «НОВЫЕ СИМПТОМЫ» ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ФАЛЬСИФИКАЦИЯ?	6
<i>Яковлева Е.А., Корсунов А.Н.</i> ALK-МУТИРОВАННАЯ АДЕНОКАРЦИНОМА ЛЕГКОГО У ЮНОШИ 16 ЛЕТ.....	6
<i>Степанова В.О.</i> ЭКСТАРЕНАЛЬНАЯ НЕФРОБЛАСТОМА: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	7
НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ.....	8
<i>Йулдошев А.А.</i> АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ВКОЛОЧЕННЫХ ВЫВИХОВ ВРЕМЕННЫХ И ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ.....	8
<i>Николенко В.М.</i> ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКОГО СТАТУСА И ОБУЧЕНИЕ ГИГИЕНЕ ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА	8
НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ». КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ	9
<i>Волкова Д.А.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВАН ДЕР ВУДА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	9
НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ.....	10
<i>Гаврилюк В.П., Северинов Д.А.</i> ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИХ МАТЕРИАЛОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ IN VITRO	10
<i>Кашигина О.Ю., Чижов Г.В.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АДДИТИВНОЙ ЦИФРОВОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ АНАЛИЗА ЭСТЕТИЧНОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РУБЦОВ	10
<i>Борисов С.А., Гордиенко И.И.</i> МОРФОЛОГИЯ И МОРФОМЕТРИЯ ЗОНЫ КОНСОЛИДАЦИИ ОТКРЫТОГО ПЕРЕЛОМА ТРУБЧАТОЙ КОСТИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ АЛГОРИТМАХ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	11
<i>Марчук Т.Д., Морозов Д.Д.</i> МОДЕЛИРОВАНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ИШЕМИИ НЕОРЕКТУМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.....	11
<i>Негматова К.Н., Яковлев В.В.</i> ПРОФИЛЬ БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ, ФИБРОГЕНЕЗА И АНГИОГЕНЕЗА В МОЧЕ У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ БЕЗ ЭХО-ПРИЗНАКОВ НЕФРОСКЛЕРОЗА	12
НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ	12
<i>Кирюхина К.О., Окунев Н.А., Беляева Н.А., Калабкина М.О.</i> РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА	12

<i>Есаян Р.Я.</i> СЛОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	13
<i>Бакиш Т.А.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАЦИИ ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТОВ ТВЁРДОГО НЁБА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛОСКУТА С ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА	14
<i>Родионов Н.В., Шоков И.Е.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО–МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ БИОПОЛИМЕРАМИ DAM+ И URODEX.....	15
<i>Путяйкин А.А., Беляева Н.А., Окунев Н.А., Окунева А.И., Кемаев А.Б.</i> ОЦЕНКА УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОСТРЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ	15
<i>Лебедева М.В., Звонкова Н.Г., Гусев А.А.</i> ГАСТРОСТОМИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	16
<i>Кутлюлова Л.К., Буй В.А.</i> АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ.....	17
<i>Идрис Л.Я.</i> СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ГИПОПЛАЗИИ I ПАЛЬЦА.....	17
<i>Бактыгулов Э.Ж.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ПАРОЛА ДЕТЯМ, ПЕРЕНЕСШИМ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	18
<i>Королев Г.А.</i> ГИРШПРУНГ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ЭНТЕРОКОЛИТ У ДЕТЕЙ.....	19
<i>Климкова Д.М.</i> ОПЫТ ЭКСТРАВЕЗИКАЛЬНОЙ РЕИМПЛАНТАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ МЕГАУРЕТЕРОМ.....	19
<i>Дудник О.В., Чертихина А.С., Билле Д.С.</i> ПРЕДХИРУРГИЧЕСКОЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АКТИВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ И МИНИ-ИМПЛАНТОВ	20
<i>Егорская А.Т.</i> УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ.....	21
НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ». КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ.....	22
<i>Коновалова А.А.</i> ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У РЕБЕНКА.....	22
<i>Суенкова Д.Д.</i> МЕМБРАНОЗНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ	22
<i>Богданова А.В., Гриневиц А.А., Кургинян К.С., Сергеева Е.С.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БРОНХОГЕННОЙ КИСТЫ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА	23
<i>Хамидова М.М., Ахметханов С.С., Кузенкова Л.М., Куренков А.Л., Бурсагова Б.И., Мамедов А.А.</i> ОСОБЕННЫЙ СЛУЧАЙ РАСЩЕЛИНЫ ГУБЫ И НЁБА У РЕБЕНКА С ВТОРИЧНЫМ ГЕМИФАЦИАЛЬНЫМ СПАЗМОМ.....	24
<i>Егорская А.Т.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ У РЕБЕНКА	25
НАПРАВЛЕНИЕ «НЕОНАТОЛОГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ.....	26
<i>Имамова А.О.</i> КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА.....	26
<i>Лутфуллаева С.А., Имамова А.О.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	26
<i>Дронова Д.А., Галустян В.Г.</i> С ВИТАМИНАЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	27
<i>Кечина А.М., Мусаева Р.З.</i> ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РЕЧЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ГИПОКСИИ.....	27
<i>Обухова А.Н.</i> ВЛИЯНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ГИПЕРОКСАЛУРИЕЙ	28

<i>Коваленко Н.С.</i>	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.....	29
<i>Верхотурцева А.В., Таранов В.Е., Черных А.В.</i>	ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДОНОШЕННЫМ ДЕТАМ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....	29
<i>Писарева Е.В.</i>	СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	30
<i>Варушкина А.В., Звонкова Н.Г.</i>	ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	31
<i>Завьялов О.В.</i>	ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ	32
<i>Демьянова А.А.</i>	STREPTOCOCCUS AGALACTIAE У НОВОРОЖДЕННЫХ: НОСИТЕЛЬСТВО И АКТИВНАЯ ИНФЕКЦИЯ.....	32
<i>Верисокина Н.Е.</i>	УРОВЕНЬ ВИТАМИНА D И АНТИМИКРОБНОГО ПЕПТИДА КАТЕЛИЦИДИНА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	33
<i>Анбазова М.С., Калыбаева Н.Н.</i>	СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.....	34
<i>Месян М.К., Припутневич Т.В., Зубков В.В.</i>	МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННЫХ.....	35
	НАПРАВЛЕНИЕ «НЕОНАТОЛОГИЯ». КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ	36
<i>Белова Е.И.</i>	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ «НОВОЙ» ФОРМЫ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ГЛУБОКОНЕДОШЕННОГО РЕБЕНКА С ПОЛИОРГАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	36
<i>Уваренкова П.А.</i>	КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДИХОРИАЛЬНОЙ ДИАМНИОТИЧЕСКОЙ ДВОЙНИ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПО Rh-ФАКТОРУ И ПОВТОРНЫМИ ВНУТРИУТРОБНЫМИ ГЕМОТРАНСФУЗИЯМИ В АНАМНЕЗЕ.....	37
<i>Егорская А.Т., Кривдина Н.В., Егорская Л.Е., Цыганова Ю.А.</i>	КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДИАСТЕМАТОМИЕЛИИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА.....	38
<i>Никитина И.В., Амелин И.М., Махмудов И.Ш., Крог-Йенсен О.А., Ленюшкина А.А., Дегтярева А.В., Дегтярев Д.Н.</i>	КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА С ФУЛЬМИНАНТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГАЛАКТОЗЕМИИ I ТИПА (КЛАССИЧЕСКОЙ ФОРМА).....	38
	НАПРАВЛЕНИЕ «ПЕДИАТРИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ.....	40
<i>Коцкович А.В.</i>	ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННОГО САЙТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ (МВС) В ПРАКТИКУ УЧАСТКОВЫХ ПЕДИАТРОВ	40
<i>Коробкина О.Г., Гурина Е.С.</i>	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ, ЛАБОРАТОРНОЙ И УРОДИНАМИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ГИПОАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ.....	40
<i>Гурина Е.С., Коробкина О.Г.</i>	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ.....	41
<i>Губина Д.А., Чернышев П.Э.</i>	СОЧЕТАННЫЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ	41
<i>Маранджян А.О.</i>	РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ.....	42
<i>Кузнецова А.В.</i>	СВЯЗЬ ВОЗРАСТА ДЕБЮТА ЛАБОРАТОРНЫХ И КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ С ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ АЛЬПОРТА	43
<i>Курсова Т.С.</i>	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ РИТУКСИМАБОМ У ДЕТЕЙ С СТЕРОИДЗАВИСИМЫМ НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	43

<i>Кожевникова Т.О., Кужахметова А.В.</i> ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СТРУКТУРА И ФАРМАКОТЕРАПИЯ	44
<i>Райкина Е.Н., Цей С.М.</i> ЭФФЕКТ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ НАЧАЛА ТЕРАПИИ.....	45
<i>Демина А.С.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ, ЖИВУЩИХ В УСЛОВИЯХ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА, ПОСРЕДСТВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ ЙОДА И СЕЛЕНА	46
<i>Марьина О.И.</i> АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	46
<i>Рябчикова М.В.</i> К ВОПРОСУ СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА ДО И ПОСЛЕ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА.....	47
<i>Аишуралиева М., Холикова Д., Назарова Г., Усманов С., Нишанбаев Р., Ахмедова Д.</i> ИЗМЕНЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ У КРЫС ПРИ ВНУТРИПОРТАЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ КРОТКОЦЕПЧОЧНОГО И ДЛИННОЦЕПЧОЧНОГО ГАСТРИНОВ	47
<i>Нишанбаев Р.Б., Аишуралиева Н.Д., Холикова Д.С., Аишуралиева М.А.</i> ИНДУКТОР АУТОИММУННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ	48
<i>Аишуралиева М.А., Холикова Д.С., Аишуралиева Н.Д., Нишанбаев Р.Б.</i> АУТОАНТИТЕЛА ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ.....	48
<i>Прохоренкова М.О., Бессонов Е.Е., Ежова А.А., Ковыгина К.А., Потапов А.С.</i> ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ: ИССЛЕДОВАНИЕ ОДНОГО ЦЕНТРА.....	49
<i>Илларионов А.С.</i> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО МОНИТОРИНГА БЛОКАТОРОВ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА.....	50
<i>Богданова А.В., Зарандиа Г.К., Лебедев Г.А., Магомедов Д.Э., Сергеев Р.А.</i> ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ.....	51
<i>Борисов Р.О., Папчук А.Е., Колесникова Е.А., Панферова А.А.</i> РАЗРАБОТКА БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИИ К БЕЛКУ КОРОВЬЕГО МОЛОКА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ.....	51
<i>Маланичева К.В., Никитина А.И.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ У ДЕТЕЙ	52
<i>Мухаметшина Г.И.</i> ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.....	53
<i>Суровцева Д.А.</i> РЕНТГЕН НЕГАТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ. РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.....	54
<i>Дятлова А.А.</i> ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА СИНТЕЗ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ	55
<i>Соколов И., Симонова О.И., Поляков С.Д., Буркина Н.И.</i> БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ	56
<i>Быстрова С.Г.</i> ЗНАЧЕНИЕ БОДИПЛЕТИЗМОГРАФИИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ.....	56
<i>Лябина Н.В.</i> ДИАГНОСТИКА РАННЕГО НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ	57
<i>Ниёзов Г.К., Игамова С.С.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ХАРАКТЕР ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП БЕЗ ЭПИЛЕПСИИ.....	58
<i>Равшанов О., Исанова Ш.Т., Шмырина К.В.</i> ХАРАКТЕРНАЯ ОСОБЕННОСТЬ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПРИ ЛОБНОЙ И ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ	58
<i>Нурмухамедова Диёрахон Мухамад Гамальевна</i> ДЕТСКИЙ АУТИЗМ В СВЕТЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	59

<i>Беридзе Р.М., Конюшенко А.А.</i> ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	59
<i>Раимова Ю.А., Куфелкина А.А.</i> ТАКТИКА РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СПИНАЛЬНО-МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА НА УЧАСТКЕ	60
<i>Райкина Е.Л., Цей С.М.</i> ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОЕ ОБУЧЕНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....	61
<i>Сахабетдинов Б.А.</i> ВЛИЯНИЕ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	61
<i>Расулова Н.А., Расулов А.С., Ахмедова М.М.</i> ВЛИЯНИЕ 25(ОН)D В СЫВОРОТКЕ КРОВИ НА ПРОФИЛАКТИКУ РАХИТА У ДЕТЕЙ 1-го ГОДА ЖИЗНИ	62
<i>Цыганок Д.А., Лобова М.А., Мигали А.И., Звонкова Н.Г., Боровик Т.Э., Семикина Е.Л., Гусева И.М.</i> ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ.....	62
<i>Кочнева Л.Д.</i> ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЦЕЛИАКИИ И В ДИНАМИКЕ СОБЛЮДЕНИЯ БЕЗГЛУТЕНОВОЙ ДИЕТЫ.....	63
<i>Нурмухамедова Диёрахон Мухамад Гамальевна</i> ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТОЗОВ, У ТИНЕЙДЖЕРОВ В ЭКОПАТОГЕННЫХ ЗОНАХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ЦЕНТРОВ.....	64
<i>Соколова Н.С.</i> СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВСКАРМЛИВАНИЯ	64
<i>Краснова Е.Ю., Карачевцева Д.Я.</i> ФАКТОРЫ РИСКА СНИЖЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТАКАНИ И ПОТРЕБЛЕНИЕ ПИЩЕВОГО КАЛЬЦИЯ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ СРЕДИ ДЕТЕЙ И СТУДЕНТОВ ГОРОДА КРАСНОДАРА	65
<i>Заваркина А.А.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА	66
<i>Криштальская Д.А., Ковыгина К.А., Шестакова А.В., Мигали А.И., Боровик Т.Э., Звонкова Н.Г., Семикина Е.Л.</i> ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D У ДЕТЕЙ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	67
<i>Хамидова М.М., Прохоренкова М.О., Кондратьева Н.Н., Ли Е.А., Николаева Р.А., Звонкова Н.Г., Боровик Т.Э., Гусева И.М.</i> НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ, ПОСТУПАЮЩИХ НА ЛЕЧЕНИЕ В МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР	67
<i>Мигали А.И., Цыганок Д.А., Лобова М.А., Криштальская Д.А., Ковыгина К.А., Шестакова А.В., Звонкова Н.Г., Боровик Т.Э., Семикина Е.Л.</i> НУЖНЫ ЛИ ПЕДИАТРАМ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ СТАТУСА ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ?.....	68
<i>Морозов А.И.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КИШЕЧНЫХ ПАРАЗИТОЗОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ.....	69
<i>Расулова Н.А., Ахмедова М.М., Ирбутаева Л.Т.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ.....	70
<i>Балахнин Д.Г., Чермных И.И., Карпов А.А., Марцевич А.В., Пронин А.В.</i> МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО АДЕНОИДИТА У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	70
<i>Матевосова Д.С., Текеев Р.С.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	71
<i>Крылова Д.Р.</i> КОКЛЮШНАЯ ИНФЕКЦИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И ИММУНОПРОФИЛАКТИКА БЕСКЛЕТОЧНОЙ ВАКЦИНОЙ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	71
<i>Асланова А.В., Полухинских А.Э.</i> ИНФЕКЦИОННАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ.....	72
<i>Абророва Б.Т.</i> ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ГРИППА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	73
<i>Абророва Б.Т.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ БРОНХИТОВ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ	73

<i>Шуленина М.В.</i> ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	74
<i>Воеводина Н.В.</i> СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЗА 10-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД.....	75
<i>Левина Д.М., Аббасова Н.С., Леонтьева М.Е., Петрова Ю.В.</i> ВЗАИМОСВЯЗЬ КОЛИЧЕСТВА ЭОЗИНОФИЛОВ В КРОВИ НА ПЕРВЫХ ГОДАХ ЖИЗНИ И РАЗВИТИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ	75
<i>Федосеева М.М., Похващева П.Ю., Проскурина В.В., Мерсалова Д.М.</i> ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА, ТЕРАПИИ И ИСХОДОВ КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ТРОМБОЗОВ ВЕТВЕЙ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ	76
<i>Матюшкина Валентина Александровна, Абднур Хайтам Джамил Абднур, Аль-Джуайфари Майтам Акель Махди</i> ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ В РОССИИ И В ИРАКЕ	76
<i>Дудина К.А, Матвиенко Е.В., Хмелевская И.Г., Разинькова Н.С.</i> ОСОБЕННОСТИ РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ У ПОДРОСТКОВ	77
<i>Морская А.В., Маленкова В.А.</i> СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА У ДЕТЕЙ: ОТ ПЕРВЫХ СИМПТОМОВ ДО ДИАГНОЗА.....	78
<i>Брызгалкина С.Ю., Милёхина М.Ю., Карпикова К.Б.</i> АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....	78
<i>Галкина О.П., Ванькова Д.Д.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИММУНИЗАЦИИ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПОЛИСАХАРИДНОЙ ВАКЦИНОЙ ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ	79
<i>Кандрина А.М., Ермолаева Н.А.</i> ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ АРТРИТОМ	80
<i>Булычева Е.В., Жданова О.М., Гаврилова Е.П.</i> ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АКАДЕМИЧЕСКОГО СТРЕССА У СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ	80
<i>Григорас Е.Г.</i> ЦЕННОСТЬ ПИТАНИЯ ГРУППЫ ПОДРОСТКОВ ИЗ СПОРТИВНЫХ СРЕДНИХ ШКОЛ В РЕГИОНЕ МОЛДОВЕ, РУМЫНИЯ.....	81
НАПРАВЛЕНИЕ «ПЕДИАТРИЯ». КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ	81
<i>Марьина О.И.</i> СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА.....	81
<i>Большакова В.В.</i> ОТЕК ГОЛОВНОГО МОЗГА У РЕБЕНКА ВСЛЕДСТВИИ ГИПОНАТРИЕМИИ НА ФОНЕ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	82
<i>Арутюнян А.О., Звонкова Н.Г., Боровик Т.Э.</i> ВЕГАНСТВО У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	83
<i>Гулузаде Т.Р., Джумаева Д.А., Ибадова А.М.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА	83
<i>Сас Д.С., Гостюхина А.Д., Горбенко Т.М., Добронравова Е.Д.</i> ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ПРЕХОДЯЩЕЙ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	84
<i>Корсунов А.Н., Хоткина Д.С.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭНТЕРОПАТИИ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ, КАК ВОЗМОЖНЫЙ ИСХОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ФОНТЕНА	85
<i>Ковыгина К.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЧАНАРИНА-ДОРФМАНА	86
<i>Ильин В.С., Катанахова Л.Л.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФУЛЬМИНАНТНОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА	87
<i>Быстрова И.Г.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АБСЦЕССА ПОЧКИ У РЕБЕНКА	87
<i>Найко Т.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФУЛЬМИНАНТНОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ.....	88
<i>Самочерных Н.К.</i> КАТАМНЕЗ ПАЦИЕНТА С ПОЗДНЕЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НОВОРОЖДЕННОГО. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	89

<i>Попова А.П., Абрамян Е.М., Рябова А.П., Мачульская Н.В.</i> ЛИВЕДО-ВАСКУЛИТ, СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА, СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ СМЕШАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.....	89
<i>Аксенова Е.С.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕПОЛНОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА КАВАСАКИ У РЕБЕНКА 2 МЕСЯЦЕВ.....	90
<i>Хуштова К.А., Белименко В.О.</i> ДЕБЮТ ЮНОШЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ И С СИНДРОМОМ АКТИВАЦИИ МАКРОФАГОВ.....	91
<i>Клабукова Н.И., Волчкова А.Р., Воробьева Е.А.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ МАКЛА-УЭЛЬСА.....	92
<i>Федосеева М.М.</i> СИНДРОМ КАВАСАКИ С ИШЕМИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ МИОКАРДА.....	92
<i>Черепанова М.А., Ясинская А.А.</i> ИММУНОДЕФИЦИТ И ЕГО ЗАГАДКА В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА.....	93
<i>Хашагульгова Т.А., Яниева Ю.С., Глебов А.Ю.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРОТЕЗИРОВАННОГО КЛАПАНА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.....	94
<i>Родионов Н.В.</i> СИНКОПЕ У ПОДРОСТКА НА ФОНЕ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ И РЧА В АНАМНЕЗЕ.....	95
<i>Малахова Э.В., Абрамова П.В.</i> ТЕЧЕНИЕ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО С ИНФЕКЦИОННЫМИ И ТРОМБОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.....	95
<i>Ежова А.А., Мовсисян Г.Б., Потапов А.С.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ СИНДРОМА ШВАХМАНА-ДАЙМОНДА: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ.....	96
<i>Тимина В.Э., Филясова А.С.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ DIDMOAD-СИНДРОМА.....	97
<i>Чермных И.И., Балахнин Д.Г., Иванова С.П.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОКУЛОЦЕРЕБРОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА 9 МЕСЯЦЕВ.....	98
<i>Пронин А.В., Марцевич А.В., Ведерникова А.В., Тимофеева Г.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА КРУЗОНА У ДЕТЕЙ.....	98
<i>Идрисова К.М.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БИОТИН ТИАМИН ЗАВИСИМОЙ БОЛЕЗНИ БАЗАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.....	99
<i>Слемзина М.Н., Ткачук А.С.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СИНДРОМА СТИКЛЕРА У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ.....	100
<i>Меркулов А.Ю., Меркулова А.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПРАДЕРА-ВИЛЛИ.....	100
<i>Манучарян М.В., Алавердян О.О., Палян Д.С., Коджаева А.Р., Ибрагимова Д.Н.</i> СИНДРОМ КОСТЕЛЛО.....	101
<i>Аль-Зобайе Мурад Абд Али Мохаммед, Салман Али Аль Хади Карим Салман</i> РАБДОМИОМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ: ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ, РАЗЛИЧНАЯ СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ.....	102
<i>Салман Али АлХади Карим Салман, Сингх Сухани</i> БЕСКОНТРОЛЬНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ СРЕДСТВ, ВЛИЯЮЩИХ НА МЕТАБОЛИЗМ, У ПОДРОСТКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ФИТНЕСОМ.....	103
<i>Мор Рахул, Ассадулах Мохаммад, Комарова Камила Романовна</i> ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....	103
<i>Добронравова Е.Д., Абдиева К.Е., Гостюхина А.Д., Сас Д.С., Турыгин С.В.</i> ПАРОКСИЗМАЛЬНАЯ НОЧНАЯ ГЕМОГЛОБИНУРИЯ У ПОДРОСТКА.....	104
<i>Скорбич О.О., Савченко Н.А.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЕВОЧКИ С КОСТНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ.....	105
<i>Кузина С.Р.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ АЛЬПОРТА.....	106
<i>Гунькова Е.В.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРУДНОГО ДИАГНОЗА: ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У РЕБЕНКА.....	106
АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ.....	108

