



СЕЧЕНОВСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

«ТРЕТИЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ»

Научно-практическая конференция
(Москва, 18–19 мая 2022 г.)

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Издательство Сеченовского Университета

Москва
2022

УДК 616-053.3:614.2(043.2)

ББК 57.3я73

Т66

Т66 **«Третий Всероссийский педиатрический форум студентов и молодых ученых с международным участием»: Научно-практическая конференция (Москва, 18–19 мая 2022 г.)** : сборник тезисов / ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). — Москва : Издательство Сеченовского Университета, 2022. — 282 с.

В сборник включены тезисы научных работ, представленных на научно-практической конференции «Третий Всероссийский педиатрический форум студентов и молодых ученых с международным участием», которая прошла в Москве 18–19 мая 2022 г. Представлены исследования по направлениям «педиатрия», «неонатология», «детская хирургия», «детская онкология и гематология».

Сборник тезисов может представлять интерес для широкого круга специалистов, врачей-педиатров, студентов медицинских вузов, молодых ученых.

УДК 616-053.3:614.2(043.2)

ББК 57.3я73

© ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет), 2022

© Издательство Сеченовского Университета, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

НАПРАВЛЕНИЕ «ПЕДИАТРИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ	15
<i>Хабирова Г.И., Усманова А.И., Сахабетдинов Б.А.</i> Тенденция к антибиотикорезистентности возбудителей нижних дыхательных путей в период новой коронавирусной инфекции	17
<i>Цыкуненко Я.А., Саливончик К.А., Яромиц Н.В.</i> Острые кишечные инфекции у детей.....	18
<i>Омокеев К.К., Рулевская Ю.С., Евграшина В.А., Мойдунов А.А., Шидербекова В.</i> Бронхиальная обструкция у детей города Бишкек	19
<i>Прасс П.С.</i> Питание юных спортсменов.....	20
<i>Карачевцева Д.Я.</i> Сравнительный анализ факторов риска и состояние минеральной плотности костной ткани в возрастном аспекте: результаты одномоментного исследования.....	21
<i>Байрашевская А.В.</i> Характеристика пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией (SARS-CoV-2), у пациентов младше 3 месяцев: ретроспективное когортное исследование	23
<i>Саракаева Л.Р., Ефтич Е.А.</i> Характеристика некоторых нейрофизиологических параметров у детей, получивших лечение по поводу врожденного гиперинсулинизма	24
<i>Горбачева Л.В., Крылова Д.Р.</i> Мониторинг уровня специфических IgG-антител у вакцинированных «Гам-Ковид-Вак» студентов: проспективное исследование	25
<i>Маслова Н.А., Данилова С.А., Яковлева Н.В.</i> Биоимпедансный анализ в оценке состава тела у детей со спастическими формами детского церебрального паралича	27
<i>Петрунина А.И., Архиреева А.А., Гафаров А.В., Кадырова Ю.А.</i> Ультразвуковые особенности новой коронавирусной инфекции у новорожденных.....	29
<i>Герасимова Ю.А.</i> COVID-19 с позиций профилактики и прогнозирования.....	30
<i>Николаева Д.С., Кузенкова В.С., Опрятин Л.А.</i> Нутритивный статус детей с целиакией, ассоциированной с другими заболеваниями	31
<i>Галкина О.П., Пушкарева А.Е.</i> Кинезитерапия при муковисцидозе: проблемные моменты и пути их решения	33

<i>Маслова Н.А., Ежова А.А., Соколова А.А.</i> Оценка маркеров костного метаболизма у детей с детским церебральным параличом.....	34
<i>Ясонова Д.А.</i> Психологические особенности в семьях детей с повторными эпизодами обструктивного ларингита	36
<i>Брызгалина С.Ю., Милёхина М.Ю., Карникова К.Б.</i> Анализ клинико-лабораторных показателей болезни Кавасаки у детей разных возрастных групп.....	37
<i>Шакурина О.В.</i> Влияние перенесенной коронавирусной инфекции на когнитивную сферу детей Томска и Томской области	38
<i>Криулин И.А.</i> Клинические и лабораторные проявления вторичного гемофагоцитарного синдрома у пациентов с ювенильным идиопатическим артритом с системным началом	39
<i>Ляльченко Ю.А., Никишин К.Е., Гурьянова Е.С.</i> Гипертермический синдром при острой респираторной инфекции у детей в возрасте 1–15 лет в работе выездных линейных бригад скорой медицинской помощи	40
<i>Митюшкина Г.А.</i> Особенности иммунного статуса у детей с пищевой анафилаксией	42
<i>Терзян А.С.</i> Катамнез детей, рожденных с экстремально низкой массой тела.....	43
<i>Погорелова Д.М.</i> Особенности ожоговой травмы органа зрения у детей	45
<i>Лазарев В.С., Луньков Е.И.</i> Оценка качества сна у детей школьного возраста.....	46
<i>Литвинова Д.А., Кункевич Д.Д.</i> Ятрофобия у детей	47
<i>Мищенко А.А.</i> Особенности клинической характеристики новой коронавирусной инфекции у детей в Томске и Томской области	50
<i>Медведева Л.М.</i> Клиническая характеристика постковидного синдрома у детей в Томске и Томской области.....	51
<i>Жинкина Д.А.</i> Осведомленность родителей по вопросам использования витаминно-минеральных комплексов у детей.....	53
<i>Асирян Е.В., Рябинова А.О.</i> Результаты оценки уровня тревожности у детей с коронавирусной инфекцией.....	54
<i>Тихоновский П.А., Похващева П.Ю., Абдиева К.Е.</i> Оценка распространенности геморрагических проявлений у школьников.....	55
<i>Емельянова А.В., Никитина А.И.</i> Микробиота кишечника у детей разного возраста и факторы её определяющие	57

<i>Байрамова А.Т., Давлекамова Г.Р., Портнова Е.А.</i> Роль фетоплацентарного комплекса в неонатальной адаптации новорожденных от матерей с SARS-CoV-2	59
<i>Набиева Р.Р., Морозова Е.И.</i> Оценка обеспеченности детей витамином D в практике врачей и осведомленность родителей г. Казани	60
<i>Савельева Е.И., Галстян Г.В.</i> Течение внебольничной пневмонии у детей до и во время пандемии COVID-19.....	62
<i>Мухамадиева А.И., Зиганишина И.Р.</i> Задержка речевого развития у детей.....	63
<i>Колушкин Д.С., Пупыкина В.В., Родионов И.А.</i> Лечение лихорадки при острых респираторных инфекциях верхних дыхательных путей у детей.....	64
<i>Захарчук П.И.</i> Характеристика параметров состава тела у школьников младшего звена	65
<i>Комина А.В.</i> Факторы риска и причины развития кефалогематом в современных условиях.....	66
<i>Кутаева В.В.</i> Концепция «атопического марша» у детей. Современное состояние проблемы	67
<i>Долгих Е.Ю., Порубаева Э.Э.</i> Исследование заявлений производителей детских молочных смесей о питании и здоровье ребенка	69
<i>Чернявская А.С.</i> Особенности постковидного синдрома у детей с муковисцидозом.....	70
<i>Прохоренкова М.О., Устьян В.Ю., Ярцева Н.Д., Цветкова В.С.</i> Факторы риска нарушений нутритивного статуса у детей с болезнью Крона	71
<i>Прохоренкова М.О., Винокурова А.В., Курсова Т.С., Романенко А.С., Цветкова В.С.</i> Оценка эффективности применения индекса MINI для выявления заживления слизистой оболочки кишечника у детей с болезнью Крона и язвенным колитом	73
<i>Спиридонова Е.И., Бобкова П.А., Романова О.Е., Ковыгина К.А.</i> Краткосрочные последствия мультисистемного воспалительного синдрома у детей, ассоциированного с новой коронавирусной инфекцией.....	75
<i>Быстрова С.Г.</i> Комплексное функциональное обследование легких у детей с муковисцидоз-ассоциированными состояниями: нарушениями углеводного обмена и циррозом печени	76
<i>Воронина А.А., Локтева Д.В.</i> Особенности течения коронавирусной инфекции у детей на амбулаторном этапе.....	78
<i>Плаксина А.О., Журавлева Д.С., Бадмаева К.Н.</i> Личностные и эмоционально-поведенческие особенности детей подросткового возраста с сахарным диабетом 1 типа, использующих помповую инсулинотерапию с предиктивной остановкой введения инсулина.....	80

<i>Петухова А.И., Шевлакова А.В.</i> Особенности проявления болезни Бехчета в полости рта у детей	81
<i>Антонова М.А.</i> Поражение твёрдых тканей зубов и уровень оказываемой стоматологической помощи детям с ревматическими заболеваниями	83
<i>Трифонов Е.И.</i> Флеш-мониторинг гликемии при сахарном диабете 1 типа как инструмент достижения компенсации	84
<i>Кручинина А.В., Свиридова К.Н., Носкова А.С.</i> Особенности здоровья детей, рожденных от матерей с гестационным сахарным диабетом	85
<i>Домнина К.В., Лябина Н.В.</i> Возможности ранней лабораторной диагностики нарушений углеводного обмена у детей с муковисцидозом.....	86
<i>Лискина А.С., Антошина Т.И., Сафиуллина С.Р.</i> Особенности становления менструального цикла у девочек-подростков с ожирением	88
<i>Абдуллаев Д.Б., Алиев А.Л., Ашуралиева М.А.</i> Особенности микробиоценоза желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста при тяжелой пневмонии на фоне острого герпетического стоматита.....	89
<i>Шарифова М.З.</i> Некоторые особенности нервно-психического статуса у детей больных бронхиальной астмой.....	90
<i>Туляганова М.Х.</i> Опыт применения препарата полиоксидоний у детей с рецидивирующим бронхитом.....	91
<i>Каримов С.</i> Профилактика остеопении у подростков	92
<i>Каримов С.</i> Варианты течения и выраженность кардита при ревматической лихорадке у детей	94
<i>Хамраева Д.И.</i> Оральный лиофилизат десмопрессина-минирина подъязычный в лечении центрального несахарного диабета у детей и подростков	95
<i>Абдумухтарова М.З.</i> Изучение невротических расстройств у школьников с дезадаптацией.....	97
<i>Абдумухтарова М.З.</i> Эмоционально-динамические особенности личности подростков узбекской популяции.....	98
<i>Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.</i> Железодефицитная анемия у детей различного возраста	99
<i>Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.</i> Факторы риска развития дефицита железа у детей	100
<i>Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.</i> Вегетативный гомеостаз у девочек-подростков с железодефицитной анемией.....	102

<i>Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М., Касимов Д.С., Халилов О.Н.</i> Клинические особенности железодефицитной анемии у детей раннего возраста.....	103
<i>Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.</i> Физиотерапевтические методы лечения детей страдающих обструктивным бронхитом.....	104
<i>Гофуров Ж.А., Худойбердиева Х.Т., Касимов Д.С.</i> Причины заболеваний у подростков вследствие неправильного питания.....	105
<i>Касимов Д.С., Халилов О.Н.</i> Некоторые особенности ферментативной активности в грудном молоке у женщин с анемией	106
<i>Белова А.В., Некрасова А.М., Галиакбарова Н.Э.</i> Приверженность вакцинации в условиях COVID-19	107
<i>Масленникова Ю.А.</i> Анализ некоторых факторов образа жизни и здоровья у студентов-медиков.....	108
<i>Щукина Е.В.</i> Лечение гриппа у детей дошкольного возраста	110
<i>Бабаджанов Н.Н., Байызова А.А.</i> Особенности показателей variability сердечного ритма у подростков города Бишкек в современных условиях.....	111
<i>Малеева М.В.</i> Выявление факторов риска и профилактика ожирения у пациентов детского возраста.....	112
<i>Абрамова А.Е.</i> Ветряная оспа — одна из проблем детства. Как бороться и чем лечить детей?	113
<i>Базаева А.М., Ерькина Е.А.</i> Особенности диабетического кетоацидоза при манифестации сахарного диабета I типа у детей до и во время пандемии COVID-19.....	114
<i>Панарина Н.В.</i> Распространенность симптомов рахита среди детей в возрасте от 2 до 3 лет	115
<i>Воробьева М.А., Гележе К.А.</i> Выделение штаммов стафилококка с пораженной кожи детей, страдающих атопическим дерматитом	116
<i>Дубинина М.С.</i> Анализ подростков 13–15 лет на предмет перенесения новой коронавирусной инфекции.....	118
<i>Хаялутдинова Л.Р., Ахмадеева А.А.</i> Клинический полиморфизм и возрастные особенности токсокароза у детей в практике врача-педиатра..	119
<i>Юнусов А.Р.</i> Гамартома гипоталамуса в клинической практике педиатра.....	120
<i>Калямова А.В., Абызова А.Ч., Китова И.В.</i> Для чего нужна диета: результаты опроса детей и подростков	121

<i>Логачева О.А., Чередникова К.А.</i> Оценка качества жизни мальчиков-подростков с конституциональной задержкой роста и пубертата как критерий выбора тактики лечения.....	122
<i>Набиева Р.Р., Морозова Е.И.</i> Оценка информированности вакцинации от ветряной оспы среди врачей и родителей.....	124
<i>Румянцев М.А., Бобкова П.А., Петрова П.Ю.</i> Распространенность и характеристика постковидного синдрома у ранее госпитализированных детей: проспективное когортное исследование.....	125
НАПРАВЛЕНИЕ «ПЕДИАТРИЯ». КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ	127
<i>Егорова А.И., Тулупова С.А.</i> Важность своевременной диагностики и соблюдения диеты при гомоцистинурии.....	129
<i>Устюжанина Д.В., Писоцкая Ю.В.</i> Синдром Ретта у девочки трех лет: случай из практики.....	129
<i>Турсунова Н.Б.</i> Применение таргетной терапии в лечении неконтролируемой бронхиальной астмы у детей: клинические случаи.....	131
<i>Турсунова Н.Б.</i> Особенности пароксизмальных состояний у детей: клинический случай	132
<i>Чичканева А.О., Орлова Е.А.</i> Особенности течения тромботической тромбоцитопенической пурпуры у детей на примере двух клинических случаев.....	134
<i>Ферулева В.С., Храпунова Е.И.</i> Опыт диагностики и лечения педиатрического мультисистемного воспалительного синдрома (PMIS) на примере клинического случая у девочки 14 лет	135
<i>Плюснина Д.С.</i> Гипофосфатазия у ребенка 6 лет	137
<i>Егорская А.Т.</i> Клинический случай GM 1-ганглиозидоза у ребенка раннего возраста	138
<i>Сураева У.С.</i> Диагностический поиск причин рецидивирующего синдрома бронхообструкции у ребенка раннего возраста.....	139
<i>Абретенёва Д.Д., Головки Е.Д.</i> Кумбс-негативная гемолитическая анемия у девочки-подростка как дебют болезни Вильсона-Коновалова	141
<i>Коноплёва В.В.</i> Мастоцитоз у детей	143
<i>Егорова А.И., Тулупова С.А.</i> Спонтанное нетравматическое внутричерепное кровоизлияние у пациента с гемофлией В и полисегментарной пневмонией	144
<i>Репкина А.С.</i> Клинический случай: синдром Ретта и нейрофиброматоз 1 типа у ребенка 4 лет	146

<i>Лавровская А.Э., Гаргалоян М.А.</i> Клинический случай болезни Кароли	148
<i>Рустамова П.С., Терновая С.А.</i> Развитие дилатационной кардиомиопатии с хронической сердечной недостаточностью у ребенка с аритмогенной дисплазией правого желудочка после перенесенного ревматического кардита.....	150
<i>Машикина А.С., Бойченко Я.В.</i> Дефицит карнитинпальмитоилтрансферазы 1А у ребенка от близкородственного брака	151
<i>Асеева Е.В., Гребенева И.В.</i> Комбинированная терапия неконтролируемой тяжелой бронхиальной астмы	153
<i>Лаврова Д.А., Малюгина М.С., Матвеева Е.А.</i> Клинический случай поздно диагностированной классической гомоцистинурии	154
<i>Гафаров А.В., Петрунина А.И., Архиреева А.А.</i> Трудный диагноз тяжелой комбинированной иммунной недостаточности у новорожденного ребенка ..	156
<i>Ларина В.С., Попова А.Е.</i> Клинический случай артериального ишемического инсульта редкой локализации	157
<i>Кургузова А.И.</i> Клинический случай фармакорезистентной системной красной волчанки (СКВ) с дебютом в подростковом возрасте	158
<i>Забудкина В.В.</i> Клинический случай мультисистемного воспаления, ассоциированного с COVID-19	160
<i>Карманова С.Е., Наумович Н.С., Бойченко Я.В.</i> Демонстрация пациента с развитием холецистита на фоне желчекаменной болезни в детском возрасте	161
<i>Поповская К.В.</i> Синдром Прадера-Вилли: трудный путь к диагнозу.....	162
<i>Епифанова Е.Г.</i> Клинический случай неуточненного лимфаденита	164
<i>Кузьменко А.В., Семак И.Ю.</i> Танатоформная карликовость в практике врача-педиатра.....	165
<i>Шакирзянова Г.Р., Багаутдинова А.Р.</i> Синдром Шерешевского-Тернера	167
<i>Стульникова К.А.</i> Клинические особенности течения диабета MODY 2 у детей.....	168
<i>Багаутдинова А.Р., Шакирзянова Г.Р.</i> Синдром Клифстры.....	169
<i>Бицадзе А.А.</i> Синдром Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева в практике врача-педиатра	171
<i>Гапарова Т.С.</i> Случай детского мультисистемного воспалительного синдрома у ребенка 6 лет.....	172

<i>Рустянова Д.Р.</i> Междисциплинарный подход к ведению детей, зачатых посредством вспомогательных репродуктивных технологий	173
<i>Николаева Е.А., Раимова А.Т.</i> Клинический случай трихобезоара у ребёнка четырёх лет	175
<i>Дончик Е.И.</i> Сочетание гетерозиготной формы альфа-талассемии и дефицита железа	176
<i>Зискина Н.К.</i> Семейный случай склеродермии у двух родных сестер	178
<i>Горина А.С.</i> Некорректная терапия у пациента с коронавирусной инфекцией	179
<i>Минина А.С., Родюшкина А.К.</i> Постковидный синдром: миф или реальность? Случай затяжного рецидивирующего течения гепатита у ребенка первого года жизни	181
<i>Врабие-Бражникова А.И., Оробец А.А.</i> Дифференциальная диагностика мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с COVID-19 от микст-инфекции: РС-инфекция и парагрипп	182
<i>Ковыгина К.А.</i> Синдром Вильямса-Кэмпбелла: редкая причина рецидивирующей бронхообструкции	183
<i>Оробец А.А.</i> Клинический случай редкого синдрома Юниса-Варона	185
<i>Федотова А.О.</i> Клинический случай синдрома Мюнке	186
<i>Рудякова В.С., Журавлева В.В., Ганджальян Д.А.</i> Отношение родителей к вакцинации детей, в том числе против COVID-19	188
<i>Зверева И.А.</i> Клинический случай семейного наследственного нефрита (синдрома Альпорта) у девочки	188
<i>Сологуб М.А.</i> Клинический случай цероидного липофусциноза II типа у ребёнка	189
<i>Захарова А.В.</i> Клинический случай кожного мастоцитоза в практике врача-педиатра	190
НАПРАВЛЕНИЕ «НЕОНАТОЛОГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ	193
<i>Исаева М.Х.</i> Ранниестораживающие симптомы при билиарной атрезии у новорожденных	195
<i>Храповицкая К.А., Насута А.И.</i> Некоторые маркеры развития бронхолегочной дисплазии у детей	197
<i>Гутт А.М.</i> Новорожденные и недоношенные дети: оценка состояния здоровья	198

<i>Галимзянов И.И., Шукруллоев Н.Р., Жогина А.С.</i> Беременность и COVID-19 — перинатальные исходы	199
<i>Хасанов Б.Б.</i> Экстрагенитальная патология матери и становление иммунных органов и развития потомства в период грудного вскармливания	201
<i>Назаренко А.О., Сидоренко Е.Е., Мигель Д.В., Суханова И.В., Останина И.А.</i> Отдаленные результаты лечения ретинопатии недоношенных на основе ультразвуковых исследований	202
<i>Савельева Е.И.</i> Клинический случай атриовентрикулярной блокады вследствие неонатальной волчанки у глубоконедоношенного ребенка.....	203
<i>Огаркова Е.А., Ипполитов А.Л., Савельева Е.И.</i> Роль комплексного микробиологического обследования в парах мать-ребенок в диагностике инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных	205
<i>Бесько М.В., Чигирь Ю.А.</i> Значимость определения прокальцитонина у детей с риском реализации внутриутробной инфекции.....	206
<i>Зенкова К.И.</i> Особенности состава тела ребенка с экстремально низкой массой тела при рождении в 40 недель постконцептуального возраста	208
<i>Архиреева А.А., Петрунина А.И., Гафаров А.В., Пашкова В.С.</i> Особенности клинического течения новой коронавирусной инфекции у новорожденных.....	209
<i>Пашинцева А.Н.</i> Обеспеченность витамином D недоношенных детей в первые месяцы жизни	210
<i>Ким Л.В.</i> Прогностическая и диагностическая ценность белка, связывающего жирные кислоты в кишечнике при некротизирующем энтероколите	211
<i>Синякина В.Ю., Рустянова Д.Р.</i> Течение неонатального периода новорождённых, родившихся от женщин с заболеваниями щитовидной железы.....	212
<i>Коварда А.Р., Новгородова Т.А., Логвинова С.Л., Печенина Д.Н., Мишанина В.А., Булдаков И.А.</i> Применение лазеркоагуляции и ингибитора сэфр у детей с задней агрессивной ретинопатией недоношенных	214
<i>Огаркова Е.А., Ипполитов А.Л., Савельева Е.И.</i> Роль микробиологического исследования отделяемого со слизистой верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта у новорождённых детей.....	215
<i>Хапрова И.О.</i> Динамический мониторинг функционального состояния почек недоношенных детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела.....	217
<i>Горохова Д.С.</i> Возможности коррекции ретинопатии недоношенных.....	218

<i>Крошкина Д.В.</i> Особенности течения раннего периода неонатальной адаптации у детей, в зависимости от срока манифестации COVID-19 у их матерей	220
<i>Порошина А.А., Цечоева Т.К.</i> «Виртуальный госпиталь» в неонатологии: возможности и перспективы	221
<i>Дроздова А.С., Зайцева Н.В.</i> Влияние энтерального питания на прогноз некротизирующего энтероколита у новорожденных.....	222
<i>Клименко А.О.</i> Тяжелая асфиксия как патогенетическое звено в развитии родового травматизма.....	224
<i>Румбешт С.А., Морозова Е.М.</i> Взаимосвязь гемолитической болезни новорожденных с гемолитической анемией, ядерной желтухой и другими осложнениями	226
НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ.....	227
<i>Исаева М.Х.</i> Предикторы исхода операции касая у детей с билиарной атрезией	229
<i>Северинов Д.А.</i> Исследование эффективности новых образцов аппликационных гемостатических имплантов в эксперименте in vitro	230
<i>Коновалова А.А.</i> Приобретенная тонкокишечная непроходимость у ребенка.....	231
<i>Бегларян А.А., Макеев А.В.</i> Клинический случай регенерации костной ткани при хроническом деструктивно-продуктивном остеомиелите нижней челюсти у ребенка	233
<i>Рогова А.А., Каличкин И.А.</i> Влияния моноклональных блокаторов провоспалительных цитокинов на течение асептического некроза в эксперименте.....	234
<i>Голубкова В.М.</i> клиническое наблюдение: ведение уринопиогематокольпоса у пациентки с дисгенезией гонад	236
<i>Самыгин С.А.</i> Анализ результатов лечения девочек с объемными образованиями брюшной полости	238
<i>Сухова А.А., Джумалиев З.Т.</i> Причины позднего оперативного лечения по поводу распространённого перитонита у детей, результаты и осложнения.....	238
<i>Самаль Е.О., Далецкая Е.В.</i> Экспериментальное обоснование функциональных, морфологических изменений желудочно-кишечного тракта и органов мочеполовой системы после операции Соаве и Дюамеля	239

<i>Пунтикова А.Ю.</i> Оценка тяжести паренхиматозного повреждения почки при гидронефрозе у детей раннего возраста с позиции рентгено-планиметрических критериев	241
<i>Журавлева А.А., Журбенко В.А.</i> Определение причин дентофобии у детей дошкольного возраста	242
<i>Озден К.А., Карева Е.С.</i> Мультидисциплинарный подход к стоматологической реабилитации пациентов с синдромом Хеймлера	243
<i>Тарасовец А.А.</i> БЦЖ-остит. Клинический случай	244
<i>Савельева Ю.В.</i> Клинический случай ОНVIRA (Obsructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Agenesis) синдрома у трехмесячной девочки.....	249
<i>Заботина К.А., Жигулин Г.М.</i> Лечебная тактика при лимфангиомах шейно-медиастинальной локализации	251
<i>Суходольская О.В.</i> Опыт лечения детей с воспалительными миофибропластическими опухолями бронхолегочной локализации	253
НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ И ГЕМАТОЛОГИЯ». НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ.....	255
<i>Писоцкая Ю.В., Устюжанина Д.В.</i> Лимфома Беркитта у девочки 4 лет: случай Из практики	257
<i>Шакирова Р.Р.</i> Морфологическая диагностика редкой детской опухоли молочной железы.....	258
<i>Карпунина У.Д.</i> Анализ когорты пациентов с врожденными синдромами костномозговой недостаточности (ВСКМН), оценка влияния факторов возраста на исходы аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток при ВСКМН	259
<i>Имшенецкая С.К., Серегина В.А.</i> Развитие миелодиспластического синдрома у ребенка с болезнью Швахмана-Даймонда	260
<i>Тонких В.И.</i> Клинико-лабораторные особенности болезни Виллебранда у детей.....	262
<i>Махачева Ф.А., Валиев Т.Т.</i> Иммунологические особенности опухолевых клеток при рецидиве острого миелоидного лейкоза	263
<i>Власова В.Е., Бланкова Т.И.</i> роль офтальмологических симптомов в первичной диагностике онкогематологических заболеваний у детей.....	264
<i>Павлова Т.Ю., Валиев Т.Т.</i> Клинико-иммунологические особенности лимфобластных лимфом у детей	266

<i>Гурьева О.Д.</i> Анализ фармакогенетических показателей гепатотоксичности метотрексата при лечении острого лимфобластного лейкоза у детей.....	267
<i>Саломатина А.С.</i> Врожденная нейробластома: пренатальная диагностика и клиническое течение (опыт НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева)	269
<i>Анучина А.М., Бархатова А.А., Ковальская А.В.</i> Ретроспективный анализ поражения печени у детей с лейкозами.....	271
«PEDIATRIC SECTION»	273
<i>Shuai Lv, Ye Li, Chunyang Feng, Dong Li.</i> The Study of the Correlation Between Chorioamnionitis Andgestational Age in Premature Delivery	275
<i>Jing Xu, You-Hui Wang, Chuan-zhe Chen, Yu Zuo, Dong Li.</i> The Effect of Neonatal Repeated Procedural Pain in Rat and Expressionof Glucocorticoidreceptor	276
<i>Zhonggen Bai.</i> Specificity in Diagnosis and Treatment of Bone Trauma in Children	277
<i>Lu Liu, Zhang Xin, Tieyun Guo, Zhaozhu Li, Shulong Yang.</i> Distinguish Between Neuroblastoma and Wilms Tumor by Analysis of Volatile Biomarkers in Blood (Running Title: volatile biomarkers in blood in cancer patients)	277
<i>Yanan Li, BS, Pengfei Liu, MD, PHD.</i> Research Progress on Structure and Functional Magnetic Resonance Imaging of Childhood Absent Epilepsy (Running Title: magnetic resonance imaging of childhood absent epilepsy).....	278
<i>Latipov A.J.</i> Emergency Therapy of Conversions in Pediatrics.....	279
<i>Daria Levina, Aysylu Gamirova, Anna Berbenyuk.</i> Food Proteins in Human Breast Milk and Probability of IGE-Mediated Allergic Reaction in Children: A Systematic Review	280

**НАПРАВЛЕНИЕ «ПЕДИАТРИЯ».
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ**

ТЕНДЕНЦИЯ К АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ПЕРИОД НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Хабирова Г.И., Усманова А.И., Сахабетдинов Б.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и ФП Закирова Альфия Мидхатовна
ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет
Минздрава России, Казань, Россия

Введение. Одной из глобальных проблем педиатрии в настоящее время является рост устойчивости ключевых возбудителей респираторных инфекций к антибактериальным препаратам (АБП.) За последние годы в России и в мире отмечается тенденция роста антибиотикорезистентных (АБР) штаммов возбудителей инфекций нижних дыхательных путей.

Цель. Провести сравнительный анализ антибиотикорезистентности до начала возникновения и в период пандемии Covid -19.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный сравнительный анализ 63 историй болезни детей в возрасте от 3 месяцев до 10 лет, находящихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении детского стационара ГАУЗ Центральная ГКБ №18 г.Казани. Пациенты были распределены по 2 административным группам: основная группа - в период пандемии новой коронавирусной инфекции (НКВИ) 2020-2021 г.г. (50,8%) и сравнительная - 2017-2018 г.г. (49,2%). Были проанализированы данные отечественной и зарубежной литературы.

Результаты исследования. Среди основной группы у 39,2% пациентов было проведено бактериологическое исследование микробиоты носоглотки с антибиотикограммой, в ходе которого обнаружены следующие возбудители : *Pseudomonas aeruginosa* (19,45%); *Staphylococcus aureus* (17,91%); *Klebsiella pneumoniae* (15,36%); *Acinetobacter baumannii*(12,7%); *Escherichia coli* (11,34%); *Enterococcus faecalis* (4,67%); *Proteus mirabilis* (3,33%); *Entobacter cloacae*(3,13%); *Enterococcus faecalis* (2,14%); *Candida albicans*(2,06%). Главную роль в развитии инфекций нижних дыхательных путей у детей сыграли грамотрицательные микроорганизмы, среди которых наиболее частыми представителями являлись *Pseudomonas Aeruginosa*(19,45%); *Klebsiella pneumoniae* (15,36%); *Acinetobacter baumannii* (12,7%). Среди же грамположительной микрофлоры преобладали представители рода *Staphylococcus* (17,91%), *Enterococcus* (4,67%), среди грибов – *Candida albicans* (2,06%). В данных случаях наблюдалась резистентность бактерий к антибиотикам из группы: аминопенициллинов широкого спектра действия(амоксициллин), цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим). В лечении применялись аминопенициллины из расчета 60 мг/кг массы тела, цефалоспорины - 80 мг/кг массы тела. У 41,1% пациентов без проведения бактериологического исследования отмечалось увеличение дозы с последующей сменой препарата. У пациентов сравнительной группы при проведении бактериологического исследования., антибиотикорезистентность наблюдалась в 26,1%. Выявлено преобладание *Staphylococcus aureus* (22,96%),

Acinetobacter baumannii (22,75%), сокращение высеваемости *Pseudomonas aeruginosa* (21,15%), *Klebsiella pneumoniae* (18,87%) и *Escherichia coli* (14,27%).

Выводы. Исследование и анализ литературы показал увеличение АБР возбудителей в период НКВИ в 1,5 раза. В ходе исследования отмечено, что, зачастую, при назначении АБП не проводят бактериологический анализ с антибиотикограммой. Вероятно, это связано с началом антибиотикотерапии на амбулаторном этапе. Рациональное назначение АБП при инфекциях нижних дыхательных путей препятствует формированию резистентности патогенов к ним.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Цыкуненко Я.А., Саливончик К.А., Яромич Н.В.

Научный руководитель: к.м.н., заведующий кафедрой педиатрии,
Зарянкина Алла Ивановна
УО «Гомельский государственный медицинский университет» Гомель,
Республика Беларусь

Введение. Острые кишечные инфекции (ОКИ) являются одной из ведущих причин возникновения инфекционного процесса среди детского населения. ОКИ представляют собой этиологически разнородную группу. Возбудителями острых кишечных инфекций у детей могут быть вирусы, бактерии и простейшие.

Цель. Изучить структуру острой кишечной патологии у детей в зависимости от возраста.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили 274 медицинские карты стационарных пациентов с острыми кишечными инфекциями, которые находились на лечении в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» в период с января 2021 года по сентябрь 2021 года. Статистическая обработка результатов выполнена с использованием табличного редактора MS Excel 2019.

Результаты. В стационар поступали дети в возрасте от 0 до 13 лет. Возрастная структура анализируемой группы: дети первого года жизни составили 48,5% (133 человека), 2-3 лет – 35,8% (98 человека), 4-6 лет – 11,7% (32 человек), 7-13 лет – 4% (11 человек). Медиана возраста составила 2 (1; 3) года.

ОКИ у детей были вызваны различной флорой: патогенная флора, представленная в основном *Salmonella enterica*, была выявлена у 21 (7,7%) ребёнка, условно-патогенная флора - у 42 (15,3%) детей. В большинстве случаев (211 человек; 77,0%) возбудитель заболевания не верифицирован.

Все дети, госпитализированные с сальмонеллезом, были дошкольниками. 13 (62,0%) человек - дети первого года жизни. Количество детей 2-3 года жизни и 4-6 лет было равным и составило по 4 (19%) человека. Медиана возраста составила 1,2 (1; 3) года.

Возрастная структура детей с ОКИ, вызванной условно-патогенной флорой, распределилась следующим образом: дети первого года жизни – 28 (66,7%) человек, 2-3 лет – 12 (28,6%) человек, 4-6 лет – 2 (4,7%) человека. Медиана возраста: 2 (1; 3) года.

В большинстве случаев этиология поражения пищеварительного тракта у детей оставалась не выявленной. Всего в данную группу вошло: 92 (43,6%) ребёнка первого года жизни, 82 (38,9%) – 2-3 года, 26 (12,3%) – 4-6 лет и 11 (5,2%) – 7-13 лет. Возрастная медиана: 1 (0,9; 2) год.

Выводы. Наиболее часто острыми кишечными инфекциями болеют дети дошкольного возраста. Этиологическая диагностика показала низкий процент подтверждения этиологии заболевания. Сальмонеллезом и кишечными инфекциями, вызванными условно-патогенной флорой, болеют преимущественно дети первого года жизни.

БРОНХИАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ У ДЕТЕЙ ГОРОДА БИШКЕК

Омокеев К.К., Рулевская Ю.С., Евграшина В.А.,

Мойдунов А.А., Шидербекова В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Сулайманов Шайирбек Алибаевич
Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек,
Кыргызская Республика

Введение. В странах постсоветского пространства, в том числе в Кыргызской Республике (КР) к настоящему времени не разработана унифицированная классификация фенотипов синдрома бронхиальной обструкции (СБО), как и единый универсальный подход к его диагностике, лечению и профилактике рецидивов у детей.

Цель. изучить клинические, лабораторно-инструментальные признаки, особенности диагностики и терапии синдрома бронхиальной обструкции у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование медицинской документации 68 детей, госпитализированных в Городскую детскую клиническую больницу скорой медицинской помощи (ГДКБСМП) г. Бишкек за период с 2017 по 2018 гг. с диагнозом: острый бронхолит (ОБ) и острый обструктивный бронхит (ООБ). Верификация диагноза проводилась общепринятыми методами клинического исследования (сбор данных жалоб, анамнеза, оценка объективного статуса, результатов общеклинических лабораторных показателей и рентгенографии органов грудной клетки). Статистическая обработка материала и анализ полученных результатов осуществлялись с помощью программы SPSS-21.

Результаты и их обсуждение. СБО изучали в зависимости от его тяжести течения и возраста детей: 1 группа - 47 (69,2%) ребенка в возрасте от 1 месяца до 1 года (средний возраст $0,61 \pm 0,2$ года), 2 группа - 21 (30,8%) детей от 1 года до 3 лет ($1,60 \pm 0,1$ года). Описаны клинические, лабораторно-инструментальные и терапевтические особенности СБО у 68 детей в возрасте от 1 месяца до 3 лет. СБО у всех обследованных детей раннего года проявлялся на фоне ОБ или ООБ. Несмотря на частоту развития бронхолита у пациентов первого года жизни (68%), тяжелые формы заболевания регистрировались и у детей в возрасте 1-3 лет (23,8%). Пациенты старше 2 лет достоверно чаще переносили инфекцию в среднетяжелой форме ($p < 0,05$), с менее выраженной обструкцией бронхов и

отсутствием дыхательной недостаточности в 66,6% случаев. У 70,5% (n=48) обследованных больных установлена среднетяжелая форма СБО, у 29,5% (n=20) - тяжелая форма. В 82,3% случаев у больных СБО наблюдали острое начало заболевания. У подавляющего большинства больных со СБО выявлены умеренные симптомы интоксикации (85,3%). 76,5% пациентов переносили СБО с температурой тела более 37,8°C, причем фебрильную лихорадку чаще регистрировали у детей 2 группы (76,2%), реже - у детей 1 группы (51%; $p < 0,05$). Ринофарингит отмечен в 86,9% случаев. На рентгенограмме органов грудной клетки проявление ОБ и ООБ установлено в 86,7% случаев. У больных среднетяжелой формой ООБ продолжительность симптомов дыхательной недостаточности составила на 2,5 суток меньше, чем у больных тяжелой формой ООБ ($p < 0,05$). У 57,3% (n=39) больных со среднетяжелой и тяжелой формами ООБ выявлено значительное повышение уровня лейкоцитов и СОЭ.

Выводы. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста проявлялся на фоне острого бронхолита и острого обструктивного бронхита. Несмотря на частоту развития бронхолита у пациентов первого года жизни (68%), тяжелые формы заболевания регистрировались и у детей в возрасте 1-3 лет (23,8%). Пациенты старше 2 лет достоверно чаще переносили инфекцию в среднетяжелой форме ($p < 0,05$), с менее выраженной обструкцией бронхов и отсутствием дыхательной недостаточности в 66,6% случаев. У 85,3% больных со СБО выявлены умеренные симптомы интоксикации. На рентгенограмме органов грудной клетки проявление ОБ и ООБ установлено в 86,7% случаев. У 57,3% больных с ООБ выявлено повышение уровня лейкоцитов и СОЭ.

ПИТАНИЕ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Прасс П. С.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Баирова Светлана Вадимовна
ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия.

Введение. питание – основа здоровья. Для детей-спортсменов, в связи с высокими физическими и психоэмоциональными нагрузками, правильно подобранный рацион особенно важен.

Цель. оценить соответствие фактического питания детей-спортсменов рекомендациям (Тутельян В. А.) на основании результатов анкетирования.

Материалы и методы. составление оригинальной анкеты, содержащей вопросы по фактическому питанию, режиму дня, использованию специализированных продуктов; анкетирование 135 воспитанников ГБУ СШОР №3 Калининского района.

Результаты. уровень физической нагрузки высокий: 58 % тренируются более 3-х раз в неделю. Длительность сна достаточная - 83% опрошенных спят 7-9 часов в сутки и более, что коррелирует с низкой частотой заболеваемости - 81,5% заболевают ОРВИ 1-2 раза в год и реже. 74% питаются 2-3 раза в день, 24% - 4-5 раз в день. 9% опрошенных пропускают основные приёмы пищи: 2% не завтракают, 3% не ужинают, 4% не обедают. Регулярные тренировки натошак

отмечаются в 15% случаев, периодические - в 47%. Режим перекусов соответствует нормам. 69% опрошенных используют в качестве перекуса продукты здорового питания, 25% - бутерброды и сладости, 6% - протеиновые батончики. Питьевой режим: 67% употребляют 3,5-5 л жидкости в сутки. 54% опрошенных едят мясо ежедневно, преимущественно мясо курицы (27%). 64% предпочитают разнообразные кисломолочные продукты, лишь у 7% творог входит в рацион. Частота употребления яиц низкая: 21% не едят яйца, 41% - едят их 1 раз в неделю и реже. Не употребляют рыбу и морепродукты 8%, 56% - едят 1 раз в неделю и реже. 35% употребляют крупы, макароны и картофель ежедневно, 13% - несколько раз в день, однако, 42% - 1 раз в неделю и реже, 10% не употребляют данные продукты. Свежие овощи и фрукты входят в ежедневный рацион у 69% опрошенных. 5% опрошенных ежедневно едят фаст-фуд, 4% - чипсы и снеки, 8% ежедневно употребляют сладкие газированные напитки. 20% ежедневно едят сладости, 43% отказались от сахара в чистом виде. 48% пьют кофеин-содержащие напитки ежедневно, 37% - 1 раз в неделю, и лишь 15% не употребляют кофеин. 26% опрошенных (35 человек) регулярно принимают поливитамины, БАДы принимают 6%. 19% используют в своём рационе продукты спортивного питания, 24% употребляют спортивные напитки, 1,5% из них используют изотоники.

Выводы. Режим питания и питьевой режим соответствуют нормам. Отмечается низкая частота употребления яиц, мяса, рыбы и морепродуктов, творога. Наиболее часто употребляемым мясным продуктом является мясо курицы, вероятно, в связи с экономической выгодностью. Свежие овощи и фрукты употребляются в достаточном количестве. Продукты, не относящиеся к здоровому питанию, употребляются сравнительно редко, однако сравнительно высокой является частота употребления сладостей, что может быть вызвано недостатком энергетических резервов, или отказом от сахара в чистом виде. Частота употребления кофеин-содержащих напитков является высокой, что также может быть связано с недостатком энергии. Подавляющее большинство опрошенных не принимают витамины и биологически активные добавки. Значительная доля опрошенных используют в своём рационе спортивные продукты и дополнительные источники белка, делая это бесконтрольно. Необходим тщательный контроль соответствия рациона юных спортсменов рекомендациям по питанию.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА И СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Карачевцева Д.Я.

Научный руководитель: к.м.н, доцент, Сутовская Диана Владимировна
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава
России, Краснодар, Россия

Введение. Состояние костной ткани отражает качество общего развития детей и подростков, их функциональный статус, а также уровень общего

здоровья. В детском возрасте происходит формирование так называемой пиковой костной массы и продолжается до 25 лет, гарантируя прочность скелета на протяжении всей жизни. Упущенные возможности профилактики снижения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в детском и молодом возрасте нарушают оптимальное развитие скелета, препятствуют минерализации костной ткани.

Цель. Оценить состояние минеральной плотности костной ткани у школьников и студентов и провести сравнительный анализ факторов риска г. Краснодар.

Материалы и методы. Обследовано 515: 386 школьников (11-18 лет, М-185, Д -201) и 129 студентов (19-25 лет, М-58, Д -71). МПКТ оценивалась методом 2-энергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA) по дистальному отделу костей предплечья на денситометре “DTX-200” (США). Снижение МПКТ регистрировали при Zscore <-2,0 SD для данного возраста и пола. Для оценки факторов риска снижения МПКТ использовалось анкетирование.

Результаты. Установлено снижение МПКТ по сравнению с показателями для хронологического возраста и пола среди 9,6% школьников; частота снижения МПКТ у девочек составила 13,9%, а у мальчиков – 4,9%. В возрастном аспекте у школьников снижение МПКТ у девочек чаще регистрировалось в возрастных группах старше 14 лет, а у мальчиков старше 16 лет. Снижение МПКТ зарегистрировано у 11,6 % студентов; среди девочек отмечалось в 15,5% случаев, у мальчиков – 6,9%. Статистически значимых различий в возрастном аспекте снижения МПКТ среди школьников и студентов установлено не было. Среди школьников со сниженной МПКТ достоверно чаще отмечались факторы риска в сравнении с школьниками без нарушения МПКТ (контрольная группа (КГ)). У всех респондентов со сниженной МПКТ установлен выраженный дефицит потребления пищевого кальция (КГ- 50%), гиподинамия (КГ- 58%), злоупотребление сладким (КГ- 62%), наличие в анамнезе переломов – 32,4% (КГ- 19%), курение – 40,5% (КГ- 21%), превалировал дефицит витамина D, средний уровень витамина D составил $18 \pm 5,8$ (КГ- $23 \pm 3,9$). У студентов при снижении МПКТ также достоверно чаще регистрировались факторы риска: у всех - низкое потребление пищевого кальция (выраженный дефицит-80% (КГ- 38%), умеренный дефицит-20%(КГ- 55%)), гиподинамия (КГ- 70%), более 5 чашек кофе в день – 40% (КГ- 21%), курение-53,3% (КГ- 44%), наличие в анамнезе переломов – 40% (КГ- 22%), средний уровень витамина D составил $15 \pm 4,3$ (КГ- $20 \pm 6,2$), при этом недостаточность регистрировалась у 60% студентов, дефицит - 40%. Как среди школьников, так и среди студентов при сниженном МПКТ установлено 4 и более факторов риска, а в контрольной группе от 1 до 3.

Выводы. В ходе исследования статистически значимых различий в возрастном аспекте снижения МПКТ среди школьников (9,6%) и студентов (11,6%) установлено не было. Снижение МПКТ чаще регистрировалось среди девочек, как в школьном, так и молодом возрасте. При снижении МПКТ установлено 4 и более модифицированных факторов риска. Достоверно чаще отмечались факторы риска при снижении МПКТ как у школьников, так и у студентов в сравнении с контрольной группой.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (SARS-CoV-2), У ПАЦИЕНТОВ МЛАДШЕ 3 МЕСЯЦЕВ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Байрашевская А.В.

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

Введение. Пандемия Covid-19 началась 2 года назад и охватила большинство стран нашей планеты. Однако до сих пор нет точных данных о течении новой коронавирусной инфекции у новорожденных и детей грудного возраста, вследствие недостаточного количества исследований. Противоречия в тактике ведения пациентов данной возрастной группы в протоколах разных стран подтверждают нехватку знаний в этой области.

Цель. Изучить особенности течения COVID-19 у новорожденных и детей грудного возраста на ранних этапах развития инфекции.

Материалы и методы. В ретроспективное когортное исследование новорожденных и детей грудного возраста (дети до 3 месяцев), которые находились в ДГКБ №9 им.Г.Н.Сперанского, было включено 53 пациента, родившихся в период с августа 2019 года по октябрь 2020 года. Все дети были разделены на две группы. Основную группу (COV) составляло 32 ребенка с диагнозом Новая коронавирусная инфекция. Вторая группа — группа контроля (NCOV) – это дети с отрицательными тестами на новую коронавирусную инфекцию, находящиеся на лечении в отделении патологии новорожденных и детей раннего возраста (21 ребенок). Сбор данных проводился путем обработки электронных медицинских карт пациентов. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.1.0 (разработчик - ООО "Статтех", Россия).

Результаты. Группы COV и NCOV сравнимы по возрасту, полу, дате госпитализации и тяжести течения заболевания. Статистически значимая зависимость клинических симптомов и группы пациентов была выявлена только при сопоставлении симптома диареи ($p = 0,015$). При анализе частоты встречаемости ринореи, кашля (влажного и приступообразного), лихорадки, тошноты, рвоты, слабости, вялости, одышки в зависимости от группы, нам не удалось установить статистически значимых различий ($p = 1,000$, $p = 0,383$, $p = 1,000$, $p = 0,447$, $p = 0,739$, $p = 0,500$, $p = 0,438$, $p = 0,160$, $p = 0,349$, $p = 0,434$ соответственно)

У пациентов группы COV была отмечена лейкопения с пороговым значением $9,6$ на $10 \times 9 / \text{л}$, что явилось статистически значимой величиной ($p < 0,001$). Абсолютное значение нейтрофилов и относительные показатели лимфоцитов находились в пределах нормы, что не типично для вирусной инфекции. При этом абсолютные значения моноцитов находились на нижней границе нормы или ниже, что можно было бы объяснить стрессом при родах, однако данная величина была статистически значимой только в группе COV (чувствительность и специфичность модели составили $100,0\%$ и $60,0\%$ с 95% ДИ:

0,843–0,998; $p < 0,001$). Напротив значения эозинофилов в группе COV находились на верхней границе нормы или даже выше, что явилось статистически значимым для данной группы пациентов (чувствительность и специфичность модели 90,0% и 64,3% с 95% ДИ: 0,843–0,998; $p < 0,001$). При анализе базофилов в зависимости от рентгенологической картины были установлены существенные различия ($p = 0,045$, $p = 0,038$ соответственно). Поражения легких не регистрировались при высоких значениях базофилов, что позволяет предположить защитную функцию базофилов у детей раннего возраста в ответ на новую коронавирусную инфекцию. В случае поражения легких чаще наблюдалось правостороннее поражение на фоне невысокого содержания базофилов в крови.

Выводы. Новая коронавирусная инфекция у детей младше 3 месяцев еще недостаточно изучена и может характеризоваться такими не специфичными симптомами, как диарея, лейкопения, базофилия и большая резистентностью новорожденного к внутриутробной инфекции. Однако на сегодняшний день многие данные относительно патогенеза и клинических проявлений Covid-19 в данной возрастной когорте остаются противоречивыми, что требует проведения дополнительных исследований.

ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОГО ГИПЕРИНСУЛИНИЗМА

Саракаева Л.Р., Ефтич Е.А.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Никитина Ирина Леоровна
ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Врожденный гиперинсулинизм (ВГИ) характеризуется неадекватной гиперсекрецией инсулина с развитием тяжелых гипогликемий, что, в свою очередь, может оказать неблагоприятное влияние на развитие ребенка. Изучение факторов, влияющих на данный процесс, имеет высокую актуальность.

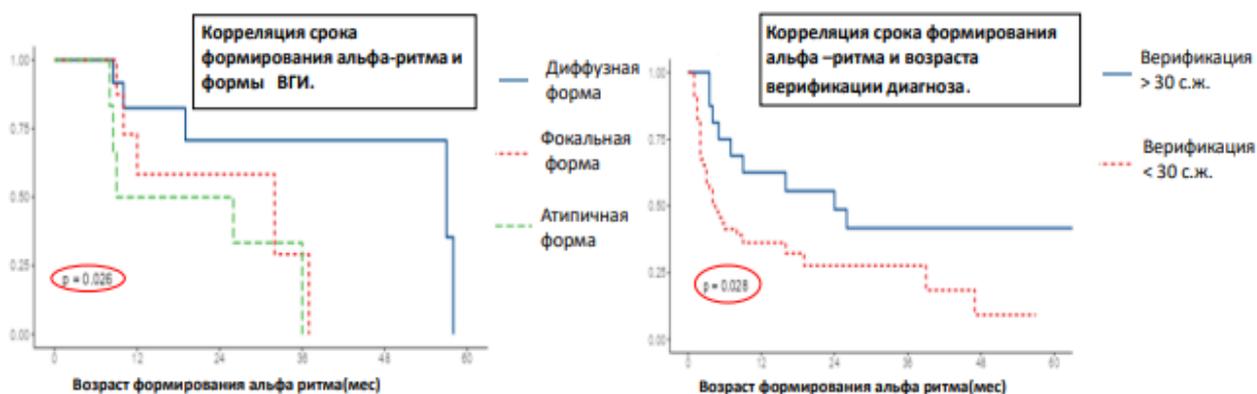
Цель. Исследование некоторых нейрофизиологических характеристик пациентов, получивших лечение по поводу врожденного гиперинсулинизма.

Материалы и методы. Обследованы 73 ребенка (медиана возраста 10 мес.), получивших лечение по поводу ВГИ в течение 6 и более месяцев до обследования, в клинике «ФГБУ НМИЦ им. В.А.Алмазова» в период с 2017 года по 2022 год в соответствии с международным протоколом. Дети с фокальной формой составляли - 32%, с диффузной формой - 53% и атипичной - 15%. Исследование нейрофизиологических характеристик ЦНС проводилось на энцефалографе «Nicolet one» (США) в стандартной стационарной комплектации. Оценивались следующие параметры: возраст возникновения альфа-ритма, наличие пароксизмальной активности и диффузных изменений. Статистическая обработка данных выполнена с помощью программного обеспечения Jamovi 2.2.5.

Результаты. Все дети с фокальной формой ВГИ после операции в исходе имели выздоровление. У 40% пациентов с диффузной формой было проведено

оперативное лечение. Из них сохраняли потребность в инсулинозависимой терапии 34%, в 54% случаев формировался диабет, лишь у 8 % после операции наступало выздоровление. При атипичной форме 64% детей были прооперированы. Рецидив наблюдался у 30%, у 60% пациентов наступало выздоровление. По данным ЭЭГ пациенты с ВГИ в 29% имели пароксизмальную активность и в 36% отмечались диффузные изменения. Путем построения кривых Каплана - Мейера установлено, что срок формирования альфа-ритма достоверно ($p=0,026$) раньше у пациентов с фокальной формой и при более ранней верификации диагноза (<30 с.ж.). Форма заболевания и более ранняя верификация достоверно не оказали влияния на формирование пароксизмальной активности.

Выводы. Более ранние сроки формирования альфа-ритма у детей с ВГИ ассоциированы с фокальной формой заболевания, а также с ранней (до 28 суток жизни) верификацией диагноза.



МОНИТОРИНГ УРОВНЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ IgG-АНТИТЕЛ У ВАЦИНИРОВАННЫХ «ГАМ-КОВИД-ВАК» СТУДЕНТОВ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Горбачева Л.В., Крылова Д.Р.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Сутовская Диана Владимировна
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава
России, Краснодар, Россия

Введение. Наиболее эффективной стратегией для борьбы с пандемией новой коронавирусной инфекции является массовая вакцинация, основная цель которой - снижение уровня заболеваемости, летальности и степени тяжести течения болезни. Сегодня в мире ведется активная массовая иммунизация против SARS-CoV-2. Рейтинг стран с наиболее высокими показателями охвата вакцинацией возглавляют Объединенные Арабские Эмираты, Куба и Китай, где более 85% населения иммунизированы от новой коронавирусной инфекции. Вместе с тем уровень заболеваемости в ОАЭ составил 29,14 на 100 тыс. населения, летальности - 0,01. По данным оперштаба темпы вакцинации населения в России значительно отстают, и на 12.03.2022 охват вакцинацией составил 49,49%, а уровень

заболеваемости 320 на 100 тыс., летальности-3,29. Студенты, как наиболее активная и мобильная часть населения, часто объединяющаяся в учебные и неформальные группы, представляют особую группу риска для распространения инфекции и нуждаются в проведении вакцинопрофилактики

Цель. Изучить иммуногенность, переносимость и эффективность вакцины «Гам-Ковид-Вак» среди студентов Кубанского государственного медицинского университета.

Материалы и методы. Исследование поствакцинального иммунитета проводилось в период с декабря 2020 г. по ноябрь 2021 г. Обследовано 119 серонегативных студентов от 18 до 30 лет. Определяли IgG к SARS-CoV-2 (метод твердофазного иммуноферментного анализа) через 1,3,6 месяцев после завершённых двух туров вакцинации. Оценивали побочные проявления после иммунизации и случаи заболевания COVID-19 в ходе исследования.

Результаты. Уровень IgG к SARS-CoV-2 через 1 месяц после вакцинации варьировал от 6,15 до 19,38 (AU/мл) и составил 16,39 (AU/мл) \pm 1,12. В динамике через 3 месяца показатели иммуногенности находились в интервале от 4,407 до 21,5 (AU/мл) (14,74 \pm 2,93). Через 6 месяцев после завершённой иммунизации титры IgG зарегистрированы в диапазоне от 4,14 до 17,71 (AU/мл) (10,97 \pm 4,69). Анализируя результаты серологического исследования в динамике, установлены достоверные различия между 1 мес. и 3 мес. ($p=0,000037$), 1 мес. и 6 мес. ($p=000047$), а также 3 мес. и 6 мес. ($p=0,000067$). При этом установлена отрицательная корреляция ($r=-0,5$; $p=0,002$) между периодом от завершённых туров вакцинации и уровнем защитных антител к SARS-CoV-2. Побочные проявления после иммунизации зарегистрированы у 34 респондентов, что составило 28,6%: местные (гиперемия, боль, отек в месте инъекции) – 21(17,6%): слабые -90,4%, сильные -9,6%; общие (повышение температуры тела, слабость, озноб, головная боль, артралгия, миалгия)-13(10,9%), слабые и сильные (69,2% и 30,8% соответственно). Как местные, так и общие ПППИ одновременно отмечались у 18 человек (15,1%). Среди студентов КубГМУ охват двумя турами вакцинации в мае 2021г. составил 30,3%, в ноябре 2021г.-79,1%, охват ревакцинации на ноябрь составил 33%. Вместе с тем, количество зарегистрированных случаев новой коронавирусной инфекцией среди студентов ВУЗа в мае отмечено у 98 респондентов (3,81%), в ноябре - 40 (1,57%).

Выводы. Вакцина способствовала устойчивому гуморальному ответу, продемонстрировала удовлетворительный профиль безопасности; в ходе исследования не было зарегистрировано случаев прекращения вакцинации вследствие побочных явлений. Случаи новой коронавирусной инфекции отмечены у 14,2% респондентов с давностью вакцинации более 6 месяцев, инфекция протекала в легкой форме. В связи с этим целесообразно рекомендовать ревакцинацию через полгода для поддержания иммунологической защищенности. Массовая вакцинация среди студентов КубГМУ против COVID-19 снизила уровень заболеваемости в 2,4 раза.

БИОИМПЕДАНСНЫЙ АНАЛИЗ В ОЦЕНКЕ СОСТАВА ТЕЛА У ДЕТЕЙ СО СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА

Маслова Н.А.^{1,2}, Данилова С.А.¹, Яковлева Н.В.¹

Научные руководители: к.м.н., доцент; Звонкова Наталья Георгиевна,
д.м.н., профессор, Боровик Татьяна Эдуардовна

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

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

Введение. Дети с детским церебральным параличом (ДЦП) относятся к группе высокого риска по нарушению нутритивного статуса. Наиболее часто используемым показателем для его оценки является индекс массы тела (ИМТ), который у детей с ДЦП, имеющих атрофию мышц, остеопению, задержку роста, не отражает их состава тела. Необъективная интерпретация низких значений ИМТ может привести к развитию избыточной массы тела/ожирению, особенно у детей, находящихся на зондовом питании через гастростому. Биоимпедансный анализ (БИА) даёт возможность оценить состав тела и помогает определить показания для нутритивной поддержки и оценить её эффективность.

Цель. Оценить состав тела методом БИА у детей с ДЦП в зависимости от уровня нарушения больших моторных функций (GMFCS), ИМТ и в динамике на фоне нутритивной поддержки.

Материалы и методы. В проспективное когортное исследование включены 30 детей с ДЦП старше 5 лет, находившихся на реабилитации в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в период с 2019 по 2021 гг. Всем детям проведены антропометрические измерения (масса тела, длина, в том числе с использованием сегментарных параметров – высота колена) и БИА на анализаторе «АВС-01 Медасс». Дети были разделены на две группы в зависимости от GMFCS - в основную группу включено 16 (53%) пациентов с тяжёлыми двигательными нарушениями (GMFCS уровни IV-V), в группу сравнения - 14 (47%) детей с GMFCS уровнем I-III.

Результаты. Дети основной группы имели значимо ($p < 0,05$) более низкие антропометрические индексы - массы тела, роста и массы тела к росту, чем дети из группы сравнения (таблица 1). Средние показатели Z-scores в основной группе: масса/возраст $-2,1 \pm 0,93$, рост/возраст $-2 \pm 1,4$, ИМТ/возраст $-2,3 \pm 1,9$, в группе сравнения: масса/возраст $-1,1 \pm 0,78$, рост/возраст $-0,6 \pm 1,2$, ИМТ/возраст $-1,31 \pm 1,1$. Средние значения % жировой массы, % скелетно-мышечной массы и % активной клеточной массы при этом статистически значимо не различались.

Таблица 1. Антропометрические индексы и показатели БИА у детей с ДЦП

Показатели	Группы детей с ДЦП			p
	GMFCS IV-V	GMFCS I-III	все пациенты	
ИМТ	13,5±2,2	14,4±3	14±2,6	0,46
Z-score масса/возраст	-2,1±0,93	-1,1±0,78	-1,5±0,9	0,04
Z-score рост/возраст	-2±1,4	-0,6±1,2	-1,3±1,4	0,01
Z-score ИМТ/возраст	-2,3±1,9	-1,31±1,1	-1,8±1,6	0,06
жировая масса, %	14,5±6,7	16,1±6,9	15,8±6,9	0,09
доля активной клеточной массы, %	51,8±6,4	51,7±6	51,7±6,2	0,06
скелетно-мышечная масса, %	45±11,5	46,9±11	46,6±11,3	0,1

Были оценены показатели состава тела в зависимости от Z-score ИМТ (<-2SD как критерий недостаточности питания и >-2SD как критерий адекватного состояния питания). Среднее процентное содержание жировой массы у детей с ИМТ<-2 SD было значимо (p=0,009) ниже, а % скелетно-мышечной массы выше, чем у детей с ИМТ>-2 SD (таблица 2).

Таблица 2. Показатели БИА в зависимости от ИМТ у детей с ДЦП

Показатели	Z-score ИМТ/возраст		p
	<-2	>-2	
жировая масса, %	11,8±6,3	17,4±6,7	0,009
доля активной клеточной массы, %	53,11±7,5	50,76±5,4	0,19
скелетно-мышечная масса, %	49,9±9,9	44,2±11	0,06

У 3 детей был проведён БИА в динамике – до начала и через 6 мес. нутритивной поддержки. Отмечено статистически значимое (p=0,05) увеличение % жировой массы (таблица 3).

Таблица 3. Показатели БИА и ИМТ до начала и на фоне нутритивной поддержки у детей с ДЦП

Показатели	Нутритивная поддержка		p
	до начала	через 6 мес.	
Z-score ИМТ/возраст	-2,89±2,01	-2,54±1,97	0,39
жировая масса, %	12,7±9,58	19,6±3,79	0,05
доля активной клеточной массы, %	50,16±7,95	51,4±1,04	0,23
скелетно-мышечная масса, %	45,7±11,23	44,9±12,3	0,45

Выводы. Все антропометрические индексы у детей основной группы были значимо ниже, чем в группе сравнения, но различий между группами по показателям жировой и скелетно-мышечной массе получено не было. У детей с ИМТ <-2 SD наблюдается статистически значимое снижение % жировой массы и увеличение скелетно-мышечной массы в сравнении с детьми, имеющими нормальное значение ИМТ. На фоне нутритивной поддержки прибавка массы тела происходит за счет жировой массы. БИА должен быть неотъемлемой частью оценки нутритивного статуса у детей с ДЦП для контроля эффективности проводимой диетотерапии.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Петрунина А.И., Архиреева А.А., Гафаров А.В., Кадырова Ю.А.

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры педиатрии,
Дементьева Юлия Назымовна

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Введение. 11 февраля 2020 года ВОЗ было присвоено официальное название новой коронавирусной инфекции COVID-19 (Coronavirus disease 2019), которая остается одной из социально-значимых проблем во всем мире в настоящее время. По мере ежедневного прироста заболеваемости, так же увеличилось и количество новорожденных от матерей с COVID-19.

Цель. изучить ультразвуковые особенности течения COVID-19 у новорожденных детей.

Материалы и методы. проведен анализ историй болезни 27 новорожденных детей, рожденных от матерей с подтвержденным диагнозом COVID-19. Дети были разделены на 2 группы. В 1 группе дети и их матери имели подтвержденный лабораторно диагноз новая коронавирусная инфекция, 2 группа – дети без новой коронавирусной инфекции, рожденные так же от матерей имеющих положительный лабораторный анализ на COVID-19. Производилась оценка клинического течения заболевания у новорожденных, с учетом данных ультразвуковой диагностики органов брюшной полости. Был рассчитан коэффициент массы селезенки (КМС) по авторской формуле Возгомент О.В, где норма КМС считается от 2 до 4.

Результаты. распределение детей по полу, антропометрические показатели при рождении было сопоставимо в обеих группах. Дети обеих групп в основном были доношенными, и у большинства детей 1 группы заболевание протекало в легкой форме. При сравнении длины и ширины селезенки в обеих группах, нам не удалось установить статистически значимых различий ($p = 0,324$, $p = 0,465$ соответственно).

При анализе показателя КМС обеих групп, не удалось выявить статистически значимых различий ($p = 0,992$). Зависимость значений КМС от клинических проявлений у детей не удалось установить из-за отсутствия статистически значимых различий

Выводы. Среди госпитализированных всех новорожденных детей отобранных для исследования с диагнозом новая коронавирусная инфекция COVID-19 преобладали легкие формы заболевания. Коэффициент массы селезенки, являющийся маркером состояния лимфоидной ткани, не претерпевает значительных изменений при легком течении новой коронавирусной инфекции.

COVID-19 С ПОЗИЦИЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Герасимова Ю.А.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Богданова Светлана Владимировна
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. По данным Росстата наблюдается тенденция к неуклонному росту распространения COVID-19 в педиатрической популяции. При сравнительном анализе заболеваемость новой коронавирусной инфекцией среди детского населения в РФ в 2020 г. составила 7%, в 2021 г. – 11%. Изучение влияния антенатальных и постнатальных факторов риска на частоту развития осложнений после перенесенного COVID-19 у детей с целью прогнозирования и профилактики с позиций персонализированного подхода составляют актуальную стратегию современной медицины.

Цель. Провести ретроспективный сравнительный анализ влияния неблагоприятных факторов риска в антенатальном и постнатальном периоде на частоту развития осложнений COVID-19 у детей грудного и раннего возраста.

Материалы и методы. В исследование включались дети грудного и раннего возраста, не имеющие хронических заболеваний и перенесшие новую коронавирусную инфекцию. Все наблюдаемые дети были разделены на две группы в зависимости от наличия или отсутствия факторов риска развития осложнений после перенесенной новой коронавирусной инфекции (экспонируемая и неэкспонируемая выборка). Для прогнозирования риска возникновения осложнений у данной когорты детей был проведен анализ клиничко-анамнестических факторов риска в антенатальном и постнатальном периоде. Статистическая обработка данных производилась с помощью программного пакета Statistica-10.

Результаты. В исследование были включены 184 ребенка грудного и раннего возраста, перенесших новую коронавирусную инфекцию и лечившихся амбулаторно. Анализ антенатальных факторов риска показал, что у детей, рожденных при использовании родовспомогательных технологий (РВТ), частота развития изменений в системе гемостаза в течение 1 месяца после перенесенного COVID-19 была выше в 1,9 раз (железодефицитная анемия отмечалась у 68% исследуемых, носовые кровотечения – у 54%, геморрагический васкулит – у 5%). У детей, рожденных путем кесарева сечения (КС) в 1,4 раза чаще, чем у детей, рожденных в естественных родах, отмечался старт аллергических заболеваний и в 2,3 раза чаще отмечались функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ФНЖКТ).

При анализе постнатальных факторов: среди исследуемых в возрасте до 1 года бессимптомное течение COVID-19 достоверно чаще отмечалось у детей, находившихся на грудном вскармливании (ГВ) по сравнению с детьми на искусственном вскармливании (ИВ) (64,5% против 33,9%, $p < 0,001$). Легкое течение COVID-19 (короткие сроки, отсутствие симптомов со стороны ЖКТ, отсутствие неврологической симптоматики) отмечалось у 32,5% детей на ГВ и у 66,1% детей на ИВ ($p < 0,001$). 62% исследуемых имели в анамнезе перенесенную Эпштейн-Барр вирусную инфекцию (ЭБВИ) и/или были инфицированы вирусом простого герпеса 6 типа (ВПГ-6). У этих детей 1,7 раз чаще, сохранялись

изменения в неврологическом статусе (синдром гипервозбудимости, нарушение сна, синдром дефицита внимания). У 83% детей, перенесших COVID-19, в течение 3 месяцев отмечались частые респираторные инфекции. У всех детей до 1 года после перенесенного COVID-19 отмечался дефицит витамина Д разной степени выраженности.

Выводы. Статистическое и математическое прогнозирование с учетом факторов риска в антенатальном периоде показывает, что при анализе отношения шансов дети, рожденные при помощи РВТ, составляют высокую группу риска по развитию изменений в системе гемостаза после перенесенного COVID-19. Дети от оперативного родоразрешения путем КС составляют группу риска по реализации аллергических заболеваний и ФНЖКТ. В постнатальном периоде вид вскармливания влияет на тяжесть течения новой коронавирусной инфекции у детей, наличие в анамнезе перенесенной ЭБВИ и ВПГ-6 составляют группу риска изменений в неврологическом статусе.

Апробированный нами статистический и математический метод расчета прогностической значимости антенатальных и постнатальных факторов риска обеспечивает точность прогноза возможного развития осложнений при COVID-19, что позволяет значительно оптимизировать помощь детям группы высокого риска.

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Николаева Д.С.¹, Кузенкова В.С.¹, Опрятин Л.А.²

Научные руководители: к.м.н., доцент; Звонкова Наталья Георгиевна,
д.м.н., профессор, Боровик Татьяна Эдуардовна

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

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

Введение. Целиакия - хроническая генетически детерминированная иммунная энтеропатия, характеризующаяся стойкой непереносимостью специфических белков эндосперм зерна некоторых злаковых культур с развитием атрофической энтеропатии и связанного с ней синдрома мальабсорбции, имеющая единственное эффективное лечение - безглютеновая диета (БГД). Имеются достоверные данные положительного влияния БГД на нутритивный статус детей с целиакией, однако не ясно, какое влияние она имеет на клиническое течение основного заболевания и нутритивный статус у детей с сочетанной патологией.

Цель. Оценить нутритивный статус детей с целиакией, ассоциированной с другими заболеваниями, до и на фоне безглютеновой диеты.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 17 детей (7 (41%) мальчиков и 10 (59%) девочек) возрасте 6-16 лет, имеющих кожные, гастроэнтерологические и ревматологические заболевания в сочетании с целиакией, проходивших лечение в профильных отделениях ФГАУ «НМИЦ

здоровья детей» Минздрава России в период с 2018 по 2021 гг. Всем детям оценивали клинические данные, антропометрические показатели (масса тела, рост) с расчетом Z-scores масса/возраст, рост/возраст, индекс массы тела (ИМТ)/возраст в компьютерной программе WHO AnthroPlus 2009, лабораторные маркеры целиакии (IgA к тканевой трансглутаминазе (ТТГ), IgG ТТГ, IgA и IgG к глиадину), и витамина D (25(OH)D) в сыворотке крови. У 8 детей показатели оценены в динамике до и на фоне БГД.

Результаты. Обследовано 17 детей с целиакией, из них в сочетании с атопическим дерматитом (АД) 8, с алопецией 3 (1 в сочетании с АД), с герпетиформным дерматитом 1, с узловатой эритемой 1, с локализованной склеродермией 1, с язвенным колитом (ЯК) 1, с системной красной волчанкой в сочетании с АД 1, с витилиго 1. Впервые целиакия выявлена у 9 (53%) детей. «Классические» симптомы целиакии (диарея, метеоризм, задержка роста, рвота, боли в животе, запоры) наблюдались у 7 (41,1%) детей. У 10 (58,9%) пациентов симптомов целиакии не наблюдалось, диагноз установлен после проведения скрининга (экспресс-тест РОС). В общей группе большинство детей – 13 (76,5%) имели средневозрастные антропометрические показатели, низкорослость выявлена у 1 ребенка, ожирение у 2 детей, избыточная масса тела у 1 ребенка. Саплементацию витамина D получали 29% детей, при этом средняя концентрация 25(OH)D в сыворотке крови составила 4,95 нг/дл (тяжёлый дефицит).

В динамике через 6 мес. обследованы 8 детей, из них 7 с атопическим дерматитом, 1 с язвенным колитом. Строго соблюдали БГД 4 ребенка, с погрешностью 2 детей, 2 пациента диету не соблюдали. На фоне БГД отмечено увеличение показателей роста, ИМТ, снижение антител к ТТГ и глиадину (таблица 1). У детей, соблюдавших БГД, отмечена значимая ($p < 0,001$) положительная динамика по течению основного заболевания.

Таблица. Динамика антропометрических индексов и серологических маркеров через 6 месяцев после установления диагноза целиакии

Показатели	Госпитализация		p
	1	2	
Z-score рост/возраст	-0,23±1,26	-0,20±1,4	0,38
Z-score ИМТ/возраст	0,22±1,53	0,31±1,6	0,31
IgA к ТТГ	96,26	44,6	0,11
IgG к ТТГ	23,5	3,5	0,07
IgA к глиадину	24,22	1,1	0,07
IgG к глиадину	36,5	2,3	0,01

Выводы. Целиакия у детей с хроническими дерматозами и аутоиммунными заболеваниями часто не имеет классических симптомов и носит скрытый характер. Проведение скрининга на целиакию должно стать обязательным компонентом в обследовании этих категорий больных. Большинство пациентов с

целиакией имели средневозрастные показатели физического развития, у 1/5 была избыточная масса тела и ожирение. Дефицита массы тела не отмечалось ни у одного пациента. Строгое соблюдение БГД приводило к значимому снижению серологических маркеров целиакии и улучшению течения основного заболевания.

КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ: ПРОБЛЕМНЫЕ МОМЕНТЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Галкина О.П., Пушкарева А.Е.

Научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии ФГАОУ «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), заведующая пульмонологическим отделением ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России; руководитель кабинета муковисцидоза Морозовской ДГКБ №1, Симонова Ольга Игоревна ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Муковисцидоз (МВ) - аутосомно-рецессивное моногенное наследственное заболевание, характеризующееся поражением всех экзокринных желёз. Сегодня известно более 2000 мутаций гена, который вызывает нарушение структуры и функционирования хлорного канала. Секрет экзокринных желез становится чрезмерно густым и вязким, из-за этого прежде всего страдают легкие (развивается мукостаз), печень, поджелудочная железа и другие органы. МВ сопровождается низкой продолжительностью жизни пациентов и всегда приводит к ранней инвалидизации, требует ранней диагностики, постоянного дорогостоящего лечения, диспансерного наблюдения и реабилитации. Для профилактики обострений и осложнений, поддержания стабильной функции легких применяется кинезитерапия (КНТ). Исследования и публикации по этому вопросу практически отсутствуют. За последние 12 лет в Pubmed опубликовано 17 работ по теме дыхательной КНТ, но только одна посвящена МВ.

Цель. Оценить влияние кинезитерапии на течение муковисцидоза у детей, выявить проблемные моменты приверженности к занятиям и определить возможные пути их решения.

Материалы и методы. Проведено наблюдательное, выборочное, поперечное исследование, состоящее из трех этапов: I - разработан опросник для определения отношения пациентов к методам КНТ и регулярности их выполнения; II - проанкетировано 42 родителя пациентов с МВ из пульмонологического отделения «НМИЦ здоровья детей» с октября 2021 г по февраль 2022 г; III - проанализированы истории болезней пациентов, выявлены критерии оценки эффективности КНТ в рамках проводимого лечения. За объективные критерии эффективности принималось: наличие осложнений на КТ органов грудной клетки (ОГК), ФВД (ОФВ1 и МОС 25,50,75), кратность обострений за 6 месяцев. Выделено 2 группы приверженности КНТ. 1 группа - 18 пациентов, которые занимаются КНТ ежедневно, 2 группа - 24 пациента занимаются КНТ нерегулярно/только во время госпитализации.

Результаты. При оценке ФВД было отмечено, что из 1 группы (n=18) у 3 (16,6%) ОФВ1 и МОС25,50,75 - снижены в пределах менее 50%; у 7 (39%) ОФВ1(>80% - норма), МОС25,50,75 в норме; у 8 (44,4%) детей младше 6-ти лет ФВД не проводилось. В 1 группе 13 (72,2%) использовали 3 и более метода КНТ из них: занятия на мяче, массаж грудной клетки, аутогенный дренаж, лечебная гимнастика, упражнения с лентой, флаттер, вибрационный жилет и РЕР системы. Также из 1 группы 8 (44,4%) пациентов занимаются спортивной активностью или игрой на духовым инструментах.

Во 2 группе (n=24) у 12 (50%) выявлено снижение МОС25,50,75; ОФВ1<80% - меньше нормы, у 7 (29%) ОФВ1 (>80% - норма), при этом у 2 из них МОС25 и 75 были снижены, а у 5 МОС25 и 75 были в норме; у 5 (21%) детей младше 6-ти лет ФВД не проводилось. В 2 группе 16 (66,7%) использовали 2 метода и менее методов КНТ. Спортивной активностью или игрой на духовых инструментах - 11 (45,8%) детей.

Число обострений по КТ ОГК в 1 группе (n=18) - 9 (50%), во 2 группе (n=24) - 14(58%). Наличие осложнений хронических процессов на КТ ОГК в 1 группе (n=18) - 8 (44,4%), во 2 группе (n=24) -13 (54%). Количество обострений (> 2 раз) за 6 месяцев до госпитализации в 1 группе (n=18) - 5 (27,7%); во 2 группе (n=24) - 10 (42%). Были выявлены 3 фактора отсутствия приверженности КНТ: психологический и физический дискомфорт; родительский; организационный.

Выводы. Ежедневные занятия кинезитерапией обладают существенной эффективностью в комбинации с основной терапией и спортивной активностью. Результативность кинезитерапии напрямую зависит от трех факторов приверженности к ней, которые необходимо учитывать и корректировать одновременно, как со стороны пациентов, так и родителей. Актуальность кинезитерапии, как метода повышения эффективности лечения муковисцидоза, требует популяризации среди медицинского сообщества, что позволит повысить контроль над заболеванием. Современная медицина ставит акцент на усилении фармакотерапии новыми методами профилактики и реабилитации, чем и является кинезитерапия.

ОЦЕНКА МАРКЕРОВ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Маслова Н.А.^{1,2}, Ежова А.А.¹, Соколова А.А.¹

Научные руководители: к.м.н., доцент; Звонкова Наталья Георгиевна, д.м.н., профессор, Боровик Татьяна Эдуардовна

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

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

Введение. Дети с детским церебральным параличом (ДЦП) уязвимыми по развитию остеопении. Деформация скелета, вызванная неподвижностью (длительный постельный режим, ограниченная физическая нагрузка, гипсовая повязка или другая иммобилизация), прием противоэпилептических препаратов

(ПЭП), гормональные и генетические факторы могут приводить к значительной потере костной массы. Диагностика остеопороза включает денситометрию и исследование биохимических маркеров (для оценки состояния минерализации костной ткани на момент обследования). Однако проведение денситометрии у детей может представлять определенные методологические и возрастные ограничения.

Цель. Оценить маркеры метаболизма костной ткани у детей с ДЦП, в зависимости от степени тяжести двигательных расстройств по Системе классификации больших моторных функций (GMFCS).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 32 пациента с ДЦП в возрасте от 2 лет до 15 лет 3 месяцев, находившихся на реабилитации в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в период с 2019 по 2021 гг. Пациенты были разделены на 2 группы: 18 детей в основной группе – с GMFCS IV–V уровнями и 14 детей в группе сравнения – с GMFCS I–III уровнями. Всем детям проводили оценку антропометрических показателей с помощью программы ВОЗ – WHO AnthroPlus (2009), биохимических маркёров - кальция, фосфора, щелочной фосфатазы, остеокальцина, витамина D, паратиреоидного гормона, маркера костной резорбции β -CrossLaps.

Результаты. Дети основной группы имели статистически значимо ($p=0,038$) ниже Z-score ИМТ/возраст, чем пациенты из группы сравнения. Установлено, что показатели щелочной фосфатазы, кальция и фосфора у большинства детей (88-100% случаев) находились в пределах референсных значений. Средние концентрации изученных показателей статистически значимо не различались у детей основной и группы сравнения, а также между детьми, получавшими и не получавшими ПЭП. Нами не выявлено статистически значимой разницы концентрации 25(OH)D между группами. Было отмечено, что детям основной группы саплементация витамина D проводилась реже, чем детям из группы сравнения. Особый интерес представляет маркер резорбции костей β -CrossLaps, показатели которого у подавляющего числа детей (66%) были повышены, чаще у пациентов основной группы (72% и 57%, соответственно). Высокие уровни маркеров резорбции у детей с тяжелыми неврологическими нарушениями, которые не имеют возможности самостоятельно передвигаться, свидетельствуют о костных перестройках и потерях костной массы. Нами получена статически значимая заметная прямая корреляция ($r=0,596$, $p<0,05$) между показателями остеокальцина и β -CrossLaps, что говорит об одновременной активации остеорепарации (повышении остеокальцина) в ответ на активацию резорбции.

Выводы. Более половины пациентов с ДЦП имеют высокие значения маркера костной резорбции β -CrossLaps, который в совокупности с повышением уровня остеокальцина, свидетельствует об активной остеорепарации, которая выше у детей с тяжелыми двигательными нарушениями. Определение маркеров костного метаболизма у детей с ДЦП не является показательным в выявлении остеопении и остеопороза в связи с особенностями этих пациентов – сниженная двигательная активность, задержка роста, физического и полового развития. Необходимы дальнейшие исследования для изучения данных показателей у детей с ДЦП в параллели с денситометрией.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В СЕМЬЯХ ДЕТЕЙ С ПОВТОРНЫМИ ЭПИЗОДАМИ ОБСТРУКТИВНОГО ЛАРИНГИТА

Ясонова Д.А.

Научный руководитель: ассистент кафедры педиатрии ИПДО,
Салова Александра Леонидовна
ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ярославль, Россия

Введение. На сегодняшний день не представляется возможным выяснить причины возникновения повторных эпизодов обструктивного ларингита в 45% случаев. В связи с этим весьма актуально стоит вопрос поиска новых факторов риска рецидивов данного синдрома.

Цель. Выявить психологические особенности у детей с повторными эпизодами обструктивного ларингита.

Материалы и методы. В исследование было включено 84 пары мать-ребенок. Средний возраст детей составил $5,17 \pm 1,05$. Дети (с мамами) были разделены на 2 группы: 1 - с повторными эпизодами обструктивного ларингита ($n=34$), 2 – с одним эпизодом обструктивного ларингита ($n=50$) – (группа контроля). Детям и их мамам были проведены проективные методы диагностики (были предложены простые в исполнении проективные методики «Дом-Дерево-Человек» Дж.Бука, «Рисунок семьи», цветовой тест М. Люшера, тест «Несуществующее животное»), а также «опросник акцентуации личности» К. Леонгарда. Статистическая обработка материала осуществлялась при помощи программы NanoStat 1,6.

Результаты. Анализ проективных методик и интерпретация «опросника акцентуации личности» показали, что матери детей из 1 группы чаще имели низкую самооценку либо внутриличностный конфликт (88,2%) по сравнению с группой контроля (40,0%) ($p=0,0001$). Также у них отмечалась повышенная тревожность и демонстративный тип акцентуации характера в 3 и 6 раз чаще соответственно по сравнению со 2 группой ($p=0,000$). У детей с повторными эпизодами обструктивного ларингита была выявлена тревожность, недоверие к себе, чувство незащищенности в 79,4%, что почти в 10 раз выше, чем в контрольной группе детей с одним эпизодом обструктивного ларингита ($p=0,000$). Примечательно, что при анализе данных пары мама-ребенок удалось установить, что в 1 группе в 94,1% случаев присутствовал конфликт в семье между мамой и ребенком либо мамой и папой, в то время как в группе контроля он отмечался лишь в 20% ($p=0,000$).

Выводы. Дети с повторными эпизодами обструктивного ларингита имеют психологические особенности в виде тревожности, недоверия к себе, чувства незащищенности. У их матерей отмечаются повышенная тревожность и демонстративный тип акцентуации характера, низкая самооценка и внутриличностный конфликт. В семьях часто наблюдаются конфликты. Таким образом, возможными факторами риска повторных эпизодов обструктивного ларингита у детей могут являться психологические особенности у детей и их матерей.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЕЗНИ КАВАСАКИ У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Брызгалина С.Ю., Милёхина М.Ю., Картикова К.Б.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Ларина Любовь Евгеньевна
ФГАОУ ВО РНИМУ 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. Необходимо помнить об атипичном течении и скудной клинической картине у более старших детей.

ВЛИЯНИЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА КОГНИТИВНУЮ СФЕРУ ДЕТЕЙ ТОМСКА И ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Шакурина О.В.

Научные руководители: к.м.н., доцент, Деева Евгения Викторовна,
д.м.н., профессор, Камалтынова Елена Михайловна
ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет
Минздрава России, Томск, Россия

Введение. Более двух лет человечество живет в состоянии пандемии новой коронавирусной инфекции, вызванной возбудителем SARS-CoV-2. Для взрослого населения характерно относительно более тяжелое течение заболевания, а дети и подростки чаще переносят инфекцию в легкой или бессимптомной форме. Несмотря на различия в клинической картине острого периода, во всех группах пациентов встречаются длительно сохраняющиеся симптомы.

Неизвестно, как пандемия COVID-19 скажется на подрастающем поколении. Ученые разных стран сообщают о сохраняющихся соматических симптомах у детей и подростков после перенесенной инфекции, но длительные симптомы затрагивают и психическое здоровье педиатрических пациентов.

Цель. Установить взаимосвязь между перенесенной коронавирусной инфекцией и появлением нарушений в когнитивной сфере детей и подростков Томска и Томской области.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было спланировано открытое проспективное исследование. Старт исследования – в 2021 году. Клиническая база – Областная детская больница г. Томска. В исследуемую группу вошли дети и подростки, соответствующие критериям включения: возраст от 0 до 18 лет, COVID-19 в анамнезе, подтвержденный ПЦР-тестированием на SARS-CoV-2.

Для выявления когнитивных нарушений родителям пациентов было проведено анкетирование через 1 месяц, 3 месяца и 12 месяцев после болезни, при прохождении которого предлагалось субъективно оценить психологический статус детей по шкале от 0 до 5 баллов по 7 критериям: активность, настроение, удовлетворенность, переносимость физических нагрузок, взаимоотношения с друзьями, тревожность и уровень депрессии. Статистическая обработка проводилась в программах Microsoft Office Excel-2019 и STATISTICA 10.0 (критерии Манна-Уитни и Вилкоксона).

Результаты. По итогам контрольных точек были получены результаты 530 детей (51% – девочки; 49% – мальчики). Средний возраст – 9 лет (IQR: 5-13), распределение по возрастным группам: 40% детей – в группе 12-18 лет, 23% – в группе 8-11 лет, 21% – в группе 4-7 лет и 17% – в группе 0-3 лет.

Результаты опроса в острый период заболевания продемонстрировали, что у большей части детей были снижены активность (2-4 балла – 73%), настроение (3-4 балла – 55%), удовлетворенность (3-4 балла – 59%), переносимость физических нагрузок (3-4 балла – 55%), взаимоотношения с друзьями (2-4 балла – 54%), родители отмечали у детей высокую (3-5 баллов) тревожность – 35% и депрессию – 26%.

По итогам анкетирования через 1 месяц восстановились (4-5 баллов) настроение и удовлетворенность (у 78% детей), активность и переносимость физических нагрузок (у 76%), взаимоотношения с друзьями (у 90%), уровни были значимо выше, чем в остром периоде ($p < 0,01$). Тревожность и депрессия достоверно снизились ($p < 0,001$), но сохранялись высокими (3-5 баллов) у 28% и 17% соответственно.

Через 3 месяца после болезни количество детей, у которых восстановились активность, настроение и удовлетворенность увеличилось на 9%, переносимость физических нагрузок – на 10%, взаимоотношения с друзьями – на 5% по сравнению с предыдущей контрольной точкой ($p < 0,001$). Значимо снизились тревожность и депрессия ($p < 0,001$), но высокие показатели сохранялись у 14% и 9% соответственно.

Спустя 12 месяцев все критерии, кроме депрессии, улучшились в сравнении с опросом через 3 месяца после болезни ($p < 0,01$). Несмотря на общую положительную динамику, уровень депрессии значимо не снизился, у 1% он оставался высоким (3-5 баллов). Все эти пациенты - подростки, что позволяет предположить, что дети данного возраста более расположены к длительной депрессии.

Выводы. В ходе проведенного исследования когнитивного статуса детей и подростков, перенесших COVID-19, были выявлены длительно сохраняющиеся симптомы, несмотря на тенденцию детского населения к более легкому течению острого периода. Полученные результаты подтверждают взаимосвязь между инфекцией и сохраняющимися когнитивными нарушениями, требующими динамического наблюдения и персонифицированного подхода к реабилитации.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГЕМОФАГОЦИТАРНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ

Криулин И.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, член-корр. РАН, Алексеева

Екатерина Иосифовна

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский университет), Москва, Россия

Введение. Вторичный гемофагоцитарный синдром (вГФС) – гипервоспалительный ответ, развивающийся на фоне системного ювенильного идиопатического артрита (син.: юношеский артрит с системным началом, сЮИА, сЮА), своевременная диагностика которого позволяет многократно уменьшить летальность и улучшить исход заболевания.

Цель. Изучить клинические и лабораторные особенности вторичного гемофагоцитарного синдрома у пациентов с системным ювенильным идиопатическим артритом.

Материалы и методы. В исследование включены 400 пациентов с сЮИА, проходивших обследование и лечение на базе ревматологического отделения

«НМИЦ здоровья детей» (Москва) в период с августа 2010 г. по май 2021 г. Все пациенты соответствовали критериям установления диагноза сЮИА и вГФС.

Результаты. вГФС был диагностирован у 100/400 (25%) пациентов с сЮИА, включенных в анализ, в 84/114 (74%) случаях вГФС пациенты были «биологически наивные» (не получали генно-инженерные биологические препараты (ГИБП)), в 30 (26%) случаях вГФС развился на фоне терапии ГИБП (20 случаев (17%) - канакинумабом, 7 (6%) - тоцилизумабом, 2 (2%) - этанерцептом, 1 (1%) - адалимумабом).

Клинические проявления вГФС включали лихорадку выше 38,5 °С (97% случаев), увеличение печени (74%), увеличение селезенки (66%), сыпь (60%), лимфаденопатию (49%), миалгии (32%), поражение сердечно-сосудистой системы (28%), легких (23%), центральной нервной системы (ЦНС) (7%), почек (6%). Лабораторные - повышение концентрации ферритина (min 702,38 нг/мл, max 130149,2 нг/мл, Me 11864,2 нг/мл), триглицеридов (min 0,77 ммоль/л, max 7,35 ммоль/л, Me 3 ммоль/л), активности АСТ (min 43 Ед/л, max 1519 Ед/л, Me 145 Ед/л), АЛТ (min 40 Ед/л, max 2697 Ед/л, Me 120 Ед/л) и ЛДГ (min 10,6 Ед/л, max 2148,57 Ед/л, Me 580 Ед/л) сыворотки крови, тромбоцитопению (min 4 тыс/мкл, max 523 тыс/мкл, Me 105,2 тыс/мкл).

Клинико – лабораторные особенности течения вГФС у пациентов, получавших ГИБП, по сравнению с «биологически наивными» пациентами включали: меньшую частоту развития сыпи, лимфаденопатии и миалгий; более высокий уровень гемоглобина, более редкое развитие эритроцитопении, более выраженную тромбоцитопению, менее выраженную гипоальбуминемию, более низкие показатели СОЭ, концентрации СРБ и ферритина и более высокую активность ЛДГ сыворотки крови.

Выводы. Вторичный ГФС может развиваться как у «биологически наивных» пациентов с сЮИА, так и у пациентов, получающих ГИБП. Универсальными маркерами вГФС у всех пациентов с сЮИА являются фебрильная лихорадка и повышение сывороточной концентрации ферритина. У пациентов, получающих ГИБП, вГФС характеризуется менее выраженными клиническими проявлениями и такими лабораторными показателями как СОЭ, уровень гемоглобина, ферритина, СРБ, альбумина сыворотки крови.

ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 1-15 ЛЕТ В РАБОТЕ ВЫЕЗДНЫХ ЛИНЕЙНЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ляльченко Ю.А., Никишин К.Е., Гурьянова Е.С.

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры педиатрии,
Дементьева Юлия Назымовна

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Введение. Гипертермический синдром на фоне острой респираторной вирусной инфекции вносит существенные и значительные коррективы в деятельности линейных выездных бригад СМП. Большая часть детских вызовов в осенне-весенний и зимний период приходится именно на маленьких детей и

подростков. Как правило, поводом к вызову является высокая температура, не купирующаяся приемом жаропонижающих препаратов. Тяжело протекающее гипертермия на фоне вирусных инфекций существенно ухудшает состояние пациентов детского возраста и способствует развитию тяжелых осложнений.

Цель. Оценить особенности течения клинической симптоматики острой респираторной инфекции и гипертермического синдрома у детей в возрасте от 1 года до 15 лет на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе ГУЗ УОКССМП ПСМП 2, ПСМП 5, медицинского факультета УлГУ. Проведен ретроспективный анализ 50 карт вызовов скорой медицинской помощи у пациентов в возрасте от 1 года до 15 лет с установленным диагнозом гипертермический синдром, острая респираторная инфекция.

Результаты. Все обследованные пациенты на момент первичного контакта имели подтвержденный диагноз острая респираторная инфекция, гипертермический синдром отмечался у 50 пациентов (100%). Во всех исследуемых случаях родители пациентов отмечали неэффективность жаропонижающей терапии. У 30 пациентов гипертермический синдром протекал по типу белой лихорадки (60%), у 20 по типу красной лихорадки (40%). В результате анализа установлено, что у пациентов с белой лихорадкой возникал ряд осложнений в виде фебрильных судорог и выраженной судорожной готовности. Наличие впервые возникших фебрильных судорог отмечалось у 3 пациентов в возрасте 1-2 лет, имеющих тип гипертермии белой лихорадки (6%). Наличие судорожной готовности отмечалось в 7 случаях у пациентов в возрасте 8-11 лет (14%). В 2 случаях отмечалось судорожные приступы у детей в возрасте 5-6 лет во время транспортировки в автомобиле СМП (4%). В остальных 18 случаях гипертермический синдром по типу белой лихорадки протекал без дополнительных осложнений (36%). У 30 пациентов гипертермический синдром протекал по типу красной лихорадки (60%). Внебольничная пневмония ассоциированная covid-19 10 пациентов, имеющих гипертермический синдром по типу красной лихорадки в возрасте 13-15 лет (20%). В остальных 20 случаях наблюдались инфекции верхних дыхательных путей (40%). На момент осмотра и оказания медицинской помощи не отмечалось наличие дополнительных осложнений.

Всем обследованным детям помощь экстренная медицинская помощь была согласно стандартам Оказания скорой и неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. После оказания помощи не наблюдалось побочных явлений и осложнений.

25 детей были госпитализированы в Ульяновскую областную детскую инфекционную больницу (50%).

Выводы. В результате проведенного анализа установлено, что гипертермический синдром имеет относительно благоприятное течение. Гипертермия, протекающая по типу красной лихорадки, не сопровождалась развитием осложнений на догоспитальном этапе; гипертермия по типу белой лихорадки сопровождалась развитием осложнений на догоспитальном этапе в виде фебрильных судорог и судорожной готовности. Современная терапия коррекции тяжелого течения острых респираторных вирусных инфекций и

гипертермического синдрома продолжает оставаться актуальной проблемой в работе бригад скорой медицинской помощи. Все больше возрастает количество детей, у которых на фоне белой лихорадки возникают дополнительные тяжелые осложнения, требующие стационарного наблюдения.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АНАФИЛАКСИЕЙ

Митюшкина Г.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Лепешкова Татьяна Сергеевна
ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава
России, Екатеринбург, Россия

Введение. Анафилаксия определяется как тяжелая, опасная для жизни реакция системной гиперчувствительности, характеризующаяся быстрым началом и сопровождающаяся выработкой повышенного количества IgE. Учитывая немедленное начало и преходящий характер пищевой анафилаксии, проведение проспективных исследований по данной патологии затруднено. Кроме того, нельзя достоверно предсказать тяжесть и продолжительность возможных повторных аллергических реакций. Выявление особенностей иммунитета при изучаемой патологии позволит более точно понимать механизмы реагирования иммунной системы при пищевой анафилаксии у детей.

Цель. Выявить характерные изменения иммунного статуса в группе детей с пищевой анафилаксией.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ иммунологических показателей развернутой иммунограммы. В группу исследования вошли 32 ребенка. Критерием включения в группу было наличие в анамнезе детей с пищевой аллергией одного и более эпизодов пищевой анафилаксии. Критерием исключения стало: отсутствие эпизодов анафилаксии в анамнезе, дети с врожденными ошибками иммунитета, дети, родившиеся с низкой и экстремально низкой массой тела, дети с врожденными органическими патологиями, дети, перенесшие внутриутробно инфекционные заболевания. Для анализа полученных данных использовались методы описательной статистики.

Результаты. Показатель общего IgE в группе детей с пищевой анафилаксией превышает верхнюю границу референсного интервала более, чем в 10 раз. Уровень активированных Т-лимфоцитов выше верхней границы референсного интервала почти в десять раз. В группе детей с пищевой анафилаксией показатель В-лимфоцитов ниже на 20% от нижней границы референсного интервала, что является косвенным доказательством участия В-лимфоцитов в активном иммунном процессе, который связан с их дифференцировкой в плазматические клетки. У детей с пищевой анафилаксией установлено снижение уровней спонтанного и стимулированного НСТ-теста, при этом снижение стимулированного НСТ-теста достигает 25% от нижней границы референсного интервала, что объясняет склонность детей с атопией к инфекциям. Хотя бактерицидная активность лимфоцитов была выше на 15%, а поглотительная активность моноцитов превышала референсные интервалы на 10%, сложно

говорить об адекватной инфекционной защите, вероятно, данные показатели также стоит рассматривать как активацию иммунных механизмов, поскольку в хроническом аллергическом воспалении доказано участие не только лимфоцитов, но и нейтрофилов и моноцитов.

Выводы. Выявленные особенности иммунного статуса детей с пищевой анафилаксией отражают активацию всех звеньев иммунной системы, вследствие чего данные пациенты способны развивать острые аллергические реакции даже на случайное попадание в организм минимального количества причинно-значимого пищевого аллергена. В силу наличия значительных изменений в гуморальном и клеточном звеньях иммунитета, дети с пищевой анафилаксией требуют тщательного наблюдения и обследования у врача аллерголога-иммунолога.

КАТАМНЕЗ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Терзян А.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Статова Анастасия Васильевна
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава
России, Краснодар, Россия

Введение. Недоношенные дети с экстремально низкой массой тела – это дети рожденные до 37 недели и весом менее 1000 грамм. По данным Минздрава на 2018 год, частота рождения детей с экстремально низкой массой тела в России фиксируется на уровне 0,2%. В 2018 году показатель смертности недоношенных сократился до 2,4%. В результате развития клинического выхаживания недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела повысилась их выживаемость, но увеличилась заболеваемость младенцев и инвалидность. У многих из них наблюдается патология внутренних органов, незрелость сердечно-сосудистой системы, задержка умственного и моторного развития, перинатальная энцефалопатия, нарушение зрения. В физическом развитии эти дети значительно отстают на протяжении первых трех лет жизни и требуют наблюдения у различных специалистов с оценкой их нервно-психического и физического развития, с учетом скорректированного возраста.

Цель. Оценить показатели состояния здоровья детей, рожденных с экстремально низкой массой тела.

Материалы и методы. Проанализированы истории развития детей, рожденных с низкой и экстремально низкой массой тела (форма 112/у), исследование проведено на базе поликлиник города Краснодара. Из медицинских карт получены следующие данные: анамнез жизни, акушерский анамнез матери, данные физического развития, сведения о проведении профилактических прививок. Была проведена оценка физического развития детей при рождении и на протяжении первого года жизни с помощью центильных таблиц с учетом постконцептуального и скорректированного возраста.

Результаты. В исследовательскую группу вошло 28 детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, доля девочек и мальчиков практически равная (57% и 43% соответственно). Все дети при рождении имели 4 степень недоношенности.

Из акушерского анамнеза матери выяснено, что у всех женщин отмечалась угроза прерывания беременности, 80% матерей имели хроническую соматическую патологию, у 60% отмечалось подтекание околоплодных вод, 40% женщин имели аборт в анамнезе. У большинства женщин (71%) беременность наступила при естественном зачатии, однако 29% женщин воспользовались вспомогательными репродуктивными технологиями.

Большинство детей (71%) рождены путем кесарева сечения, 29% - естественным путем. По данным шкалы Апгар у 86% детей отмечалась легкая степень асфиксии, в 14% случаев наблюдалась асфиксия средней степени тяжести. Более половины детей (57%) находились на искусственном вскармливании, 43% - на смешанном. Все дети после рождения переведены на второй этап выхаживания.

Представляет интерес состояние здоровья детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, при выписке из стационара. Так бронхолегочная дисплазия была установлена у 100% детей, поражение ЦНС имело место в 100% случаев, у всех детей выявлен врожденный порок сердца: открытое овальное окно, у 71% - ретинопатия. Хирургическая патология выявлена у 33% недоношенных детей и представлена следующими заболеваниями: паховой грыжей, пахово-мошоночной грыжей, гидроцеле, крипторхизмом, кистой брюшной полости, которые имеют одинаковое процентное значение. Патология эндокринной системы отмечена у 14% детей.

Все недоношенные дети состояли на диспансерном учете, получали необходимое лечение и реабилитацию. В возрасте 1-го года проведен анализ состояния здоровья. Так бронхолегочная дисплазия сохранилась у 43% детей, поражение ЦНС – у 43%, открытое овальное окно – у 28%, хирургическая патология – у 29%.

Проведена оценка физического развития детей, рожденных с экстремально низкой массой тела, с учетом постконцептуального и скорректированного возраста. Большинство детей (75%) имели показатели физического развития в год ниже среднего, у 25% показатели остались очень низкими.

Анализ проведения профилактических прививок показал, что всего 57% детей получили вакцину от туберкулеза в родильном доме, 43% - от гепатита В, профилактика респираторно синцитиального вируса проведена 43% недоношенных.

Выводы. У большинства недоношенных детей имеет место отягощенный анамнез жизни, отмечена положительная тенденция в снижении показателей патологий в течение первого года жизни, 75% детей к первому году жизни имеют показатели физического развития ниже среднего, выявлена низкая активность профилактики инфекционных заболеваний.

ОСОБЕННОСТИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Погорелова Д.М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Закирова Гузель Закировна
ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава
Российской Федерации, Казань, Россия

Введение. Офтальмотравматизм до настоящего времени остается одной из важнейших проблем офтальмологии, приводящих к инвалидизации детского населения. Актуальность исследования подтверждается увеличением количества детей, получающих ожоговые травмы в бытовой среде, например, в школе, в детских садах, дома или на улице. По данным литературы, частота ожогов органа зрения остается достаточно высокой и составляет 6,1 – 38,4% среди всех повреждений.

Цель. Изучение особенностей ожоговой травмы глаз у детей разных возрастов.

Материалы и методы: Объектом исследования явились 642 медицинские карты пациентов (434 мальчиков и 208 девочек) с ожоговым повреждением органа зрения, обратившихся за неотложной помощью в ГАУЗ ДРКБ МЗ РФ. Количество городского населения составило 54%, сельского – 46%. Все пациенты были подвергнуты общепринятым клиническим и офтальмологическим методам обследования до и после проведения лечения.

Результаты. Количество пациентов составило 642 человека. Распределение обратившихся за помощью по годам: 2017 год - мальчиков 80 (66,7%), девочек 40 (33,3%). 2018 год - мальчиков 60 (55,6%), девочек 48 (44,4%). 2019 год - мальчиков 77 (58,3%), девочек 55 (41,7%). 2020 год - мальчиков 82 (68,3%), девочек 38 (31,7%). 2021 год - мальчиков 90 (62,5%), девочек 54 (37,5%). 2022 год - мальчиков 10 (55,6%), девочек 8 (44,4%). (Распределение больных по полу: 208 (32,4%) девочек, 434 (67,6%) мальчиков. Место получения ожоговой травмы глаза: улица – 42 (6,5%), детский сад - 81 (12,6%), школа – 295 (46%), дом – 224 (34,9%). Возраст пациентов, обратившихся за помощью: 0-12 месяцев – 40 (6,2%), 1-3 года – 177 (27,5%), 4-5 лет – 52 (8%), 6-7 лет – 115 (18%), 8-10 лет – 179 (28%), 11-13 лет – 49 (7,6%), 14-16 лет – 30 (4,7%). По степени тяжести полученных травм: с травмой I степени 480 (74,7%) пациентов, II степени – 162 (25,3%). Анатомическая локализация ожогов: у всех пациентов (642 (100%)) отмечаются ожоги конъюнктивы; у большинства (404 (62,9%)) – повреждения затронули не только конъюнктиву, но и роговицу; 90 (14%) больных обратились за помощью с травмами только конъюнктивы; ожоги кожи век были обнаружены у 88 (13,7%) человек; ресничный край был затронут у 28 (4,4%) детей; ожоги конъюнктивы, роговицы и кожи век были отмечены у 32 (5%) пациентов. У 583 (90,8%) детей наблюдалось двустороннее поражение органа зрения, что составило 1166 глаз, только у 59 (9,2%) – одностороннее. Факторы, вызвавшие поражения глаз разделены на физические и химические. У большинства (584 (90,8%)) пациентов выявлен химический ожог, лишь у 58 (9,2%) – физический. Химические факторы, вызвавшие ожог, могут быть подразделены на щелочные (315 (49%) пациентов), кислотные (20 (3%) пациентов) и другие химические соединения (307 (48%) пациентов).

К физическим ожогам относятся лучевые (6 (10%) пациента обратились за помощью с данным видом ожога) и термические (52 (90%) больных) ожоги.

Выводы.

1. В возрасте 1-3 и 8-10 лет чаще других возрастных групп получают ожоговые травмы глаз.
2. I место по получению травм занимает школа для любой возрастной группы.
3. Предрасполагающими факторами к появлению химического ожога органа зрения являются легко доступные щелочные или кислотные средства. Термические ожоги чаще всего возникают из-за недосмотра родителей за малышами или неосторожными играми между детьми.
4. Почти у всех пациентов было выявлено двустороннее поражение глаз.
5. Во всех возрастных группах мальчики больше подвержены получению травм.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СНА У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Лазарев В.С., Луньков Е.И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Самороднова Елена Анатольевна
ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава
Российской Федерации, г. Казань, Россия

Введение. Сон является неотъемлемой частью хорошего качества жизни, поддержания нормального психоэмоционального статуса и соматического благополучия детей и подростков. Однако действие триггерных факторов, способствующих нарушению гигиены сна, может привести к развитию хронических заболеваний, снижению работоспособности и также способствовать развитию вредных привычек.

Цель. Оценить качество сна и его параметры у детей, а также изучить влияние факторов, воздействующих на эффективность и продолжительность сна.

Материалы и методы. Проведено анонимное анкетирование 285 человек в возрасте от 11 до 21 лет, анкета составлена на основании Питтсбургского опросника по определению индекса качества сна (Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)).

Результаты. в опросе приняли участие 245 школьников, 24 студента ВУЗов и 16 студентов колледжей. 88% от общего числа опрошенных были подростки (12-18 лет, возрастная медиана – 15 лет), большинство из которых девушки – 69%. Не имели отклонений в состоянии здоровья 62% респондентов, а остальные отмечали частые простудные заболевания – 26%, расстройства сердечно-сосудистой системы и нервной системы по 22% и 19% соответственно, патологию пищеварительной системы.

По результатам исследования только 10% опрошенных постоянно соблюдают режим сна и бодрствования, у 90% выявлено отличие по продолжительности сна в выходные и будни. Разница составила от 1-2 часов у трети до 5-6 часов у 15% подростков. Общая продолжительность ночного сна у

84% составила 6-7 часов, у 9% - менее 6 часов, что для детей и подростков является неудовлетворительным показателем. Возможно, в связи с этим 81% опрошенных отмечают необходимость в дневном сне.

При самооценке продолжительности сна 80% опрошенных считают, что спят недостаточно, и это отражается на их самочувствии (головные боли, быстрая утомляемость, общее недомогание) и настроении. Качеством сна довольны лишь 42,5% респондентов, тогда как 57,5% оценили его как «скорее плохое» и «очень плохое», при этом по шкалам эффективности сна 91% имели нормальные или допустимые значения и лишь 9% сниженную эффективность сна. При оценке дневной дисфункции 62,5% респондентов отмечали значительные трудности сохранения достаточного настроения на нормальное дневное функционирование (бодрствование в транспорте, после еды, в процессе социальной деятельности и на занятиях).

Серьезные трудности с пробуждением – сложно встать с постели, установка нескольких будильников или длительное время, для окончательного пробуждения отмечается у половины респондентов.

По данным анкетирования наиболее значимыми факторами, негативно влияющими на процесс засыпания, оказались: выполнение домашнего задания, подготовка к контрольным работам и экзаменам; умственное перенапряжение, чувство жара или холода, а также использование гаджетов перед сном.

Сознательно регулярно жертвуют сном ради лучшей подготовки к учебным занятиям 38,2% опрошенных, а 16,8% вместо сна проводят ночное время с друзьями.

Выводы. Таким образом, выявлены негативные тенденции в соблюдении гигиены сна у школьников и студентов: недостаточная продолжительность, неудовлетворенность качеством сна, а вследствие этого высокая частота дневной дисфункции, что, несомненно, в дальнейшем отразится на показателях здоровья и качестве жизни, что требует усиления просветительской работы педиатров и педагогов.

ЯТРОФОБИЯ У ДЕТЕЙ

Литвинова Д.А., Кункевич Д.Д.

Научный руководитель: старший преподаватель,

Романенко Ольга Вячеславовна

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

Минск, Республика Беларусь

Введение. Боязнь врачей, боязнь больниц, страх перед сдачей анализов крови и перед всем, что связано с медицинской помощью — одни из главных проблем в современном мире. Пациенты испытывают панический страх врачей, когда думает, что ему нужно посетить специалиста. Даже профилактический медосмотр превращается в пытку.

Детский фобический страх чаще вызван некорректным поведением родителей. Как правило, дети копируют испуг родителей, их тревогу и повышенную эмоциональность в больницах. В некоторых случаях родители

запугивают ребенка, наказывают за истерики и плач перед кабинетом врача, угрожают, что также позже превращается в фобию врачей.

Цель. оценить распространенность боязни врачей у детей и подростков.

Материалы и методы. В работе использовались социологический и статистический методы. Для проведения анкетирования была разработана анкета, состоящая из 5 вопросов на тему страхов детей. Материалом для исследования послужили данные, полученные в ходе анкетирования 100 детей и подростков возраста 5-16 лет.

Результаты исследования обработаны в программе «Microsoft Excel 2019».

Результаты. На вопрос "боитесь ли вы врачей?" большинство респондентов (40%) выбрали вариант ответа "смотря каких", меньшинство (15%) проголосовали за вариант "да, это всегда страх и стресс". Некоторая часть детей (16%), принявших участие в опросе, ответили: «да, но понимаю, что это необходимо». Остальная часть (29%) не боится врачей.

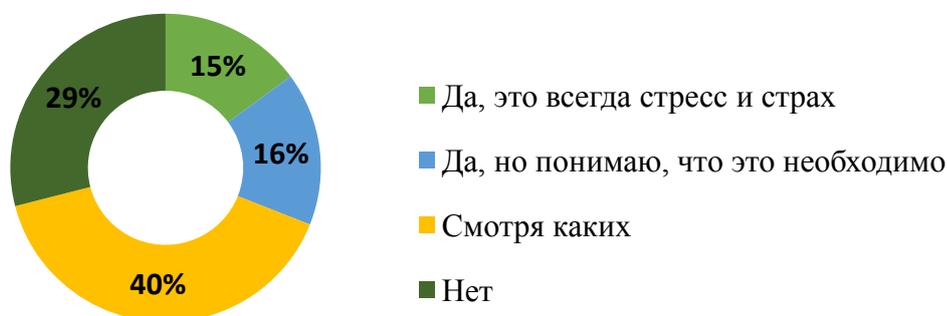


Рис. 1. Результаты ответов респондентов на вопрос «Боитесь ли Вы врачей?»

В наше время вопрос врачебного страха у детей остается актуальным. Дети среднего возраста понимают, что посещение врача является необходимостью.

На вопрос "страшно ли вам ходить в поликлинику?" большинство опрошенных (44%) отвечают отрицательно, практически такое количество голосов (41%) выбирают вариант "только с родителями", что говорит о том, что родители являются смягчением в такой ситуации. Страх к посещению поликлинику присутствует у 15% опрошенных.



Рис.3. Результаты ответов респондентов на вопрос «Страшно ли Вам ходить в поликлинику?»

Большая половина респондентов боится похода в поликлинику, но для части из них родители являются смягчающим фактором.

56% респондетов ответили положительно на вопрос «пугали ли вас родители медициной?». Неприятный опыт у врача имеется у большинства опрошенных - 68%.

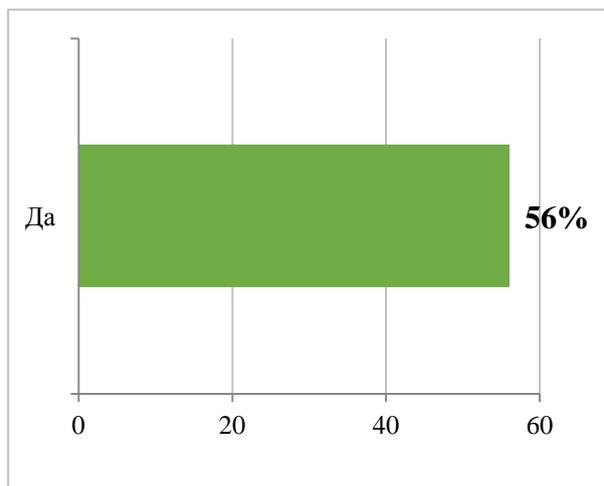


Рис.4. Частота положительных ответов на вопрос «Пугали/пугают ли Вас родители медициной?»

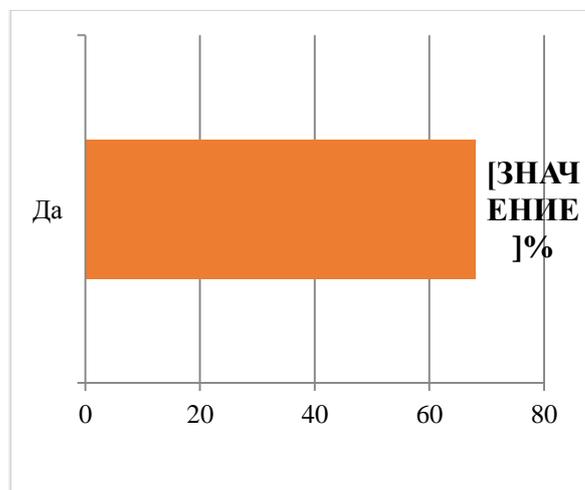


Рис.5. Частота положительных ответов на вопрос «Был ли у Вас неприятный опыт врачами/уколами/больницей на приеме у врача?»

Родители вносят огромный вклад в отношении ребенка к медицинским работникам и лечебным процедурам. Но, несмотря на все попытки со стороны системы здравоохранения сделать поход к врачу комфортным для ребёнка, все равно встречаются единичные случаи, приносящие дискомфорт и оставляющие неприятные воспоминания.

Выводы. Большинство опрошенных детей и подростков страдают фобией врачей. Исходя из результатов анкетирования, видно, что одна часть респондентов имеют этот страх, появившийся в результате воспитания родителями, другая часть приобрела его в связи с неприятным опытом в течение жизни.

Кроме этого, тревога может быть вызвана индивидуальными особенностями ребенка (темперамент, характер, свойства психики) или у ребенка повышенный болевой порог, из-за которого всего один плановый осмотр в больнице может обернуться психотравмой. Один из главных факторов страха — это физическая боль, получаемая при проведении определенных процедур или находясь на приеме у специалистов определенных профилей.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ТОМСКЕ И ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Мищенко А.А.

Научные руководители: к.м.н., доцент, Деева Евгения Викторовна,
д.м.н., доцент, Камалтынова Елена Михайловна
ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава
России, Томск, Россия

Введение. На протяжении последних двух лет врачи борются с глобальной мировой проблемой - пандемией новой коронавирусной инфекции (COVID-19), затронувшей миллионы людей. Её появление ставит перед специалистами всех областей медицины задачи, направленные на выявление патологических состояний, являющихся, по всей видимости, прямым следствием перенесенной инфекции. Стоит отметить, что у детей и подростков инфекция COVID-19 протекает относительно легче, чем у взрослых, госпитализация необходима в меньшем количестве случаев. Ученые все чаще стали обращать внимание на длительно сохраняющиеся симптомы: одышка, утомляемость, слабость. Это нашло отражение в появлении нового термина – «постковидный синдром».

Цель. Изучить особенности клинической характеристики новой коронавирусной инфекции у детей Томска и Томской области.

Материалы и методы. В исследование включено более 6000 детей от 0 до 18 лет, перенесших новую коронавирусную инфекцию, подтвержденную методом ПЦР, проживающих на территории Томска и Томской области. Для оценки состояния участников в динамике было установлено три контрольные точки (через 1, 3 и 12 месяцев после перенесенного COVID-19). Наблюдение за детьми включало: сбор эпидемиологического анамнеза, объективный осмотр, специализированное обследование детей (в том числе электрокардиография) и консультации врачей на базе КДП ОГАУЗ «Областная детская больница». Статистическая обработка проведена с использованием программ пакета: Microsoft Office Excel-2019, Stat Soft STATISTICA 13 (множественный регрессионный анализ, критерий хи-квадрат), при $p < 0,05$ различия считались значимыми.

Результаты. Были проанализированы данные 493 детей, полностью соответствовавших критериям включения. В их число вошло 238 мальчиков (48%) и 255 девочек (52%), среди детей младшего возраста преобладали мальчики (110/99), среди подростков – девочки (156/128). Все дети были разделены на 4 возрастные группы: от 0 до 3 лет-108 (22%) детей; от 4 до 7 лет-101 пациент (21%); от 8 до 11 лет-101 (20%); от 12 до 18 лет-183 (37%). Средний возраст составил 9 лет (IQR: 5-13). На основании данных электронных вопросников был проведен анализ распространенности и интенсивности таких симптомов, как усталость, утомляемость, одышка. В остром периоде жалобы на слабость предъявляли: 294 детей (60%), на утомляемость – 239 пациентов (48%), на одышку – 29 детей (6%). Через 1 месяц после инфекции отмечалась выраженная положительная динамика в группах от 0 до 4 лет и от 4 до 7 лет ($p < 0,001$). В группах от 8 до 11 лет и от 12 до 18 лет статистически значимых изменений не

выявились. Через 12 месяцев после инфекции сохранялись жалобы на слабость – 4%; на утомляемость – 6%; одышка – 1%, что косвенно указывает на возможное развитие постковидного синдрома у детей и подростков. При анализе взаимосвязи симптомов (усталость, утомляемость) через 3 месяца после выздоровления и частоты сердечных сокращений была выявлена прямая корреляция ($p=0,0018$). В то же время при оценке взаимосвязи выраженности тахикардии и времени начала утомляемости также выявлена положительная корреляционная связь ($p=0,0001$). У пациентов с высокой интенсивностью слабости через 3 месяца после выздоровления достоверно чаще отмечалась тахикардия ($p=0,0061$). Выраженность тахикардии прямо коррелировала с временем начала усталости ($p=0,0102$). По данным электрокардиографии у детей выявлена аритмия: от 4 до 7 лет–5% (5); от 8 до 11–6% (6); от 12 до 18–6% (12).

Выводы. Полученные результаты подтверждают предположение ученых разных стран о взаимосвязи характера течения новой коронавирусной инфекции и выявления тахикардии у детей, перенесших новую коронавирусную инфекцию в периоде реконвалесценции. Тахикардия у детей, в свою очередь, коррелирует с интенсивностью усталости и утомляемости и зависит от времени появления симптомов в остром периоде.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ В ТОМСКЕ И ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Медведева Л.М.

Научные руководители: к.м.н., доцент, Деева Евгения Викторовна,
д.м.н., доцент, Камалтынова Елена Михайловна

ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава
России, Томск, Россия

Введение. На сегодняшний день научно подтверждено, что новую коронавирусную инфекцию COVID-19, вызванной возбудителем SARS-CoV-2, дети переносят легче, чаще бессимптомно и без необходимости госпитализации. Однако по данным существующих публикаций после острого периода заболевания у большей части пациентов симптомы продолжают сохраняться более 12 недель, а иногда до 6-7 месяцев, это нашло выражение в термине «постковидный синдром». Согласно J.F. Ludvigsson, самыми распространенными продолжающимися симптомами являются усталость, головные боли, мышечная слабость, головокружение и боль в горле, но по данным других исследований пациенты также жалуются на тахикардию, одышку, агевзию и желудочно-кишечные расстройства.

Цель. Изучить распространенность и особенности клинического течения постковидного синдрома у детей.

Материалы и методы. В данном исследовании, спланированном в дизайне открытого нерандомизированного проспективного со сплошной выборкой и продолжающемся с октября 2020 года по настоящее время, приняли участие дети Томска и Томской области от 0 до 18 лет, перенесшие новую коронавирусную инфекцию, подтвержденную методом ПЦР. Для оценки состояния участников в

динамике было установлено три контрольные точки (через 1, 3 и 12 месяцев после перенесенного COVID-19). Наблюдение за детьми включало: сбор эпидемиологического анамнеза, объективный осмотр, специализированное обследование детей и консультации врачей на базе КДП ОГАУЗ «Областная детская больница». Информация о течении заболевания получена посредством заполнения родителями электронного вопросника на платформе Google Forms в соответствии с контрольными точками. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ StatSoft Statistica 10.0.1011. Значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты. Были проанализированы данные 528 детей, соответствовавших критериям включения. В их число вошло 260 мальчиков (49,2%) и 268 девочек (50,8%), среди детей младшего возраста преобладали мальчики (106/198), среди подростков – девочки (176/330). Все дети были разделены на 4 возрастные группы: 0-3 года (16%), 4-7 лет (21%), 8-11 лет (23%), 12-18 лет (40%), средний возраст составил 9 лет (IQR 5-13). На основании полученных данных провели анализ распространенности и интенсивности респираторных симптомов (насморк, кашель, одышка), когнитивных (слабость, утомляемость), гастроинтестинальных (потеря аппетита, диарея), болевого синдрома (артралгии, миалгии, головные боли), anosмии, агевзии. Клинические проявления в остром периоде инфекции отмечали 87,7% исследуемых. Более 4 недель симптомы сохранялись у 51,5% пациентов – несмотря на выраженную положительную динамику по большинству симптомов, дети продолжали жаловаться на кашель (14,2%), насморк (26,7%), утомляемость (30,4%), слабость (27%), головные боли (18,4%), потерю аппетита (15%) и миалгии (10,5%), реже – на anosмию (9%) и агевзию (4,7%). Одышка (5,7%) и артралгии (12,5%) в сравнении с острым периодом оставались на прежнем уровне. Через 3 месяца после заболевания детей достоверно реже беспокоил только кашель ($p=0,018$), по другим симптомам значимого улучшения не наблюдалось. Одышка, anosмия, агевзия, когнитивные симптомы, болевой синдром достоверно чаще встречались в 12-18 лет, насморк – в 0-3 года, кашель – у мальчиков ($p=0,043$), агевзия – у девочек ($p=0,024$). Средняя продолжительность утомляемости в данной популяции детей составила 58 дней, слабости – 31, однако эти и другие симптомы продолжали встречаться и среди пациентов, заполнивших вопросник через 12 месяцев (утомляемость – у 5,3%, слабость – у 4,2%, головные боли – у 5%, боли в суставах – у 3,6%, агевзия и anosмия – у менее 1%).

Выводы. Полученные результаты подтверждают, что, хотя COVID-19 у детей протекает относительно легко, в постковидном периоде они могут столкнуться с длительно сохраняющимися симптомами. Это является важной медико-социальной проблемой современной педиатрии, так как такие дети требуют динамического наблюдения и персонифицированного подхода к реабилитации.

ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ ПО ВОПРОСАМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ У ДЕТЕЙ

Жинкина Д.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Шишова Анастасия Владимировна,
ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава
России, Иваново, Россия

Введение. В детском возрасте происходит бурный рост и интенсивные обменные процессы, что определяет высокую потребность организма ребенка в витаминах и минералах. Для профилактики и лечения витаминodefицитных состояний рекомендуется применение поливитаминных препаратов. Часто родители приобретают их самостоятельно.

Цель. Изучить осведомленность родителей по вопросам использования витаминно-минеральных комплексов у детей.

Материалы и методы. Для проведения исследования была разработана анкета, содержащая 41 вопрос. В качестве ответа можно было выбрать один или несколько вариантов или написать собственный ответ. В анкетировании приняли участие 80 родителей.

Результаты. Согласно данным опроса, большинство родителей (56%) знают о том, что такое витамины, но считают свои знания недостаточными. Остальные родители утверждают, что осведомлены о витаминах очень хорошо. Так же большинство опрошенных (94%) считает, что они знают основную роль витаминов. Чаще всего родители отмечали, что витамины выполняют защитную функцию, оберегая организм от болезней и помогая ему в борьбе с ними. Более 80% опрошенных указали, что витамины являются важным строительным материалом для растущего организма, тем самым указывая на необходимость применения витаминов детьми. Чуть больше половины родителей (51%) отметили, что предпочитают покупать витамины, а не поливитамины, а 5% респондентов не видят разницы между ними. Большинство опрошенных (64%) считали, что наибольшая потребность в витаминах возникает зимой, а наименьшая – летом. Чуть больше половины опрошенных регулярно принимали витамины курсами, остальные делали это эпизодически. При этом руководствовались назначением врача лишь половина респондентов, остальные покупали витаминные препараты по совету друзей, родственников, СМИ. Согласно данным опроса чаще всего люди приобретали витамины группы D, B, C, препараты йода, а также комбинированные витаминно-минеральные комплексы. При этом у каждого третьего опрошенного возникали трудности в приобретении витаминов: слишком большой выбор; сомнение в качестве приобретаемого препарата. Около 40% респондентов на приобретение витаминов тратили от 1000 до 10000 рублей в год, 10% опрошенных - более 10000 рублей в год, около половины родителей - менее 1000 рублей в год. Большинство людей замечали положительный эффект от приема витаминов, при этом для большей части опрошенных эффект был не выраженным. Почти 90% людей принимали витамины без назначения врача, основной причиной они называли нежелание тратить время на ожидание в очереди к врачу, а также рекомендации своих

знакомых. При этом у 85% проявлялись побочные эффекты: аллергические реакции, запоры, расстройства ЖКТ. Почти все респонденты (95%) дают витамины детям. При этом большинству детей витамины выписывал врач. Среди причин их назначения респонденты называют укрепление иммунитета (33%) и нервной системы (15%), профилактику нарушений зрения и рахита (21%), стимуляцию роста костей (13%) и даже кишечные расстройства (18%). Три четверти родителей замечали у детей положительный эффект от применения витаминов, в большинстве случаев он был невыраженный.

Вывод. Таким образом, было установлено, что осведомленность родителей об использовании витаминно-минеральных комплексов у детей недостаточная, что требует усиления санитарно-просветительной работы в этом направлении со стороны, прежде всего, медицинских работников первичного звена здравоохранения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Асирян Е.В., Рябинова А.О.

Научный руководитель: д.м.н., доцент, Асирян Елена Геннадьевна
УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Витебск, Республика Беларусь

Введение. В 2019 г. выявлен новый штамм коронавируса, получил название SARS-CoV-2. В клинической картине наблюдается целый ряд заболеваний, от легких форм до тяжелого острого респираторного синдрома. Инфекционный процесс у детей может оборваться на любой стадии, при наличии сопутствующей хронической патологии наблюдается более длительное течение заболевания. Учитывая стремительное распространение пандемии коронавирусной инфекции, как взрослое население, так и дети испытывают повышенный страх, волнение и беспокойство. Тревожность отражает уменьшение порога чувствительности к стрессорным агентам. Для диагностики нарушений психики у детей используют различные методы для своевременного выявления изменений и последующей коррекции.

Цель. Проанализировать взаимосвязь клинической картины коронавирусной инфекции с уровнем тревожности у детей.

Материалы и методы. Обследовано 57 пациентов (группа А), находившихся на стационарном лечении в период 2020-2021 гг., а также 20 здоровых детей контрольной группы (группа В) в возрасте от 10 до 16 лет. В качестве диагностического выбран тест «Субъективная минута». Пациент занимает удобное положение, запускается таймер, закрывает глаза, мысленно наблюдает за течением времени. Когда внутренняя минута пройдет, таймер останавливают, проверяют результат. Более 70 секунд говорит о вероятности погрешности в связи с желанием получить «хороший результат», либо сильной усталости; 65-70 секунд – норма, тревожность отсутствует; 55-64 секунды – легкая тревожность; 45-54 секунды – умеренная тревожность; менее 45 секунд – выраженная тревожность; менее 35 секунд – серьезные проблемы.

Результаты. В группе А было 33 (57,9%) девочки, 24 (42,1%) мальчика, средний возраст детей составил 12,0 [10,0; 15,0] лет. В контрольную группу вошли 12 (60%) девочек и 8 (40%) мальчиков, средний возраст составил 11,0 [10; 16,0] лет. Клиническая картина коронавирусной инфекции у детей различна. Симптомы острой респираторной инфекции имели 34 (59,7%) ребенка. Диагноз пневмонии установлен у 8 (14,0%) детей, у 6 (10,5%) человек – бронхит. 4 (7,0%) пациента ($p < 0,05$) имели катаральные явления, а также рентгенологически подтвержденную пневмонию. Другие симптомы (высыпания, кишечный синдром, отит, гнойный полисинусит) установлены у 5 (8,8%) пациентов. 27 (47,4%) детей имели сопутствующую патологию. Врожденная патология сердечно-сосудистой системы (открытое овальное окно, дефект межжелудочковой перегородки и др.) установлена у 16 (28,1%) пациентов. Другие сопутствующие заболевания (патология желудочно-кишечного тракта и др.) выявлены у 11 (19,3%) детей обследуемой группы. Лёгкое течение коронавирусной инфекции у детей наблюдалось у 23 (40,4%) пациентов, средней степени тяжести – у 34 (59,6%) ребенка.

При проведении теста в первый-второй день госпитализации у пациентов с коронавирусной инфекцией установлен высокий уровень тревожности, составил 40 [32; 47] секунды. Всех пациентов группы А разделили на 2 подгруппы в зависимости от наличия сопутствующей патологии. В группе А1 (30 пациентов), не имевших других заболеваний, показатель теста составил 33 [30; 43]. В группе А2 (27 пациентов) показатель составил 42 [36; 49]. Полученные данные свидетельствуют о том, что дети, имеющие сопутствующую хроническую патологию имели лучшие показатели, более низкий уровень тревожности ($p < 0,05$). Это можно объяснить более частым обращением в медицинские учреждения, предыдущими госпитализациями, в результате которых пациенты имели представления об условиях пребывания, обстановке, что и способствовало меньшему уровню тревожности. Анализируя уровень тревожности в группе детей с коронавирусной инфекцией, в зависимости от степени тяжести заболевания достоверные отличия не выявлены. Проведение теста в контрольной группе свидетельствовало об отсутствии либо о легкой тревожности. Показатель равен 64 [60; 68] секунд.

Выводы. У пациентов с коронавирусной инфекцией уровень тревожности достоверно выше, чем у детей контрольной группы ($p < 0,05$), показатель статистически значимо выше у пациентов при наличии сопутствующей патологии ($p < 0,05$).

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ

Тихоновский П.А., Похващева П.Ю., Абдиева К.Е.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Ларина Любовь Евгеньевна
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Геморрагические заболевания (ГЗ) подразумевают более длительное и выраженное кровотечение/кровозлияние для конкретной травмы

или их спонтанное возникновение. Для своевременной диагностики ГЗ врачу необходимо понимать распространенность геморрагических проявлений (ГП) и уметь выделять группы риска для консультации гематологом.

Цель. Выявление наиболее уязвимых групп детей по ГП, требующих углубленного гематологического обследования.

Материалы и методы. Анкетирование самих детей (14-17 лет), их родственников (мамы, братья и др.). Анкета направлена на исследование различных ГП с их балльной оценкой по частоте, длительности и интенсивности. Исследовались следующие ГП: кожный геморрагический синдром (КГС), носовые кровотечения (НК), десневые кровотечения (ДК), кровотечения после выпадения и удаления зубов, менструации. Среди КГС оценивались: количество одномоментно обнаруживаемых «синяков» (меньше 3 - 0 баллов; 3-6 - 2 балла; больше 6 - 3 балла), связь «синяков» с травмой (всегда связаны - 0 баллов; не всегда - 1 балл; часто без причины - 2 балла), сроки исчезновения «синяков» (3-4 дня - 0 баллов; 7-10 дней - 1 балл; 10-14 дней - 2 балла). НК: оценивался факт наличия НК (2 балла), связь НК с травмой (всегда - 0 баллов; могут возникать без травмы - 2 балла), минимальная длительность НК (более 5 минут - 1 балл), максимальная длительность (более 10 минут - 1 балл). ДК: факт наличия ДК (2 балла), минимальная длительность ДК (более 2 минут - 2 балла), максимальная длительность ДК (более 5 минут - 2 балла). Кровотечения после выпадения и удаления зубов: оценивался факт возникновения кровотечения и срок его появления (более 30 минут, отсроченные оценивались в 4 балла). Длительность менструаций: учитывались менструации, начавшиеся больше года назад, оценивалась длительность менструации (7-10 дней - 2 балла; более 10 дней - 4 балла), число прокладок (4-5 прокладок в сутки - 2 балла, более 5 прокладок в сутки - 4 балла). В углубленном гематологическом обследовании нуждались дети, набравшие 4 балла и более. Статистическая обработка проводилась в программе STATISTICA 10.

Результаты. Всего было получено 186 анкет, из них корректные ответы в 174 анкетах. Девочек-102 (59%), мальчиков-72 (41%). Медиана возраста-15 лет [14;17]. Распространенность КГС: свыше 6 «синяков» обнаруживалось у 2 детей (1,2%), все они были связаны с травмой, однако имели длительный срок регресса (свыше 10 дней). От 3 до 6 «синяков» обнаруживалось у 25 детей (14,3%), 16 из которых не были связаны с травмой, причем у 12 из них «синяки» исчезали за 7-10 дней и у 1 свыше 10 дней. Менее 3 «синяков» обнаруживали у себя 147 детей (84,5%), из них 46 не отмечали прямой связи с травмой; у 4 из них «синяки» исчезали свыше 10 дней. Оценку 4 балла и выше получили 7 человек (4%).

Распространенность НК: 53 ребенка имеют НК (30%). Оценку 4 балла и выше получили 26 человек (15%). Таким образом, около половины детей с НК нуждаются в гемостазиологическом обследовании.

Распространенность ДК: 47 человек имеют ДК (27%). Оценку 4 балла и выше получили 4 человека (2,2%).

Кровотечения после выпадения зуба: у 2 человек отмечалось отсроченное кровотечение (1,1%).

Кровотечения после удаления зуба: у 1 человека отмечалось отсроченное кровотечение и у 1 кровотечение свыше 30 минут (после удаления третьего моляра).

Оценка менструаций: у 84 девочек менструации начались больше года назад (48%). Из них у 14 длительностью 7-10 дней (8%), у 2 свыше 10 дней (1,1%). Из них обильные кровотечения у 12 девочек: 4-5 прокладок в сутки потребовалось 9, а свыше 5 прокладок 3 девочкам. Оценку 4 балла и выше получили 13 девочек (7,4%).

В общей выборке 136 человек имели те или иные ГП (78%), однако, суммируя количество детей, получивших оценку 4 и более баллов, в углубленном гематологическом обследовании нуждается 54 человека (31%).

Выводы. В углубленном гематологическом обследовании нуждается около 1/3 от общего числа респондентов, причем особое внимание необходимо обращать на НК и ДК, как наиболее значимые.

МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА И ФАКТОРЫ ЕЁ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

Емельянова А.В., Никитина А.И.

Научные руководители: д.м.н., профессор;

Корсунский Анатолий Александрович,

д.м.н., профессор Смирнова Галина Ивановна

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Кишечная микробиота играет ключевую роль в регуляции гомеостаза организма человека. Понимание процессов формирования кишечной микробиоты позволит разработать методы профилактики и коррекции микробиологических нарушений у детей.

Цель. Установить закономерности формирования микробиоты кишечника у детей на всех этапах развития и факторы, влияющие на этот процесс.

Материалы и методы. Проведен анализ данных 23 систематических обзоров и 11 метаанализов, посвященных формированию микробиоты кишечника у детей и факторов, влияющих на этот процесс.

Результаты. С использованием молекулярно-генетических методов исследования микробиоты доказано, что плод не стерилен и получает микробиоту матери в течение беременности. Нарушения формирования микробиоты в утробе матери могут влиять на развитие плода и продолжительность беременности. При естественных родах здоровая микробиота влагалища матери является основой формирования микробиоты кишечника и кожи новорожденного. Дети, рожденные вагинальным путем в срок, получающие исключительно грудное вскармливание, приобретают оптимальный состав кишечной микробиоты, характеризующийся высоким популяционным уровнем бифидобактерий и низким содержанием *Clostridium difficile* и *E. coli*. На формирование микробиоты кишечника детей, рожденных

путем кесарева сечения и недоношенных, большое влияние оказывают больничные микроорганизмы. Внутриутробный и неонатальный периоды развития являются критическими этапами формирования микробиоты кишечника ребенка, от которых зависит состояние его здоровья в течение всей жизни. У детей на искусственном вскармливании в кишечном микробиоценозе преобладают энтерококки и клостридии, снижено количество бифидобактерий. С введением прикорма в составе кишечной микробиоты преобладают лактобациллы, увеличивается число строгих анаэробов. К 3 годам жизни ребенка его микробиота подобна составу взрослого человека с преобладанием бактерий родов *Firmicutes*, *Bacteroidetes*, *Proteobacteria* и *Actinobacteria*. На протяжении жизни ребенка микробиота меняется с постепенным увеличением доли *Bacteroides* и *Clostridium*. Изменения микробиоты кишечника у подростков могут происходить в результате воздействия различных факторов: стрессы, неблагоприятная экология, неправильное питание.

Диета оказывает значительное влияние на состав микробиоты кишечника детей, являясь важным модифицирующим фактором. Западная диета, характеризующаяся повышенным потреблением насыщенных жиров, сахара и красного мяса, приводит к преобладанию *Firmicutes* с уменьшением количества *Bacteroides* и нарушением их соотношения. Вегетарианская и средиземноморская диеты с высоким потреблением овощей и фруктов, полезных жиров и цельнозерновых продуктов и низким потреблением красного мяса приводят к здоровому и разнообразному составу микробиоты с увеличением *Bacteroides* и уменьшением *Firmicutes*, что считается нейропротективным фактором, связанным с улучшением когнитивных функций и снижением риска болезни Альцгеймера. Высокая приверженность средиземноморской диете у детей и подростков определяется здоровым метаболическим профилем, хорошей успеваемостью и качеством жизни, связанным со здоровьем. Регулярное потребление клетчатки положительно коррелирует с продукцией бутирата бактериями, который является источником энергии для колоноцитов и фактором защиты кишечного барьера. Разработана шкала KIDMED (коэффициент качества средиземноморской диеты для детей и подростков), которая позволяет определить степень соблюдения средиземноморской диеты среди детей.

Выводы. Нормальное течение беременности и родов, раннее прикладывание ребенка к груди и грудное вскармливание способствуют формированию оптимального состава микробиоты кишечника, предотвращают задержку развития ребенка и обеспечивают его здоровье в течение всей жизни. В старшем возрасте особое влияние на формирование микробиоты кишечника детей оказывает диета. Шкала KIDMED может быть использована для разработки и отслеживания программ здорового питания среди детей и подростков.

РОЛЬ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА В НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С SARS-CoV-2

Байрамова А.Т., Давлекамова Г.Р., Портнова Е.А.

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет,
Минздрава России Самара, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Кольцова Надежда Серафимовна

Введение. Проблема оптимального медицинского обеспечения беременных, рожениц и новорожденных с COVID-19 (новой коронавирусной инфекцией) продолжает оставаться одной из самых актуальных в акушерстве и гинекологии. Имеющиеся научные данные указывают на неблагоприятные последствия в зависимости от срока беременности, в котором произошло инфицирование. В первом триместре возможны: прерывание, неразвивающаяся беременность, врожденные аномалии (результат повреждающего действия вируса, воздействия препаратов, используемых для лечения COVID-19); во втором триместре страдает фетоплацентарный комплекс (следствие вирусного повреждения плаценты); третий триместр опасен преждевременным разрывом плодных оболочек (ПРПО), преждевременными родами, острой гипоксией плода (исход микроциркуляторных изменений в плаценте). В связи с физиологическими изменениями в иммунной и сердечно-легочной системе, у беременных женщин повышена вероятность тяжелого течения респираторных вирусных инфекций. Доказано, что SARS-CoV-2 вызывают тяжелые осложнения при беременности, в том числе необходимость в эндотрахеальной интубации и госпитализации в отделение реанимации.

Цель. Изучение влияния состояния фетоплацентарного комплекса матерей с SARS-CoV-2 на раннюю неонатальную адаптацию их новорожденных.

Материалы и методы. В ходе нашей работы были ретроспективно изучены 60 историй матерей, родоразрешенных в инфекционном госпитале ГБУЗ «СОКБ им. В. Д. Середавина» с диагнозом «Новая коронавирусная инфекция»; истории развития их новорожденных; результаты патологоанатомического исследования плацент.

Результаты. Возраст беременных женщин с COVID-19 составил от 17 до 46 лет. По сроку гестации дети распределились следующим образом: доношенные дети - 33 ребенка (55%), недоношенные младенцы 1-2 степени – 12 (20%), недоношенные младенцы 3-4 степени – 15 (25%). Родоразрешение путем экстренной операции кесарево сечение потребовалось в 38 случаях (63%), плановое экстренное сечение - в 8 случаях, роды через естественные родовые пути - в 15 случаях. В раннем неонатальном периоде погибли 6 глубоконедоношенных новорожденных сроком гестации 25-28 нед. При анализе результатов гистологического исследования плацент обнаружены изменения: околоплодные оболочки зеленые/серозные/коричневые мутные; инфекционно-воспалительные изменения в более, чем в половине случаев (диффузный или очаговый париетальный и базальный децидуит, очаговый васкулит сосудов пуповины, мелкоочаговый флебит/артериит пуповины), у всех в разной степени выраженности отмечены признаки фетоплацентарной недостаточности (диссоциированное созревание котиледонов, компенсаторные реакции снижены,

зоны псевдоинфарктов, кальцинаты). Хроническая плацентарная недостаточность (ХПН) 1 степени – 10 случаев (16,6%), ХПН 2 степени – 49 случаев (81,6%), ХПН 3 степени – 1 случай (1,6%). Мы разделили детей на 2 группы: в 1-ую группу вошли 15 доношенных детей, в плацентах которых были гистологически обнаружены выраженные признаки воспаления в сочетании с дистрофическими изменениями и 2-ая группа – 15 доношенных детей без выраженных воспалительных изменений фетоплацентарного комплекса. При анализе течения раннего неонатального периода были выявлены более неблагоприятное течение: СЗВУР отмечен у 90% детей 1-ой группы и у 50% - 2-ой группы; проявления церебральной ишемии у 100% детей 1-ой группы и 45% - 2-ой группы; потребовали перевода на 2 этап выхаживания 75% детей 1-ой группы и 30% - 2-ой группы. У 2-х новорожденных 1-ой группы был положительный ПЦР тест на коронавирус.

Вывод. Состояние фетоплацентарного комплекса влияет на процессы ранней неонатальной адаптации. Наличие инфекционно-воспалительных процессов в плаценте в сочетании с дистрофическими процессами прогностически неблагоприятно для состояния здоровья новорожденного. Необходимо разработать мероприятия по профилактике нарушений фетоплацентарного комплекса у беременных с SARS-CoV – 2, а также за их новорожденными, даже без врожденных нарушений неонатальной адаптации.

ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ДЕТЕЙ ВИТАМИНОМ D В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ Г. КАЗАНИ

Набиева Р.Р., Морозова Е.И.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент, Тамбова Наталья Анатольевна
ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава
России, Казань, Россия

Введение. Дефицит и недостаток витамина D в настоящее время рассматривается как мировая проблема. Обеспеченность организма витамином D критически важна для человека, поскольку у детей в период активного роста костей дефицит витамина D приводит к рахиту, а у взрослых - к потере прочности костей. Он предохраняет от некоторых видов рака, болезней сердца и сосудов, обеспечивает крепкий иммунитет, положительно влияет на эндокринную систему.

Цель. Оценить обеспеченность детей витамином D и осведомленность родителей о достаточности кальциферола.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе детского стационара 18 городской больницы г. Казани, детской городской поликлиники №6, медицинской клиники «Эрда» методом анонимного анкетирования с согласия врачей и родителей. Использовались 3 анкеты: 1) для врачей (опрошено 32 врача). Из них 75% педиатры, по 2% онкологи, стоматологи, дерматологи, 19% терапевты; 2) для родителей, дети которых младше 3 лет (28 человек); 3) для родителей, чьи дети старше трёх лет до 6 лет (41 человек).

Результаты. 83,3% врачей назначают своим пациентам витамин D (в 58% случаев растворы на водной основе), а 70% - обследование на обеспеченность витамином D. 100% врачей считают эффективными препараты витамина D. Наиболее часто врачи назначают витамин D детям раннего возраста (75%); всем, для профилактики ОРИ (58,3%); детям с частыми простудными заболеваниями (50%), детям с хроническими заболеваниями ЛОР органов и /или органов дыхания и детям с отклонениями в физическом и нервно-психическом развитии (41%). 91,7% врачей руководствуются при назначении витамина D клиническими рекомендациями, результатами клинических испытаний и 41% собственным опытом. 75% врачей считают рациональным в современных условиях применение витамина D и чаще рекомендуют его в форме капель. 66,7% врачей не отмечают в своей практике побочные эффекты после применения витамина D. 75% опрошенных сами применяют витамин D-Аквадетрим.

Во второй группе анкетирования 83,3% родителей не знали уровень витамина D своего ребёнка, а также было ли снижение обеспеченности витамином D. 100% родителей зарегистрировали снижение обеспеченности витамином D в 2 года (в лёгкой форме). 54,5% детей до 3 лет принимают витамин D в водной форме раствора. 41,7 % детей принимают витамин D 1 месяц, в течение 2 и 6 месяцев принимают в 16,7% случаев. 83,3% нуждаются в информации об обеспеченности витамином D и его применении. 91,7% опрошиваемых не отмечают побочных эффектов от приёма витамина D, а в 8,3% отмечают (в 78% случаев аллергические реакции). 25% родителей детей до 3 лет сами принимают Аквадетрим, 16% не применяют витамин D. 66,7% родителей получают информацию о применении витаминов от медработников и из СМИ.

Во третьей группе анкетирования 88,2% родителей не знали уровень витамина D своего ребёнка, 88,9% не знали было ли снижение обеспеченности витамином D. 53,8% детей старше 3 лет принимают витамин D в масляной форме раствора. 52,9% детей принимают витамин D 1 месяц, 17,6% - 6 месяцев, 11,8% - не принимают. У детей в 94,1% случаев не было побочных реакций от приёма витамина D. 11,8% детей состоят на диспансерном учёте (иммунная тромбоцитопения, положительная реакция Манту). 47% родителей сами применяют Аквадетрим, 29,4%- не применяют витамин D. 58% родителей получают информацию о витаминах от медработников, 47,1%-из СМИ.

Выводы. Врачи лишь в 70% назначают обследование на обеспеченность витамином D, в связи с чем получена низкая осведомленность родителей об уровне этого витамина их детей до 3 и старше 3 лет (не знают 83,3% и 88,2% родителей соответственно). Повышение информированности родителей о важности поддержания уровня витамина D является одной из главных задач медицинского персонала, требует создания специальных памяток, освещения на приемах. Только специалист может учесть показания, возможные ограничения к приему препарата, выяснит индивидуальные особенности организма пациента.

ТЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Савельева Е.И., Галстян Г.В.

Научные руководители: д.м.н, профессор, Корсунский Анатолий Александрович, к.м.н, доцент, Гадецкая Светлана Геннадьевна
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва, Россия.

Введение. Внебольничная пневмония (ВП) – острое инфекционное заболевание различной этиологии, характеризующееся очаговым поражением легких с внутриальвеолярной экссудацией и развившееся до госпитализации или в первые 48 часов после госпитализации. В Российской Федерации частота ВП составляет 7-17 случаев на 1000 детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет.

Цель. Определить особенности течения ВП до пандемии и во время пандемии COVID-19 среди детей от рождения до 18 лет.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 95 детей (n=95), находившихся на лечении в ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского, до пандемии (октябрь-ноябрь 2019 г.; n=45) и во время пандемии (апрель-май 2020 г. и октябрь-ноябрь 2020 г.; n=50). Сравнивали следующие показатели: частота ВП среди детей разных возрастных групп (0-5 лет, 6-12 лет, 13-17 лет), клинические симптомы (катаральные явления, лихорадка, жесткое дыхание, ослабленное дыхание, кашель), лабораторные показатели (лейкоцитоз, лейкопения, тромбоцитоз, тромбоцитопения, ускорение СОЭ, повышение уровня С-реактивного белка (СРБ)), этиология, инструментальные исследования (пульсоксиметрия) и рентгеновское обследование.

Результаты. При анализе данных нами установлено, что с началом пандемии чаще стали болеть дети в возрасте 6-12 лет (40% против 33% до пандемии), но реже в возрасте 13-17 лет (28% против 38% до пандемии). Типичными клиническими симптомами были: лихорадка (во время пандемии 54% против 91% до пандемии), кашель (90% против 93% до пандемии), но реже катаральные явления (49% против 85% до пандемии), локальные симптомы: ослабленное дыхание - во время пандемии чаще встречалось (62% против 29%), жесткое дыхание (84% против 39%). При анализе лабораторных данных реже встречались лейкоцитоз (14% против 28% до пандемии), повышение СОЭ (6% против 13% до пандемии) и СРБ (44% против 63% до пандемии). При пульсоксиметрии выявлялось уменьшение сатурации во время пандемии в 48% против 14%, рентгенологическая картина также отличалась: до пандемии преобладала долевая пневмония (56%), во время пандемии – полисегментарная (48%). До пандемии самыми частыми возбудителями ВП у детей были атипичные микроорганизмы (*Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*; 32% против 10% во время пандемии), вирус SARS-COV-2 был выявлен в 8% во время пандемии.

Выводы. Внебольничной пневмонией до пандемии чаще болели подростки в возрасте 13-17 лет, с началом пандемии чаще стали болеть дети более младшего возраста (6-12 лет). С началом пандемии значительно изменилось течение пневмонии: типичными клиническими симптомами были лихорадка, кашель,

одышка; локальные симптомы были более выражены у детей во время пандемии: ослабленное дыхание, жесткое дыхание. Лейкоцитоз и ускоренное СОЭ преобладали у больных до пандемии. Снижение сатурации кислорода стало более частым явлением при ВП во время пандемии. У детей до пандемии преобладала долевая пневмония, а у больных во время пандемии – полисегментарная.

ЗАДЕРЖКА РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

Мухамадиева А.И., Зиганипина И.Р.

Научные руководители: д.м.н., профессор кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Пикуза Ольга Ивановна; к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и факультетской педиатрии Самороднова Елена Анатольевна
ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань, Россия

Введение. Задержка речевого развития у детей (ЗРР), как одна из самых частых форм отклонений нервно-психической сферы ребенка, является актуальнейшей проблемой педиатров, педагогов, психологов, неврологов. Она нередко сочетается с нарушением психического развития, крайне негативно отражается на эмоциональном, интеллектуальном и социальном формировании личности. ЗРР – это полиэтиологическое состояние, причинами которого могут быть как наследственно-генетические и/или врожденные факторы, так социально-психологические. Поэтому проблемы ранней диагностики и коррекционного вмешательства при ЗРР особенно актуальна для педиатра, в большинстве случаев первично выявляющего таких пациентов.

Цель. Изучить особенности клинико-anamnestических данных детей с ЗРР для выявления наиболее значимых факторов риска и клинических предикторов данного состояния.

Методы исследования. Были рассмотрены литературные источники для определения эпидемиологических особенностей ЗРР. На втором этапе работы проанализированы медицинские карты 28 детей 3-5 летнего возраста, посещающих коррекционный детский сад в г.Казани.

Результаты. Согласно литературным источникам причины ЗРР делятся на органические: поражение головного мозга вследствие перинатальной патологии (патологическое течение беременности, острые и хронические заболевания матери), натальной (затяжные или стремительные роды, преждевременное отхождение вод, обвитие пуповиной, внутричерепная родовая травма и асфиксия), постнатальной (частые инфекции, в т.ч. с поражением нервной системы, менингоэнцефалиты), а также незрелость ребенка, тугоухость, наследственные особенности. К функциональным относится круг социально-психологических проблем, связанных с условиями воспитания, психологического контакта с матерью, достаточного общения со взрослыми, особенности речевой среды в семье.

Согласно данным нашего исследования в гендерном плане преобладали мальчики 18 против 10 девочек. У 100% обследуемых было выявлено патологическое течение перинатального периода, все дети не имели отклонений со стороны органов зрения и слуха, интеллектуальное развитие по заключению невролога было в пределах возрастной нормы, однако нередко отмечалась дизартрия у 17 детей.

По данным углубленного психологического и логопедического обследования до 71% детей с ЗРР имеют отклонения в развитии моторики, а состояние высших психических функций у них среднего и низкого уровня: быстрая интеллектуальная истощаемость, снижение объема и концентрации внимания, памяти, а также замедленное становление пространственно-временных представлений. При исследовании речи у детей имелись трудности в понимании речи, у всех отмечались низкая активность в общении, наблюдались искажения звуков и слогов.

В настоящий момент все дети проходят соответствующую программу комплексной психолого-медико-педагогической помощи, у них отмечается положительный эффект.

Выводы. Задержка речевого развития – частая и серьезная патология у детей, требующая ранней диагностики и комплексного коррекционного вмешательства. Поэтому задача педиатра при работе с родителями ребенка с ЗРР придерживаться активной, а не успокаивающе-выжидательной тактики в обследовании и лечении.

ЛЕЧЕНИЕ ЛИХОРАДКИ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Колушкин Д.С., Пупыкина В.В., Родионов И.А.

Научные руководители: д.м.н. профессор, Захарова Ирина Николаевна; к.м.н., доцент, Бережная Ирина Владимировна; к.м.н., доцент Сугян Нарине Григорьевна; к.м.н., доцент Творогова Татьяна Михайловна
ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Россия
ГБУЗ "ДГКБ ИМ. З.А. БАШЛЯЕВОЙ ДЗМ"

Введение. ВОЗ рекомендует использование ацетаминофена (парацетамол) и ибупрофена в терапии лихорадки у детей и не рекомендует их использовать последовательно во избежание передозировки. Однако за последние годы появились препараты, содержащие оба лекарственных компонента, что позволяет безопасно купировать лихорадку и снизить суточную дозу лекарственных средств.

Цель. Получить дополнительные данные об эффективности и безопасности жаропонижающего комбинированного препарата в сравнении с монопрепаратами у детей с лихорадочным синдромом при острых инфекционно-воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей.

Материалы и методы. На клинической базе кафедры педиатрии имени академика Г.Н. Сперанского ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

проведено одноцентровое неинтервенционное (наблюдательное) сравнительное исследование у детей от 3 до 12 лет с острыми респираторными инфекциями, сопровождающимися лихорадкой. Дети были разделены на 3 группы: основная группа (83 ребенка) получала комбинированный жаропонижающий препарат в форме диспергируемых таблеток (100 мг ибупрофена и 125 мг парацетамола); контрольная группа 1 (42 ребенка) – парацетамол в виде суспензии; контрольная группа 2 (43 ребенка) – ибупрофен в виде суспензии. В динамике оценивались клиническая эффективность и безопасность жаропонижающей терапии, а также удовлетворенность родителей пациентов.

Результаты. Полученные результаты показали одинаковую эффективность и безопасность всех трех лекарственных средств, но при использовании комбинированных диспергируемых таблеток суточная доза лекарственных препаратов оказалась ниже, в большей степени по парацетамолу и несколько в меньшей степени – по ибупрофену. В группе комбинированных диспергируемых таблеток через 1 ч после приема доля пациентов с температурой $< 37,2$ °С была статистически значимо выше, чем в группах препаратов парацетамола и ибупрофена. Ибупрофен только через 2 ч сравнивался с исследуемым препаратом по эффективности, в то время как парацетамол – уже через 3 ч.

Выводы. Проведенное исследование показало, что комбинированный препарат в форме диспергируемых таблеток (100 мг ибупрофена и 125 мг парацетамола) по параметрам эффективности показал статистически значимый результат, является безопасным и хорошо переносится пациентами.

Конфликт интересов: Исследование выполнено при финансовой поддержке компании «Др. Реддис Лабораторис». Это никак не повлияло на мнение авторов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАМЕТРОВ СОСТАВА ТЕЛА У ШКОЛЬНИКОВ МЛАДШЕГО ЗВЕНА

Захарчук П.И.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Юлия Геннадьевна Самойлова
ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава
России, Томск, Россия

Введение. Висцеральное ожирение является причиной развития метаболических нарушений и коморбидных состояний, которые регистрируются при избыточной массе тела, однако индекс массы тела (ИМТ), широко используемый в педиатрической практике для диагностики ожирения, не отражает висцерального компонента жировой массы.

Цель. Изучить особенности композиционного состава детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы. Обследовано 430 детей в возрасте от 8 до 12 лет, включающее в себя антропометрию (рост, вес, ИМТ, SDS ИМТ) и анализ состава тела аппаратом Inbody 770 (Inbody Co.Ltd, Корея). Статистическая обработка результатов проведена при помощи SPSS Statistics 25.0.

Результаты. В результате исследования выявлено, что возраст девочек составил 9,8 [8,9;10,5] лет, вес 33,3 [28,9;39,9] кг, рост 138,0 [133,0;144,9] см, SDS

ИМТ 0,4 [-0,5;1,4]. По данным биомпедансметрии средний показатель жировой массы тела регистрировался на уровне 7,9 [5,4;11,9] кг, процент жировой массы тела 24,8 [18,9;31,4] %, площадь висцерального жира 32,9 [23,6;55,3] см². Девочки с ожирением (n=25) в 100 % случаев имели висцеральное ожирение. В группе избыточной массы тела (n=44) висцеральное ожирение встречалось в 59,1 %. У 8,1 % девочек с нормальной массой тела (n= 123) отмечена повышенная жировая масса и в 7,3 % случаев – висцеральное ожирение.

Возраст мальчиков составил 9,7 [8,8;10,7] лет, вес 36,5 [30,5;43,8] кг, рост 139,5 [134,1;145,4] см, SDS ИМТ 1,0 [0,0;1,9]. По результатам биоимпедансного анализа жировая масса тела составила 8,9 [5,8;14,5] кг, процент жировой массы тела 25,3 [18,8;33,3] %, площадь висцерального жира 35,1 [22,5;64,8] см². Мальчики с ожирением (n=54) в 100 % случаев имели висцеральное ожирение. В группе избыточной массы тела (n=69) висцеральное ожирение встречалось в 56,5 %. Мальчики с нормальной массой тела (n=108) в 17,6% имели повышенную жировую массу и в 2,8 % случаев – висцеральное ожирение. Дети, независимо от пола с дефицитом массы тела не имели превышений по данным показателям.

Выводы. Выявленные в процессе обследования признаки висцерального ожирения в группах детей как с избытком массы тела, так и без такового, позволяют более точно отразить метаболический статус детей для своевременного вмешательства. Использование неинвазивного нелучевого метода биоимпедансметрии позволяет на ранних этапах выявлять признаки развития ожирения у детей, независимо от индекса массы тела.

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ КЕФАЛОГЕМАТОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Комина А.В.

Научный руководитель: ассистент, Суц Екатерина Леонидовна
УО «Белорусский государственный медицинский университет» Минск,
Республика Беларусь

Введение. В настоящее время, несмотря на совершенствование медицинских технологий родоразрешения, причины возникновения родового травматизма, в частности кефалогематом новорожденных, остаются до конца не изученными и требуют дальнейших исследований, направленных на поиск факторов риска и причин развития, а также методов профилактики данной патологии. Кефалогематома – одна из форм родового травматизма, которая может возникнуть не только при затрудненных, но и при физиологических родах, и при отсутствии своевременной диагностики может привести к пагубным последствиям.

Цель. Улучшить перинатальные исходы родов, учитывая наличие перинатальных и интранатальных факторов, способствующих формированию кефалогематом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе родильного дома УЗ «1-я городская клиническая больница» г. Минска. Был проведен ретроспективный анализ 42 историй родов у пациенток с доношенными

беременностями и соответствующих им историй новорожденных с кефалогематомами. Отбор пациенток проводился путем простой выборки.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток составил $28,5 \pm 9,5$ лет. Причем, в 54,80% случаев роды были повторными. У 71,4% пациенток диагностирована сопутствующая экстрагенитальная патология. Наиболее часто встречались заболевания сердечно-сосудистой системы – 36,7%, заболевания органов дыхания – 30%, а также заболевания почек и мочевыделительной системы – 26,7%. Течение беременности осложнилось у 59,5% беременных. Среди осложнений можно выделить: преэклампсию и гестационную артериальную гипертензию (44% случаев), хроническую фетоплацентарную недостаточность (40% случаев), инфекционные заболевания (24% случаев). Осложнения родов наблюдались у 27 рожениц. Роды осложнились: аномалией родовой деятельности – в 37 %, преждевременным разрывом околоплодных оболочек – в 29,6 %, а также угрожающим разрывом промежности – в 77,8% случаев.

Выводы. Основными перинатальными факторами риска развития кефалогематом новорожденных являются: наличие у пациенток экстрагенитальной патологии, среди которой первое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы; наличие преэклампсии и гестационной гипертензии, фетоплацентарной недостаточности; роды, осложнившиеся аномалиями родовой деятельности и преждевременным разрывом плодных оболочек, что согласуется с данными мировой научной литературы.

КОНЦЕПЦИЯ «АТОПИЧЕСКОГО МАРША» У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Кутаева В.В.

Научный руководитель: к.м.н., Воронина Евгения Николаевна,
ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава
России, Самара, Россия

Введение. Аллергические заболевания- наиболее частое проявление неинфекционных болезней у детей по всему миру. Последовательный переход одних аллергических заболеваний в другие носит название атопический марш. Общепринятым первым клиническим признаком атопического марша долгое время считался атопический дерматит (АтД), манифестирующий в аллергический ринит (АР), ведущий к бронхиальной астме (БА). Но следует отметить, что оценка распространенности случаев, развивающихся по классическому пути атопического марша, может быть завышена, и заболевание может развиваться нехарактерно.

Цель. В связи с этим клинически важно изучить течение развития атопического марша, установить факторы риска и возможность профилактики бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы. В процессе изучения вопроса развития атопического марша было проведено одномоментное ретроспективное исследование на основе анализа историй болезни 55 пациентов с бронхиальной астмой атопической

этиологии в возрасте от 3 до 18 лет, наблюдаемых в пульмонологическом отделении СОКБ им. В.Д. Середавина.

Результаты. Средний возраст мальчиков с БА составил 10,5 лет, девочек - 9 лет. Средний возраст дебюта БА - 8 лет. 24 ребенка поступили с впервые выявленной БА. Среднее значение IgE при этом равно 723 МЕ/мл. Это свидетельствует о наличии его гиперпродукции. Высокая концентрация общего IgE в сыворотке крови указывает на избыточную активацию гуморального иммунитета посредством усиленного Th2-ответа, что лежит в основе патогенеза АтД.

Аллергический ринит отмечался у 53 человек, что составило 96% от общего количества исследуемых.

Атопический дерматит в анамнезе имеют 23 ребенка (41,8%). При этом только АтД, без сопутствующего АР наблюдается у 6 детей. Показатель IgE при этом составил 813 МЕ/мл. Среднее время дебюта АтД- до 1 года. Этот факт подтверждает возможность изолированного течения проявлений атопии, и это подтверждает трудность прогнозирования развития новых или разрешения существующих симптомов атопических патологий.

1 ребенок без проявлений АтД и АР в анамнезе. Значение Ig E 158 МЕ/мл.

У 22 детей наблюдаются совместное проявление АтД и АР, что составляет 40% больных БА. Средний показатель IgE при этом 748,5 МЕ/мл.

Детей с классическим течением атопического марша выявлено 13 человек, что составило всего лишь 23%.

У 36 детей в анамнезе наличие пищевой или бытовой аллергии (65,5%). При этом пищевую аллергию имеют 15 детей, что составляет 27%. Наиболее часто пищевая аллергия проявляется на рыбу, молоко, арахис и яйцо. Бытовая аллергия наблюдалась у 21 ребенка (38%). Многократно установлено, что именно сенсibilизация к пищевым аллергенам в раннем детском возрасте, сопровождающаяся высоким уровнем IgE, закладывает основу для последующей множественной сенсibilизации к аэроаллергенам с формированием более серьезных заболеваний, в том числе БА.

На основании полученных данных так же можно заметить, что у детей с атопией отмечается склонность к частым вирусным инфекциям. У 25 детей (45%) с раннего детства были зарегистрированы частые инфекционные заболевания, в том числе ОРВИ и пневмонии. А как известно, перенесенные в раннем возрасте тяжелые респираторные инфекции увеличивают риск развития БА у детей старшего возраста.

35 детей имеют наследственную предрасположенность к заболеваниям дыхательных путей, в том числе и БА (64%).

Выводы. Таким образом, понятие классического течения атопического марша в порядке АтД-АР-БА теряет свою актуальность. В связи с этим, лечащему врачу для предупреждения развития БА необходимо обращать внимание на факторы риска развития атопии у ребенка. Таковыми, согласно анализу полученных данных, являются: наследственная предрасположенность, повышенный уровень общего IgE в крови, наличие пищевой или бытовой аллергии в анамнезе, частые инфекционные заболевания в раннем возрасте, а также наличие АР.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАЯВЛЕНИЙ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ДЕТСКИХ МОЛОЧНЫХ СМЕСЕЙ О ПИТАНИИ И ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА

Долгих Е.Ю., Порубаева Э.Э.

Научный руководитель: PhD, Мунблит Даниил Борисович
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Всемирная организация здравоохранения рекомендует исключительное грудное вскармливание младенцев в течение первых 6 месяцев жизни. Кодекс ВОЗ маркетинга не рекомендует активные рекламные стратегии детских молочных смесей, однако, несмотря на международные кодексы и национальные рекомендации, заявления о питании и здоровье ребенка являются ключевой частью маркетинга молочных смесей. Заявления все больше появляются на официальных сайтах и продуктах. В связи с чем экспоненциально увеличивается потребление детских молочных смесей в мире.

Цель. Сделать обзор существующих заявлений о питании и здоровье ребенка для молочных смесей в разных странах, и оценить качество доказательной базы, используемой для обоснования заявлений.

Материалы и методы. В данном кросс-секционном исследовании были рассмотрены официальные веб-сайты всех детских молочных смесей, продаваемых в 11 странах (Австралия, Канада, Германия, Индия, Италия, Япония, Норвегия, Пакистан, Россия, Испания и Великобритания) в период с апреля по июнь 2020 года. Были определены типы и подсчитано количество заявлений, сделанных для всех молочных смесей и всех ингредиентов. Были собраны ссылки, представленные компаниями-производителями молочных смесей, как доказательная база для заявлений, и изучены все представленные клинические исследования. Была проведена оценка риска предвзятости для данных зарегистрированных клинических исследований в двух странах с наибольшим числом заявлений с помощью инструмента оценки риска предвзятости (RoV 2.0) Кокрейна.

Результаты. Общее число молочных смесей составило 541. В среднем на смеси находилось 2,2 заявления на продукт (максимально в России – 3,6). Самыми распространёнными заявлениями были: «способствует развитию мозга и/или зрения и/или нервной системы», «поддерживает рост и развитие», «укрепляет/поддерживает здоровую иммунную систему». Всего было найдено 38 ингредиентов. В среднем на 1 ингредиент приходилось 2 заявления, в свою очередь, на 1 заявление – 5 ингредиентов. При этом часто заявления делались без ассоциации с каким-либо ингредиентом. Среди ингредиентов чаще всего встречались омега 3- и 6-полиненасыщенные жирные кислоты, пре-/про-/синбиотики и витамины. 239 научных ссылок были приведены для 44 различных утверждений, сделанных на 104 продуктах. Только 43,5% (104/239) составили клинические исследования. Остальные ссылки включали обзоры (21,2%, 39/184), прочие рецензируемые источники (13,6%, 25/184), статьи/рефераты/плакаты и веб-сайты (11,4%, 20/184), отчеты/регламенты/руководства (6,0%, 11/184) и систематические обзоры (2,2%, 4/184). Нами был оценен риск предвзятости в клинических исследованиях, которые были использованы производителями в

качестве доказательной базы своих заявлений в Великобритании и России, и было обнаружено, что 25/26 (96,2%) имели высокий риск предвзятости.

Выводы. Большинство детских молочных смесей в исследованных странах содержат по крайней мере одно заявление о пользе для здоровья и питания ребенка. Очень часто в заявлениях говорилось, что различные ингредиенты детской молочной смеси обеспечивают схожий эффект для здоровья, при этом зачастую несколько заявлений делались в отношении одного и того же ингредиента. Часто заявления были связаны с неспецифическим ингредиентом. Даже когда связь с ингредиентом была установлена, доказательства часто были недостаточными и были представлены исследования с высоким риском предвзятости, а многие заявления были сделаны без соответствующих ссылок на научную литературу.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Чернявская А.С.

Научный руководитель: д.м.н, профессор, Симонова Ольга Игоревна
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет), Москва, Россия

Введение. Муковисцидоз (МВ) — орфанное заболевание, которое обусловлено мутациями в гене регулятора трансмембранной проводимости и поражает все экзокринные железы организма с выраженным вовлечением бронхолегочной системы. По определению Всемирной организации здравоохранения, постковидный синдром возникает у лиц с подозрением на новую коронавирусную инфекцию или подтвержденным заражением в анамнезе, обычно через 3 месяца после первых симптомов COVID-19, длится не менее 2 месяцев и не может быть объяснено альтернативным диагнозом. В условиях пандемии COVID-19 появляются все новые данные и исследования COVID-19 у пациентов с МВ. Тем не менее, долгосрочные последствия COVID-19 и, в частности, постковидный синдром, все еще плохо изучены у детей с МВ.

Цель. Изучить особенности течения постковидного синдрома у детей с муковисцидозом.

Материалы и методы. В исследование включены 14 пациентов с МВ (возраст 5-17 лет, медиана 13 лет), получающих регулярное (каждые 3-6 месяцев) обследование и базисную терапию в пульмонологическом отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России. Комплексная базисная терапия состоит из постоянного приема муколитика дорназа-альфа, курсов антибактериальной ингаляционной и внутривенной терапии (согласно результатам микробиологического посева мокроты), кинезитерапии. Критерием включения в исследование являлась ПЦР-подтвержденная инфекция COVID-19 в анамнезе. Пациенты с отягощенным эпидемиологическим анамнезом по COVID-19 и/или положительным титром антител IgG к COVID-19, имевшие в острой фазе заболевания отрицательный результат ПЦР-теста на SARS-CoV-2, были исключены. Все пациенты были оценены с помощью стандартизированного опросника ISARIC COVID-19 Health and Wellbeing Follow-Up Survey для детей

через 1 год после острой фазы COVID-19. Было получено согласие на участие в исследовании законных представителей и детей, достигших возраста 14 лет. Опросник ISARIC был заполнен законными представителями от имени своих детей или детьми самостоятельно при условии достижения ими возраста 14 лет. Проведен сравнительный анализ частоты обострений, данных КТ органов грудной клетки и показателей спирометрии до и через 1 год после инфицирования COVID-19.

Результаты. Все пациенты перенесли COVID-19 в легкой форме, не потребовавшей госпитализации в стационар. У 8 (57,1%) пациентов отмечалось увеличение частоты бронхолегочных обострений в год (в среднем с 1 до 3-4 раз) после перенесенной инфекции COVID-19. У 1 ребенка (7,1%) по данным спирометрии отмечено умеренное снижение показателя ОФВ1 с 29%Д до 22%Д, ФЖЕЛ с 44%Д до 32%Д. Достоверной отрицательной динамики по данным КТ органов грудной клетки у всех 14-ти детей с МВ отмечено не было. Наиболее часто регистрируемыми стойкими симптомами COVID-19 по результатам анкетирования являлись быстрая утомляемость (35,7%), снижение физической активности (28,5%), нарушения памяти (14,2%), проблемы с речью - оговорки, трудности в подборе правильного слова (14,2%). У 1 пациента 14-ти лет (7,1%) впервые после COVID-19 возникло чувство «перебоев сердечного ритма». 6 пациентов (42,8%) оценивали свое здоровье в целом хуже, чем до COVID-19 (по 100-балльной шкале, где 0 — худшее самочувствие, 100 — наилучшее самочувствие).

Выводы. Легкое течение острого периода COVID-19 у детей с муковисцидозом может быть обусловлено многолетней регулярной базисной терапией, направленной на профилактику воспаления и деструкции в легочной ткани. Однако, у части пациентов были выявлены проявления постковидного синдрома в виде увеличения частоты бронхолегочных обострений в год, снижения функции легких и появления астенических симптомов, а также ухудшения качества жизни, связанного со здоровьем. Дети с муковисцидозом, перенесшие COVID-19, нуждаются в дополнительных мерах реабилитации. В настоящее время работа по изучению постковидного синдрома у детей с данной патологией продолжается.

ФАКТОРЫ РИСКА НАРУШЕНИЙ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Прохоренкова М.О.^{1,2}, Устьян В.Ю.¹, Ярцева Н.Д.¹, Цветкова В.С.²

Научные руководители: к.м.н., доцент, Звонкова Наталья Георгиевна; д.м.н., профессор, Потапов Александр Сергеевич

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

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

Введение. Болезнь Крона (БК) - хроническое, рецидивирующее воспалительное заболевание желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) неизвестной этиологии, которое может поражать весь желудочно-кишечный тракт от ротовой

полости до анального отверстия. Наиболее часто у детей патологический процесс локализуется в терминальном отделе подвздошной кишки и верхних отделах ЖКТ, ведущими симптомами являются хроническая диарея и боль в животе. Длительное воспаление ЖКТ может вызвать такие осложнения, как свищи, абсцессы, стенозы, перфорацию и непроходимость кишечника, требующие хирургического вмешательства. Непрерывный, рецидивирующий характер заболевания может приводить к недостаточности питания, обусловленной неадекватным потреблением питательных веществ, мальабсорбцией, дисфункцией кишечника и повышенной потребностью организма в нутриентах. У более 25% пациентов с БК отмечается дефицит массы тела и задержка роста. Тяжелыми проявлениями нутритивной недостаточности являются анемия и гипопроотеинемия, которые могут оказать негативное влияние на течение заболевания, привести к ухудшению общего состояния и повлиять на эффективность лечения у детей с БК. Таким образом, одним из важных аспектов ведения данных пациентов, является изучение факторов риска, влияющих на нутритивный статус детей с БК, а также снижающих их качество жизни.

Цель. изучить факторы риска развития нутритивной недостаточности у детей с БК.

Материалы и методы. в ретроспективное исследование включено 76 детей с БК, проходивших обследование и лечение в гастроэнтерологическом отделении ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в период с 2018 по 2019 гг. Были проанализированы следующие параметры: возраст, пол, индекс массы тела (ИМТ), антропометрические индексы – рост/возраст Z-score (HAZ), ИМТ/возраст Z-score (BAZ), Pediatric Crohn's Disease Activity Index (PCDAI), простой эндоскопический индекс болезни Крона (SESCD), лабораторные показатели (гематокрит (HCT), гемоглобин (Hb), тромбоциты (PLT), альбумин, лейкоциты (WBC), фекальный кальпротектин), локализация поражения, наличие или отсутствие перианальных поражений, а также оперативных вмешательств на кишечнике у пациентов 2 групп - с недостаточностью питания (HAZ и BAZ<-2SD) и без недостаточности питания (HAZ и BAZ>-2SD).

Результаты. В группе наблюдения было 45 (59,2%) мальчиков и 31 (40,8%) девочка со средним возрастом $12 \pm 4,5$ лет. Среди них, 22,4% имели BAZ и HAZ <-2, 77,6% - BAZ и HAZ >-2. Проведен однофакторный анализ, который показал отсутствие значимого различия между возрастом, полом, локализацией процесса, наличием перианальных поражений, SESCД, WBC, Hb, HCT, фекальным кальпротектином ($p>0,05$), в то время как PCDAI, хирургические вмешательства, PLT и альбумин оказались статистически значимыми ($p<0,05$). В таблице мы представили выявленные факторы риска (таблица).

Таблица. Значимые факторы риска нарушений нутритивного статуса у детей с болезнью Крона.

Факторы риска		BAZ и HAZ <-2		BAZ и HAZ >-2		χ^2/t	P-value
		n (%)	Среднее значение	n (%)	Среднее значение		
ИМТ			14,8 ± 2,3		18,4 ± 3,2	1,69	0,000007
PCDAI	Ремиссия	5 (29,4%)		24 (40,7%)		9,1	0,01
	Умеренная активность	4 (23,5%)		27 (45,7%)			
	Высокая активность	8 (47,1%)		8 (13,6%)			
Хирургическое вмешательство на кишечнике в анамнезе	Есть	2 (11,7%)		0 (0%)		8,67	0,003
	Нет	15 (88,3%)		59 (100%)			
PLT (x10 ⁹ /л)	Высокий	3 (17,6%)	442,5 ±	8 (13,6%)	365 ± 105	1,73	0,02
	Референсные значения	14 (82,4%)	152,2	51 (86,4%)			
Альбумин (г/л)	Снижен	6 (35%)	35,8 ± 7,7	6 (10,2%)	39,5 ± 5,7	1,72	0,03
	Референсные значения	11 (65%)		53 (89,8%)			

Выводы. Дети с БК представляют группу риска по развитию недостаточности питания, требуют мониторинга и своевременной коррекции. Умеренная и высокая активность заболевания, наличие хирургического вмешательства в анамнезе, тромбоцитоз и гипоальбуминемия в анализах крови являются факторами риска нутритивной недостаточности и могут быть полезны при оценке нутритивного статуса у детей с БК.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ИНДЕКСА MPMI ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА И ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Прохоренкова М.О.^{1,2}, Винокурова А.В.², Курсова Т.С.¹, Романенко А.С.¹, Цветкова В.С.²

Научные руководители: к.м.н., доцент, Звонкова Наталья Георгиевна; д.м.н., профессор, Потапов Александр Сергеевич

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

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

Введение. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) характеризуются хроническим воспалением желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и в основном представлены болезнью Крона (БК) и язвенным колитом (ЯК). Заживление слизистой оболочки является терапевтической целью в лечении пациентов, поскольку оно связано со снижением риска рецидива заболевания, числа госпитализаций и хирургического вмешательства. «Золотым стандартом» в диагностике БК и ЯК являются илеоколоноскопия и гастродуоденоскопия,

обеспечивающие прямое и надежное изображение слизистой оболочки с возможностью получения образца ткани. Однако использование эндоскопических исследований в качестве главных, имеет ряд ограничений, а именно, инвазивность, стоимость, потенциальные риски и необходимость анестезии. В 2019 году Cozijnsen M.A. et al. разработали и валидизировали неинвазивный индекс воспаления слизистой оболочки у детей с БК – индекс MINI. MINI оценивает количество и характер стула, СОЭ, СРБ и фекальный кальпротектин (ФК) и достаточно точно коррелирует с показателями эндоскопической активности. Индекс был подтвержден с использованием данных трех независимых когорт пациентов. Применимость индекса MINI у детей с ЯК не изучалась.

Цель. Оценить эффективность и достоверность индекса MINI у пациентов с БК и ЯК.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование включено 132 пациента с ВЗК, проходивших обследование и лечение в гастроэнтерологическом отделении с гепатологической группой ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России в период с 2019 по 2020 гг. Для оценки достоверности индекса MINI, были посчитаны показатели эндоскопической и клинической активности, с последующим сравнением и выявлением корреляции у пациентов 2-ух групп – у детей с БК и ЯК. У детей с БК подсчитаны индексы активности SESCO и PCDAI, у группы детей с ЯК - PUCAI и UCEIS.

Результаты. В группе наблюдения пациентов с БК было 30 (60%) мальчиков и 22 (40%) девочки со средним возрастом $14,7 \pm 3,5$ лет, с ЯК - 40 (53%) мальчиков и 35 (47%) девочек со средним возрастом $14,2 \pm 4,2$. Для оценки корреляции между баллом индекса MINI и наличием заживления слизистой оболочки по данным SESCO и UCEIS для БК и ЯК соответственно. Проведен однофакторный анализ, результаты представлены в таблицах (таблица 1 и 2).

Таблица 1. Сравнительные данные заживления слизистой оболочки по результатам SESCO и MINI у детей с БК.

MINI	Заживление слизистой оболочки по данным SESCO		χ^2	P-value
	абс./n	%		
Заживление слизистой оболочки	18/27	66,7	22,351	0,000005* P ₁₋₂ =0,007
Легкое воспаление	1/8	12,5		
Умеренно-тяжелое воспаление	0/17	0,0		

* - различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

Таблица 2. Сравнительные данные изменений по результатам UCEIS и MINI у детей с ЯК.

MINI	Заживление слизистой оболочки по данным UCEIS		χ^2	P-value
	Заживление слизистой оболочки абс./n (%)	Воспаление абс./n (%)		
Заживление слизистой оболочки	12/28 (42,9%)	16/28 (57,1%)	23,980	0,000001*
Воспаление	0/47 (0,0%)	47/47 (100,0%)		

* - различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$)

При сравнении данных SESCД и MINI у детей с БК были получены статистически значимые различия. Аналогичные результаты получены при анализе данных UCEIS и MINI у детей с ЯК. Выявленные различия у детей с БК были обусловлены более высокой частотой заживления слизистой оболочки по сравнению с легким воспалением ($p = 0,007$). Для оценки точности применения индекса MINI для диагностики заживления слизистой оболочки при ЯК определены чувствительность - 75%, специфичность - 100%, положительная прогностическая значимость - 100%, отрицательная прогностическая значимость - 43%.

Выводы. Индекс MINI является новым инструментом для неинвазивной оценки состояния слизистой оболочки кишечника у детей с БК. Учитывая низкую отрицательную прогностическую значимость индекса для диагностики заживления слизистой оболочки у детей с ЯК использование его в качестве неинвазивного мониторинга является затруднительным и требует дальнейшего изучения.

КРАТКОСРОЧНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННОГО С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Спиридонова Е.И., Бобкова П.А., Романова О.Е., Ковыгина К.А.

Научный руководитель: PhD Мунблит Д.Б., PhD Глазырина А.А.,
д.м.н., проф. Жолобова Е.С.

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

Введение. Мультисистемный воспалительный синдром (МВС) у детей, ассоциированный с новой коронавирусной инфекцией, – редкое, но серьезное заболевание, нередко приводящее к переводу в отделение реанимации и интенсивной терапии. Изучение последствий МВС позволит определить тактику контроля пациентов с целью снижения заболеваемости и смертности от осложнений коронавирусной инфекции среди детей и подростков.

Цель. Оценить краткосрочные последствия МВС на здоровье детей.

Материалы и методы. Обсервационное когортное исследование детей и подростков, поступивших с подозрением на МВС в ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы» с мая по октябрь 2020г. Каждому госпитализированному пациенту было рекомендовано дважды пройти катamnестическое обследование: спустя 2 недели и 1,5 месяца после выписки.

Результаты. 37 детей (медианный возраст 6 лет (межквартильный разброс 3,3 – 9,4), 59.5% - мужского пола) были включены в исследование. Необходимость в поступлении в отделение реанимации и интенсивной терапии, кислородной поддержки, переливании крови, инвазивной вентиляции легких была выявлена у 49%, 27%, 22%, 8%, соответственно. Один ребенок имел летальный исход. Во время нахождения в стационаре у каждого пациента наблюдались изменения в общем анализе крови и маркерах воспаления. Биохимический анализ крови показал гипоальбуминемию, повышение уровня АЛТ и мочевины у 92%, 76%, 43%, соответственно. В коагулограмме были обнаружены следующие изменения: повышение фибриногена (76%), удлинение МНО (78%) и АЧТВ (46%). Спустя 2 недели после выписки СРБ, Д-димер, ЛДГ нормализовались у более 80% пациентов. Спустя 1,5 месяцев после выписки альбумин, мочевина и АЛТ пришли в норму у всех детей, каждый ребенок имел нормальные показатели коагулограммы, однако был выявлен тромбоцитоз (80%).

Результаты эхокардиографии во время заболевания МВС: дисфункция миокарда (16%), признаки перикардита (14%), расширение коронарных артерий (5%). 2 недели спустя у одного ребенка было впервые обнаружено расширение коронарных артерий, которое сохранялось спустя 1,5 месяца после выписки.

Выводы. Несмотря на то, что МВС – тяжелое заболевание, в редких случаях приводящее к летальному исходу, нормализация лабораторных и инструментальных показателей у большинства детей свидетельствует о быстром восстановлении. Однако, часть пациентов все же имеет краткосрочные последствия. Необходимо дальнейшее изучение МВС, поскольку данные о долгосрочных последствиях ограничены.

КОМПЛЕКСНОЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗ-АССОЦИИРОВАННЫМИ СОСТОЯНИЯМИ: НАРУШЕНИЯМИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Быстрова С.Г.^{1,2}

Научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии ФГАОУ «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), заведующая пульмонологическим отделением ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России; руководитель кабинета муковисцидоза Морозовской ДГКБ №1, Симонова Ольга Игоревна^{1,2}
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия
ФГАУ Национальный медицинский исследовательский Центр Здоровья Детей Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Тяжесть течения муковисцидоза (МВ) у детей определяется прежде всего поражением органов дыхания. Традиционно функциональный мониторинг респираторной функции проводится с помощью спирометрии (СПМ). Также используют измерение диффузионной способности легких по монооксиду углерода (DLCO). Утяжеляет течение МВ ассоциированные с ним состояния: неопределенная гликемия (НГ), нарушения толерантности к глюкозе (НТГ), муковисцидоз-зависимый сахарный диабет (МЗСД), а также цирроз печени (ЦП). Влияние этих сопутствующих состояний на функцию легких у детей с МВ остается недостаточно изученным.

Цель. Установить особенности функции легких у детей с муковисцидозом при нарушениях углеводного обмена и циррозе печени.

Материалы и методы. Обследовано 84 ребенка с МВ (5,2-17,9 лет, Me=13,5[10,8;16,3] лет) пульмонологического отделения НМИЦ (2019-2021). Пациентам в ходе одной госпитализации были исследованы функции внешнего дыхания (ФВД) методом СПМ, DLCO, фиброэластометрия, антропометрические измерения (рассчитан z-score индекса массы тела (z-ИМТ) с помощью программы WHO AnthroPlus), оральная глюкозотолерантная тест (ОГТТ). ЦП наблюдался у 12 больных МВ, предиабетические состояния (неопределенная гликемия (НГ) и нарушения толерантности к глюкозе (НТГ)) у 32 детей, у 15 пациентов был МЗСД, у 26 пациентов не было нарушений углеводного обмена (НУО) и изменений структуры печени. Среди детей с ЦП у 2 отсутствовало НУО; у 4 детей наблюдалось сочетание ЦП и МЗСД; у 6 пациентов выявлено сочетание ЦП и НУО. Рассчитаны коэффициент корреляции (r) и критерий значимости (p) в программе Statistica.

Результаты. Установлено, что показатели ФВД у наблюдаемых детей с МВ снижаются с уменьшением z-ИМТ: ОФВ₁(объем форсированного выдоха за 1 секунду), r=0,55; ОФВ₁/ФЖЕЛ (форсированной жизненной емкости легких), r=0,4 и возрастом ребенка (ОФВ₁, r=-0,28; ОФВ₁/ФЖЕЛ, r=-0,5)(p<0,001). Показатель физического развития пациента по z-ИМТ может быть снижен в любом возрасте (нами не выявлено достоверной корреляции z-ИМТ и возраста, p>0,05). Интегральный показатель нарушений функции легких – ОФВ₁ в % от должного (%Д) был снижен (<80% от должного) у половины больных: 40(48%). Пациенты с МВ, которые не имели ЦП, были разделены на 2 группы, в зависимости от наличия МЗСД: 1. с МЗСД (n=11); и 2. без МЗСД (n=61). Установлены различия в показателях ФВД. В 1 группе z-ИМТ (Me=-2,4[-3,3;-1,3]) и максимальная объемная скорость (МОС) при выдохе 75% ФЖЕЛ (Me=23[13;40]%Д) были ниже, чем во 2 группе (Me=-0,9[-1,6;-0,4]) и (Me=47,5[30;73]%Д), p=0,030 и p=0,024, соответственно. У этих же пациентов (МВ без ЦП) проанализированы показатели СПМ и DLCO в зависимости от различных видов НУО: группа А–дети с НГ, группа В–с НТГ, группа С–с МЗСД. Выявлена тенденция к снижению ОФВ₁: в группе А (n=10) - Me=77,5[69;105]%Д, в группе В (n=16) - Me=68,5[57,5;101,5]%Д, и в группе С (n=11) - Me=63[52;87] %Д. Аналогичная тенденция к снижению ОФВ₁ отмечена в зависимости от различного показателя z-ИМТ: группа А - Me=-0,15 [-0,8;0,1], группа В - Me=-0,5[-1,0;-0,3], группа С - Me=-1,5[-3,2;-1,3]. Результаты DLCO показали, что в группе В Me=112[99;120] %Д выше Me=89[85;127]%Д чем в группе С (p>0,05). Сравнивая пациентов в

зависимости от наличия ЦП и его отсутствия (при исключении фактора МЗСД), было отмечено, что ФВД, возрастные и антропометрические показатели не различались ($p > 0,05$). У всех детей показатель DLCO ($Me = 110[76;137]$ %Д) не коррелировал с анализируемыми параметрами и не различался в группах.

Выводы. Несмотря на такое тяжелое коморбидное состояние, как цирроз печени, у детей с МВ респираторная функция легких остается сохранной. При этом коморбидность с различными видами НУО вносит существенный вклад в утяжеление основного заболевания, что, в частности, негативно влияет на функцию легких у детей с МВ. Поэтому для своевременной диагностики вентиляционных нарушений легких целесообразно проводить комплексное функциональное обследование у данной группы пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Воронина А.А., Локтева Д.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры педиатрии №2, Статова Анастасия Васильевна

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России, Краснодар, Россия

Введение. По имеющимся данным, дети болеют реже, с менее выраженной клинической симптоматикой, реже требуют госпитализации, заболевание у них протекает легче, что, однако, не исключает случаев тяжелого течения. Имеющиеся на сегодня данные свидетельствуют о том, что дети составляют до 10% в структуре инфицированных SARS-CoV-2 и до 2% в структуре пациентов с диагностированными клиническими случаями COVID-19. В Российской Федерации дети составляют 6-7% зарегистрированных случаев COVID-19. Заболевание регистрируется в том числе и у новорождённых. За весь период пандемии в мировой статистике зарегистрированы единичные смертельные исходы заболевания у детей. Подавляющее большинство всех описанных случаев заболевания у детей связаны с контактами с заболевшими взрослыми. Наиболее частыми симптомами у детей являются лихорадка, непродуктивный кашель, возможно появление признаков интоксикации (миалгии, тошнота, слабость).

Цель. Оценить особенности течения коронавирусной инфекции у детей на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Проведен анализ всех случаев контактных и больных детей с COVID-19 в период с 8.02.2021 по 23.09.2021 г. Информация о пациентах взята из карты наблюдения в детской поликлинике г. Краснодара. Проведен сравнительный анализ результатов наблюдения за детьми в 2020 и 2021 году.

Результаты. В исследовательскую группу вошло 388 детей, из них мальчиков 201 человека (51,8%) и девочек 187 человека (48,2%). В 2020 году количество детей, наблюдающихся в детской поликлинике по поводу

коронавирусной инфекции, было значимо больше (727 детей). Возрастная структура исследовательской группы: дети до года – 9 человек (2,3%); младшего возраста - 91 человек (23,4%); дошкольного возраста - 101 человек (26%); младшего школьного - 73 человек (18,8%); старшего школьного – 114 человек (29,5%). В возрастном отношении наиболее подвержены коронавирусной инфекции дети от 11 до 18 лет. Большинство случаев контакта у детей регистрируется в семье: контакт с родителями – 44,8%; бабушки, дедушки, братья и сестры – 5,6%; прочие родственники (дяди, тёти, кузины)- 0,5%. На втором месте по количеству контактов контакт с другими детьми в социуме (школы, детские сады, кружки, секции) – 4,3%. Также установлены прочие контакты (няни, воспитатели) и контакты детей в инфекционном отделении по 0,5%. В ходе анализа были выявлены случаи наличия вирусной симптоматики при неустановленном контакте- 43,8%. Появление симптомов респираторной инфекции выявлено у 182 детей, что составило 46,9%. По сравнению с 2020 годом частота появления респираторных симптомов выросла практически в 4 раза (в 2020 году респираторные симптомы отмечены у 12,1% детей). Анализ симптомов показал, что в большинстве случаев (40,1 %) отмечалось состояние общего недомогания без проявления катаральных симптомов. Сочетание таких симптомов, как кашель и температура- 5 %, в 8,8 % - кашель, насморк и температура, 3,3 % - температура, 18,1 % - кашель и насморк, 13,7 % - насморк и температура, 10 % - насморк, 0,5% – температура и anosmia. Проведен анализ наличия симптомов в каждой возрастной группе, так в группе детей старшего возраста у 50,8% возникли признаки вирусной инфекции, грудного возраста – 22%, младшего возраста – у 45%, дошкольного – у 45,5%, младшего школьного – у 48%. В период наблюдения в 2020 году преобладали такие симптомы, как кашель и температура. Положительный результат анализа ПЦР на COVID-19 отмечен у 64,2% контактных детей, в группе детей грудного возраста это исследование было положительно у 3,2%, младшего возраста – у 25,7%, дошкольного возраста – у 26,1%, младшего школьного – 16%, старшего школьного – 29%. При этом наличие симптомов при положительной ПЦР на COVID-19 было отмечено у 1,8% детей младшего возраста, у 25,3% - дошкольного возраста, у 25,3% - младшего школьного возраста, у 31,7% - старшего школьного. Так, в 2020 году всего 7,8% контактных детей имели положительный ПЦР-тест. Подтвержден диагноз в ходе проведения ПЦР-теста в Специализированной детской инфекционной больнице у 252 детей (65%). Из них дети до года- 3,1%, младшего возраста – у 25,8%, дошкольного возраста – у 26,2%, младшего школьного – 15,5%, старшего школьного – 29,4%. У двоих детей был подтвержден диагноз COVID-19 после возвращения из путешествия.

Выводы. Таким образом, коронавирусная инфекция чаще встречается у детей старшего школьного возраста, у 46,9% отмечаются респираторные симптомы, в течение заболевания преобладают симптомы общего недомогания.

ЛИЧНОСТНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНО- ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ПОМПОВУЮ ИНСУЛИНОТЕРАПИЮ С ПРЕДИКТИВНОЙ ОСТАНОВКОЙ ВВЕДЕНИЯ ИНСУЛИНА

Плаксина А.О., Журавлева Д.С., Бадмаева К.Н.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, заведующий кафедрой кафедры
детских болезней. Никитина Ирина Леоровна
ФГБУ Национальный Медицинский Исследовательский Центр
им. В.А. Алмазова, Санкт- Петербург, Россия

Введение. В настоящее время в мировой практике курации пациентов с сахарным диабетом 1 типа актуальным является вопрос улучшения степени компенсации заболевания, особенно среди пациентов подросткового возраста, которые среди других возрастных групп имеют наиболее низкую степень компенсации. Быстрые темпы технологического прогресса в инсулинотерапии и средствах контроля диабета не коррелируют данными о метаболической компенсации заболевания. С 2021г. в отечественной практике активно внедряется метод помповой инсулинотерапии с предиктивной остановкой подачи инсулина для превенции гипогликемий. Актуальной задачей является поиск факторов и предикторов положительного прогноза метаболической компенсации у пациентов, использующих данную технологию.

Цель. Проведение комплексной оценки личностного профиля и эмоционально-поведенческих особенностей детей с сахарным диабетом 1 типа, использующих помповую инсулинотерапию с предиктивной остановкой введения инсулина в ассоциации с динамикой метаболического контроля.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 28 детей, 17 девочек и 11 мальчиков, возрастом 11-17 лет, использующих помповую инсулинотерапию с функцией автоматической остановки подачи инсулина до наступления гипогликемии. Средний возраст детей 13 лет 9 мес. С целью оценки личностного профиля использована методика «Большая пятерка- детский вариант», для оценки эмоционально- поведенческого профиля - «Опросник Ахенбаха», опросники валидизированы на русском языке. Для оценки метаболического контроля нами были использованы: гликированный гемоглобин (HbA_{1c}), параметры оценки непрерывного мониторинга гликемии: время в целевом диапазоне (ВЦД), время ниже целевого диапазона (ВНЦД). Статистический анализ проводился при помощи программы «jamovi».

Результаты. При анализе степени метаболической компенсации детей по уровню HbA_{1c} до постановки инсулиновой помпы 39% пациентов имели компенсированное течение заболевания (HbA_{1c} <7.0%), у 61% пациентов уровень HbA_{1c} был >7.0%. Степень метаболической компенсации у пациентов после 7-10 дней с момента установки инсулиновой помпы с предиктивной остановкой гликемии была оценена с помощью показателя ВЦД и распределилась следующим образом: 64 % детей достигли TIR > 70%, остальные 34% детей имели TIR <70%, у всех пациентов ВНЦД составило менее 5%. Согласно результатам прохождения опросника «Большая пятерка–детский вариант» у детей из

исследуемой группы выражены следующие факторы личности: нейротизм-33%, сознательность-22%, доброжелательность-11%, Экстраверсия-7%, открытость новому опыту-0%. По результатам прохождения методики Ахенбаха выявлены следующие эмоционально-поведенческие особенности: тревожность-10%, нарушение мышления-14%, отчужденность/депрессия-14%, соматические жалобы-10%, девиантное поведение - 7% социальные проблемы -14%, агрессивное поведение-3%. Выраженного нарушения внимания не было выявлено ни у одного из детей. При использовании метода линейной регрессии не установлена достоверная зависимость между степенью компенсации (уровнем TIR) и личностным профилем пациентов ($p = 0.84$). При анализе эмоционально-поведенческих особенностей имела место статистически достоверная отрицательная связь (Критерий Манна-Уитни $p < 0.05$) между степенью компенсации и склонностью к отчужденности/депрессии (критерий Манна-Уитни $p=0.046$), а также социальным проблемам ($p=0.043$).

Выводы. При использовании инсулиновой помпы с предиктивной остановкой подачи инсулина 25% пациентов достигли метаболической компенсации по уровню ВЦД. Установлено, что декомпенсированные пациенты чаще склонны к отчужденности/депрессии и социальным проблемам. Необходим дальнейший поиск факторов, влияющих на прогноз компенсации сахарного диабета 1 типа, как среди личностных и эмоционально-поведенческих особенностей пациентов, так и среди факторов микросреды и микроокружения.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА В ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ

Петухова А.И., Шевлакова А.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры детской, профилактической стоматологии и ортодонтии Скакодуб Алла Анатольевна; д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской, профилактической стоматологии и ортодонтии Адмакин Олег Иванович;

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

Введение. Болезнь Бехчета (ББ) — это системный васкулит, поражающий сосуды всех калибров. Среди всех пациентов с ББ дети составляют 2-3%. Этиология ББ неясна. На значимость генетических факторов указывает географическое распространение ББ, семейная агрегация и ассоциация развития заболевания с HLA-антигеном I класса B51. Для постановки диагноза ББ у детей должны присутствовать не менее трех из этих критериев: рецидивирующие афтозные язвы полости рта, язвы половых органов, поражение кожи, поражение глаз, поражение нервной системы и поражение сосудов. Было выявлено, что начало ББ у детей длительно проявлялось хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС). Распознавание клинических проявлений ББ в полости рта может позволить поставить диагноз и начать лечение, поэтому очень важно, чтобы врачи-стоматологи умели диагностировать данное заболевание на ранних этапах.

Цель. Повысить уровень диагностики болезни Бехчета у детей.

Материалы и методы. Нами было проведено обследование 21 ребёнка с ББ: 9 девочек и 12 мальчиков. Был составлен подробный план обследования, включающий сбор жалоб, тщательное клиническое обследование слизистой полости рта, анализ периодичности и степени тяжести течения ХРАСа, скрининг на наличие иммуногенетических маркеров ББ, иммунологическое исследование слюны для оценки уровня sIgA, лабораторное исследование крови. Обследуемые были разделены на три возрастные группы: 1-5 лет, 6-12 лет, 13-18 лет; на две группы по длительности течения основного заболевания: до 2-х лет течения основного заболевания и более 2-х лет; на три группы по тяжести течения ХРАСа: лёгкая, среднетяжелая и тяжелая форма. Была обследована контрольная группа из 20 детей.

Результаты. При анализе клинических симптомов ББ: у 100% обследуемых был выявлен ХРАС, у 90,9% поражения органов зрения и органов ЖКТ, у 72,4% поражены органы выделительной системы и у 45,4%, встречается суставной синдром. Обследование показало, что в среднем от появления первичного симптома ХРАС до постановки основного диагноза ББ у девочек проходит $5,40 \pm 0,04$ лет, а у мальчиков $4,10 \pm 0,09$ лет. У 2 детей с легким течением ХРАСа в полости рта наблюдали единичные эрозии размером 1-5 мм, рецидивирующие 3-4 раза в год, эпителизирующиеся 4-5 дней, без рубцов. У 5 детей со среднетяжелым течением ХРАСа в полости рта выявляли множественные афты размером 0,5-1 см, рецидивирующие: 3-4 раза в год у 3 детей, ежемесячно у 1 ребёнка и постоянно у 1 ребёнка; эпителизирующиеся 7-10 дней, без грубой деформации. У 14 детей с тяжелым течением ХРАСа наблюдали обширные афты и язвы размером 1-2,5 см, рецидивирующие: 3-4 раза в год у 1 ребёнка, ежемесячно у 7 детей и постоянно у 6 детей; эпителизирующиеся 10-14 дней, с последующим грубым рубцеванием и деформацией слизистой. Выраженное снижение концентрации sIg A отмечалось в I возрастной группе при течении основного заболевания менее 2 лет и в I и II возрастных группах при течении основного заболевания более 2 лет (I возрастная группа - 126,0 и 120,0 в группе с длительностью заболевания менее 2 лет и более 2 лет соответственно ($p < 0,01$), II возрастная группа - 165,0 и 120,0 в группе с длительностью заболевания менее 2 лет и более 2 лет соответственно ($p < 0,05$), III возрастная группа - 135,0 и 159,0 в группе с длительностью заболевания менее 2 лет и более 2 лет соответственно ($p < 0,05$)). При скрининге на наличие иммуногенетических маркеров ББ у 9 из 12 детей обнаружены статистически значимые ассоциации ББ с антигенами гистосовместимости HLA-B5, HLA-B51 и HLA-DRw52. У детей с ББ с тяжелой формой ХРАСа при лабораторном исследовании крови выявляли наличие анемии (Hb 80-110), увеличение СОЭ (От 35-50 мм/ч), нарастание уровня ЦИК (6,50-9,07 г/л), повышение IgA (От 4,460-9,71- г/л).

Выводы. Врач-стоматолог должен иметь настороженность при длительном течении ХРАС у ребенка и его утяжелении и проводить скрининг на наличие HLA-антигена I класса B51 и тщательное обследование пациента по предложенному плану.

ПОРАЖЕНИЕ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ И УРОВЕНЬ ОКАЗЫВАЕМОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Антонова М.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры детской, профилактической стоматологии и ортодонтии Скакодуб Алла Анатольевна; д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской, профилактической стоматологии и ортодонтии Адмакин Олег Иванович;
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение. Известно, что ревматические заболевания оказывают прямое и опосредованное влияние на состояния слизистой оболочки полости и работу слюнных желез. Активный рост костей черепа, мягких тканей лица, отличное от взрослых функционирование слюнных желез, а также отсутствие мотивации в вопросе гигиены полости рта и преобладание простых углеводов в рационе повышает риски развитие стоматологических заболеваний в детском возрасте. Однако, связь между ревматическими заболеваниями и патологиями твёрдых тканей зубов слабо изучена, а уровень оказания стоматологической помощи детям с ревматическими заболеваниями в России остается неизвестным.

Цель. Повышения уровня оказания стоматологической помощи детям с ревматическими заболеваниями.

Материалы и методы. Был исследованы 33 ребёнка от 3 до 17 лет на базе на базе Университетской детской клинической больницы Первого МГМУ имени И.М. Сеченова Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова, в отделениях детской ревматологии. Дети были разделены на следующие возрастные группы: I группа – от 3 до 6 лет (3 ребёнка), II группа – от 7 до 12 лет (16 детей), III группа – от 13 до 18 лет (14 человек). В каждой группе был проведён опрос детей и их родителей с помощью специально разработанной анкеты на предмет знаний о гигиене полости рта и опыте прошлых посещений стоматолога. Также был проведён стоматологический осмотр детей, где оценивалось состояние твёрдых тканей зубов, рассчитывался индекс гигиены (для I группы – индекс Фёдорова-Володкиной, для II и III группы – индекс Грин-Вермильона, ОНI-S — oral hygiene index simplified) и уровень интенсивности кариеса (для I группы – кп, для II группы – кп+КПУ, для III группы – КПУ). При осмотре зубов учитывалось качество прошлых лечений кариеса и его осложнений. Все показатели в дальнейшем сравнивались с показателями контрольной группы из 30 здоровых детей, разделённых на те же возрастные группы, по 10 детей в каждой.

Результаты. Уровень интенсивности кариеса в каждой группе превышал средние значения в контрольной группе, а средний индекс гигиены во всех группах был неудовлетворительным. Опрос детей и их родителей показал, что 91% детей никогда не проводилась профилактика стоматологических заболеваний, 89% детей бывают у стоматолога реже двух раз в год, а 67% чистят зубы менее двух раз в день, показав неправильные техники на демонстрации. При осмотре было выявлено, что у 49% детей уже развился вторичный кариес после

лечения кариеса и его осложнений, и наблюдались несостоятельные пломбы, требующие замены.

Выводы. Наблюдается не прямое влияние основного заболевания на состояние твёрдых тканей зубов у детей – снижается мотивация к лечению у стоматолога и поддержанию уровня гигиены полости рта, проявления заболевания на мягких тканях и слюнных железах также оказывает своё влияние на твёрдые ткани зуба. В то же время наблюдается недостаток знаний об индивидуальной гигиене полости рта и использовании различных гигиенических средств. Анализ качества лечения таких детей также неудовлетворительный – наблюдается недостаток стоматологического просвещения у обследованных и их родителей, большинству пациентов никогда не проводили профессиональную гигиену. Треть детей не желает обращаться к стоматологу, даже несмотря на наличие жалоб, что говорит о стоматофобии и прошлом неудачном опыте у стоматолога, и иногда используются устаревшие материалы и методы лечения кариеса и его осложнений, что приводит к появлению вторичного кариеса и необходимости перелечивать зубы.

ФЛЕШ-МОНИТОРИНГ ГЛИКЕМИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА КАК ИНСТРУМЕНТ ДОСТИЖЕНИЯ КОМПЕНСАЦИИ

Трифопова Е.И.

Научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры детских болезней. Юлия Геннадьевна Самойлова
ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава
России, Томск, Россия

Введение. Непрерывный мониторинг глюкозы (НМГ) в настоящее время является одним из наиболее перспективных методов контроля сахарного диабета 1-го типа (СД1). Флэш-мониторинг является наиболее актуальным и перспективным направлением в диабетологии, позволяющим контролировать уровень гликемии неограниченное количество раз и не требующим калибровки прибором.

Цель. Проведение оценки клинической и метаболической эффективности флэш-мониторинга гликемии у пациентов с СД1.

Материалы и методы. В исследование включено 80 пациентов с СД на различных режимах инсулиновой терапии. Все пациенты были протестированы на гликированный гемоглобин (HbA1c), флэш-мониторинг гликемии и оценку качества жизни с использованием опросных листов MOS SF-36 и диабетического модуля PedsQl 3.2.

Результаты. HbA1c снизился на 1,6% ($p < 0,001$) в конце исследования в группе терапии на инсулиновой помпе. У больных основной болюсной группы HbA1c уменьшился на 0,6% и достиг 8,9% ($p < 0,028$). При сравнении показателей гликемического контроля двух групп средний уровень глюкозы в крови снизился в группе помповой инсулинотерапии до $7,51 \pm 1,53$ ммоль/л, во второй группе этот

показатель составил $7,25 \pm 2,43$ ммоль/л ($p < 0,001$). При оценке показателей качества жизни отмечалось улучшение как в первой, так и во второй группе.

Выводы. Непрерывный мониторинг, в том числе флэш-мониторинг, является эффективным методом мониторинга и достижения гликемических целей у пациентов с СД1, а также оптимальным инструментом улучшения качества жизни вне зависимости от схемы инсулиновой терапии.

ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кручинина А.В., Свиридова К.Н., Носкова А.С.

Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры педиатрии
ИНПР Шайтарова Анна Владимировна, ассистент кафедры педиатрии
ИНПР Косинова Светлана Романовна
ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет
Минздрава России, Тюмень, Россия

Введение. СД оказывает наиболее неблагоприятное воздействие на течение беременности, внутриутробное развитие плода и адаптационные возможности новорожденного. Женщины с гестационным сахарным диабетом (ГСД) и их дети подвергаются высокому риску дальнейшего развития СД 2-го типа. Показатели перинатальной смертности новорожденных в этой группе составляют от 0,6 до 4,8%, а частота встречаемости врожденных пороков развития от 1,7 до 9,4%. Также, новорожденные угрожаемы по развитию перинатальной асфиксии (9-27%), дыхательным нарушениям (2-6%), неонатальной гипогликемии (5-25%), гипербилирубинемии (11-29%), макросомии (9-47%), задержке внутриутробного развития (2-8%).

Цель. Оценить особенности течения беременности женщин с ГСД, состояние здоровья и развития их детей.

Материалы и методы. ретроспективный анализ медицинской документации 347 женщин с ГСД и их детей, рожденных в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г.Тюмени за период с января 2020 г по январь 2021г. Катамнестический анализ особенностей здоровья и развития на 1-м году жизни 124 детей от матерей с ГСД. Статистическая обработка проводилась с помощью программ Statistica 10.0. При сравнении показателей статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Медиана максимальной гликемии у матери во время беременности составила 5,6 ммоль/л, ИМТ 27,6 кг/м², родоразрешение проводилось в сроке гестации 38,5 недель. При оценке антропометрии новорожденных медиана веса составила 3444гр, рост 53см. Медиана гликемии новорожденных 3,3ммоль/л. Гипогликемические состояния отмечались у детей, рожденных как от матерей с инсулинопотребным ГСД, так и женщин, не получающих инсулинотерапию. У новорожденных от матерей с инсулинопотребным ГСД в периоде новорожденности чаще встречается асфиксия, дыхательные нарушения, гипогликемия, чем у детей, рожденных от матерей с ГСД без инсулинотерапии. Врожденные пороки развития выявлены у

34 детей, основную часть которых заняли ВПР почек и мочевой системы (76,5%), далее ВПС, ВПР скелета и ЦНС. Отмечались достоверно более высокие показатели гликемии у беременных женщин, детям которых впоследствии был установлен диагноз «Врожденный порок сердца». По результатам анализа динамики антропометрических показателей детей на первом году жизни нами не было установлено значимых различий показателей массы тела у детей в возрасте 6 месяцев, однако в возрасте 9 и 12 месяцев были отмечены особенности в том, что у матерей без инсулинотерапии дети в этом возрасте имели медиану веса больше, чем дети от матерей на инсулинотерапии.

Выводы. У женщин с ГСД отмечаются более высокие риски неблагоприятного течения и исходов беременности (1,2% - мертворожденные; 40,5% - оперативное родоразрешение). Выявление ГСД в период гестации требует регулярного самоконтроля гликемии, наблюдения гинеколога-эндокринолога. Отсутствие самоконтроля, высокие показатели гликемии ассоциированы с риском врожденных пороков развития (отмечена высокая корреляционная связь между уровнем гликемии у матери и наличием ВПР у новорожденного). Учитывая высокие риски ВПР в группе детей, рожденных от матерей с ГСД, необходима разработка и внедрение протоколов пренатального скрининга. При выявлении макросомии плода, любого ВПР рекомендовано родоразрешение в лечебных учреждениях III уровня. Новорожденным от матерей с ГСД необходимо проводить мониторинг гликемии 4-кратно в течение первых 72 часов жизни, поощрять раннее грудное вскармливание, при гипогликемии назначать пероральное введение 5% раствора глюкозы. Дети 1 года жизни от матерей с ГСД нуждаются в консультации узких специалистов: эндокринолога, кардиолога, невропатолога, уролога.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ

Домнина К.В.¹, Лябина Н.В.²

Научный руководитель: д.м.н., Семикина Елена Леонидовна^{1,2}

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

²ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Муковисцидоз (МВ) – наследственное мультисистемное заболевание, частью патогенеза которого является нарушение экзокринной и эндокринной функции поджелудочной железы. Одним из частых осложнений МВ является сахарный диабет, который развивается постепенно и имеет длительный латентный период, в связи с чем актуальна его ранняя лабораторная диагностика. Разовое исследование уровня глюкозы крови натощак (ГК) и гликированного гемоглобина (ГГ) выявляют уже состоявшиеся нарушения обмена глюкозы. Применение провокационных нагрузочных тестов, эффективное для ранней диагностики, может быть нежелательным с точки зрения избыточной гликемической нагрузки. В литературе обсуждается вопрос о возможности

раннего выявления эпизодов гипергликемии с помощью метода суточного непрерывного мониторинга уровня глюкозы (СНМУГ) в тканевой жидкости, который позволяет детально оценить гликемический профиль в течение периода времени до нескольких суток.

Цель. Оценка диагностической информативности СНМУГ у детей с муковисцидозом.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты обследования 64 детей с муковисцидозом в возрасте от 4 до 17 лет, которые лечились в отделении пульмонологии ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" Минздрава России (зав. отделением д.м.н. О.И. Симонова). СНМУГ проведено с помощью системы Guardian Real-Time (Medtronic MiniMed, США) с одноразовым подкожным сенсором глюкозы. Записи профилей проводились в течение 72 часов. Лабораторные исследования проведены в клиничко-диагностической лаборатории того же центра (исполнитель врач КЛД И.И. Кондрахина), биохимическое определение ГК - на анализаторе AU680 (Beckman Coulter, США), уровня ГГ – AU680 и CobasE311 (Roche, США).

Результаты. Медиана концентрации ГК в обследованной группе детей составила 4,98 ммоль/л, медиана ГГ – 5,6%, оба показателя в пределах нормы. В рекомендациях производителя применявшейся системы СНМУГ диапазон нормы для уровня глюкозы в тканевой жидкости составляет 3,3-7,8 ммоль/л; уровень менее 3,3 ммоль/л расценивается как гипогликемия, более 7,8 ммоль/л - гипергликемия. Метод позволяет также оценить процент времени, в течение которого определяется гипергликемия, нормы для него точно не установлены. По результатам СНМУГ у обследованных детей максимальная концентрация глюкозы оказалась достаточно высокой – медиана 11,6 ммоль/л, медиана процента гипергликемий – 13,35%. Для выделения наиболее значимых изменениями мы использовали известный из протоколов диагностики сахарного диабета уровень глюкозы более 10 ммоль/л, согласно которому пациентов разделили на две группы. В первую вошли дети, у которых максимальная концентрация глюкозы по данным СНМУГ была более 10 ммоль/л, во вторую вошли дети, у которых этот уровень не превышен. В первой группе оказались 50 детей, медиана максимума глюкозы составила у них 13 ммоль/л, медиана максимального процента гипергликемий – 18,9%. Обращает внимание, что в этой группе средние показатели концентрации ГК и ГГ соответствовали известным нормальным диапазонам: медиана 5,0 ммоль/л (межквартильный интервал Q1-Q3 4,6 – 5,46) и 5,6% (Q1-Q3 3,36 – 5,95%) соответственно. Возможно, эпизоды гипергликемии у этих детей не привели к повышению уровня ГГ за счет нивелирования периодами нормогликемии. Во вторую группу вошли 14 детей, у них медиана максимума глюкозы составила 9,4 ммоль/л, медиана максимального процента гипергликемий – 4,0%; статистические показатели концентрации ГК и ГГ были полностью в пределах известных нормативных диапазонов: медиана 4,85 ммоль/л (Q1-Q3 4,4–5,14), медиана 5,39% (Q1-Q3 5,2-5,7%) соответственно. Конкретные диагностические критерии для СНМУГ в настоящее время только разрабатываются, однако наши данные свидетельствуют о высокой частоте выявления латентной гипергликемии у детей с МВ.

Выводы. Рутинно принятое измерение уровня глюкозы крови и гликированного гемоглобина у детей с МВ малоинформативно для раннего выявления гипергликемии, метод СНМУГ позволяет эффективно выявить начальные стадии патологии.

ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Лискина А.С., Антошина Т.И., Сафиуллина С.Р.

Научный руководитель: заведующая кафедрой детских болезней проф.,
д.м.н. Никитина И.Л.

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В последнее время в практике встречается всё больше девочек подросткового возраста, у которых отмечается сочетание тяжёлых форм ожирения с аномальными маточными кровотечениями. В соответствии с пересмотром рекомендаций Международной Федерацией общества акушеров и гинекологов FIGO в 2018, терминологически к аномальным маточным кровотечениям (АМК) отнесены нарушение частоты, объема кровотечения, продолжительности, регулярности менструального цикла.

Цель. Охарактеризовать клинические и гормональные особенности девочек-подростков с ожирением и АМК.

Исследуемые группы. В исследование были включены 2 группы девочек-подростков с ожирением, не имеющих эндокринных и тяжелых соматических заболеваний, не менее чем через 12 месяцев от старта менархе: 1 группа-с АМК, 2 группа-без АМК.

Материалы и методы. Оценка физического развития по шкале z – score, оценка полового развития по Tanner, анализ дневника менструаций, оценка гирсутизма, расчет индекса НОМА, оценка углеводного, липидного обмена, гормонального статуса: ТТГ, св.Т4, ГСПГ, тестостерона, пролактина, а также определение ЛГ, ФСГ, эстрадиола на 3-5 день цикла. Обработка данных проводилась с помощью программы JAMOV, различия в исследовании принимались за достоверные, при вероятности ошибки менее 5% ($P < 0,05$).

Результаты. При анализе распределения по SDS индекса массы тела: - В 1 группе у девочек с АМК медиана составила 2,98, соответственно 80% представлено I и II степенью ожирения, 20% III степень, в то время, как во 2 группе без АМК медиана составила 3,94: 50% пациенток с III степенью ожирения, 50 % пациенток с IV степенью ожирения, таким образом в группе девочек без АМК отмечаются более тяжёлые степени ожирения.

Гирсутизм не имел достоверных различий в группах. По оценке параметров углеводного и липидного обмена, достоверные различия были получены по некоторым параметрам липидного обмена: гипертриглицеридемия ($m_1=1.71/m_2=1.24$ $P=0.035$) и гиперхолестеринемия ($m_1=4.45/m_2=3.88$ $P=0.043$) были более выражены в 1 группе с АМК. Проводилось сравнение медиан: пролактин ($m_1=36,7/m_2=51,4$ $P=0.426$), эстрадиол ($m_1=36,7/m_2=51,4$ $P=0.426$), ТТГ ($m_1=1,86/m_2=1,61$ $P=0.610$), Т4 ($m_1=11,8/m_2=11,1$ $P=0.782$), тестостерон

($m_1=1,93/m_2=1,77$ $P=0,759$), индекс свободных андрогенов ($m_1=6,12/m_2=8,36$ $P=0,284$), достоверных различий между группами не получено. При корреляционном анализе выявлена положительная корреляция между выраженностью ожирения с индексом НОМА ($P=0,034$), положительная корреляция уровня пролактина с гирсутным числом ($P=0,021$) и эстрадиолом ($p=0,04$).

Вывод. В исследованных группах девочки с более тяжёлой степенью ожирения чаще ассоциированы с отсутствием АМК, однако метаболические нарушения встречались чаще в группе девочек с АМК. Оценивая гормональный статус девочек с нормогонадотропной функцией яичников, значимых различий нет. Однако, имеются ограничения по количеству пациентов в группах. Исследование будет продолжено после набора большего количества пациентов.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ОСТРОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА

Абдуллаев Д.Б.¹, Алиев А.Л.², Ашуралиева М.А.³

¹Андижанский Государственный Медицинский Институт, Андижан, Узбекистан

²Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение особенностей микробиоценоза желудочно-кишечного тракта при тяжелой пневмонии у детей раннего возраста на фоне герпетического стоматита.

Материалы и методы. Обследованы 120 детей, из них 60 детей с тяжелой пневмонией на фоне ОГС, в возрасте от 5-ти месяцев до 3-х лет получавших лечение в стационаре. Контрольную группу составляли 20 практически здоровых детей. Методы исследования – анализ, клиническое наблюдение, рентгенологическое обследование. Определены особенности микробиоценоза желудочно-кишечного тракта при тяжелой пневмонии у детей раннего возраста, с герпетическим стоматитом.

Результаты. Пневмония у детей с ОГС протекала чаще на фоне субфебрильной или нормальной температуры, у 67% - с обильными катаральными явлениями со стороны носоглотки: ринит, конъюнктивит, фарингит с частным влажным кашлем. Одновременно на пике подъёма температуры тела на гиперемированной и отёчной слизистой оболочке появлялись элементы сыпи, как в полости рта, так и на коже лица околоротовой области. В основной группе отмечались следующие особенности элементов сыпи: в полости рта обычно от 10 до 25 элементов поражения 43 (0,45), в этот период у 25 (0,32) детей усиливалась саливация, слюна становилась вязкой и тягучей, у 16 (0,25) детей отмечалось ярко-выраженное воспаление и кровоточивость дёсен в области всех зубов. После появления элементов сыпи температура тела обычно снижалась до 37-36,8%.

Однако высыпания нередко рецидивировали, что совпадало со следующим подъёмом температуры тела до прежнего уровня. У детей отмечалось снижение аппетита, нарушение сна, нарастали симптомы интоксикации. При осмотре

полости рта отмечались элементы сыпи, находящиеся на разных стадиях клинического и морфологического развития – бляшки 10 (0,10), афты 34 (0,37), эрозии 20 (0,22) и пятна (ложный полиморфизм).

Рентгенологически отмечались длительно сохраняющиеся мелкоочаговые инфильтративные тени. Со стороны крови отмечалось часто эозинофилия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 15-25мм/час.

Выводы. Для детей раннего возраста при течении тяжелой пневмоний на фоне острого герпетического стоматита характерны нарушения количественных и видовых характеристик микрофлоры кишечника. Характерны более глубокие изменения биоценоза кишечника: нарушение соотношения анаэробной и аэробной флоры, выражающиеся в уменьшении содержания бифидо – и лактобактерий в 2,5 раза, лактозопозитивных штаммов эшерихий – в 4раза. Таким образом, дифференцированное включение в комплексную терапию у детей раннего возраста тяжелой пневмоний на фоне ОГС пробиотиков в зависимости от ее клинических течения способствует эффективной коррекции дисбиоза кишечника; уменьшению эндогенной интоксикации; улучшению результатов лечения с уменьшением осложнений и летальных исходов.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шарифова М.З.

Научный руководитель: ассистент кафедры ПДБ, гематологии М.С.Умарова
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. На развитие и течение любого соматического заболевания, эффективность медицинской и социальной реабилитации значительное влияние оказывает “внутренняя картина болезней” (ВКБ), т.е. отражение болезни в переживаниях больного. Формирование ВКБ у детей отличается от таковой у взрослых, чем меньше ребенок, тем больше отличий. Бронхиальной астма влияет на взаимоотношения в семье, общее психическое состояние ребенка, являясь нередко причиной душевных конфликтов, приводящих иногда к невротическим состояниям.

Цель. Изучить особенности нервно-психического состояния детей, больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 22 ребенка школьного возраста (7-14лет) , больных БА с давностью заболевания от 2 до 5 лет. Контрольную группу составили 20 детей аналогичного возраста, впервые заболевшие БА. Исследование проводили по опроснику Айзенка. У детей в контрольной группе явных нарушений со стороны нервно-психического статуса не было выявлено. Лишь у 2-х из них отмечены некоторые нарушения в нервно-психическом статусе: замкнутость, чрезмерная обидчивость, отсутствие интуиции в межличностных отношениях, неуверенность в себе. В поведении этих больных гораздо чаще наблюдались негативизм, упрямство, тревога. Аналогично у этих больных были низкими (показатели “G” 92,9±0,25 и 2,9±0,2, p< 0,001). Причем,

указанные нарушения в большей степени выражены у детей с более длительными сроками заболевания.

Выводы. Таким образом, для детей, больных БА, оказались характерными некоторые психологические и нервно-психические расстройства, оказывающие дезинтегрирующее влияние не только на личность больного, но и на неблагоприятное течение болезни.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПОЛИОКСИДОНИЙ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ

Туляганова М.Х.

Научный руководитель: ассистент кафедры ПДБ, гематологии М.С.Умарова
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Введение. Рецидивирующие бронхиты являются довольно частой бронхолегочной патологией у детей различного возраста. Среди ведущих причин рецидивирующих бронхитов остаются частые ОРВИ у ослабленных детей.

Цель. Изучено влияние полиоксидония на частоту и течение рецидивирующего бронхита у детей разного возраста после перенесенной ОРВИ.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 32 ребенка в возрасте от 1 года до 7 лет, болеющих рецидивирующим бронхитом после частых ОРВИ.

Контрольную группу составили 15 детей аналогичного возраста, так же болеющих рецидивирующим бронхитом на фоне частых ОРВИ, которые находились только на базисной терапии. Изучаемой группе больных назначался полиоксидоний в комплексной терапии.

Препарат применялся в острой стадии заболевания по 3 мг 1 раз в сутки, всего 5 инъекции в сочетании с антибиотиками, противовоспалительными и другими традиционными лекарственными средствами.

Контроль эффективности лечения полиоксидонием проводили по срокам снижения температуры, уменьшение выраженности интоксикации, клинических проявлений заболевания и частое рецидивов заболевания в анамнезе.

Результаты. Результаты исследований показали, что у больных, принимающих полиоксидоний на фоне базисной терапии в течении 2-3 дней, в среднем сокращались сроки гипертермии, отмечено более легкое течение болезни, снижение частоты рецидивов заболевания, уменьшение продолжительности антибактериальной терапии, а также снижение риска развития осложнений.

Выводы.

1. Включение полиоксидония в комплексную терапию рецидивирующих бронхитов способствовало оптимизации лечения.

2. У больных с рецидивирующим бронхитом в анамнезе снижалась частота рецидивов заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОПЕНИИ У ПОДРОСТКОВ

Каримов С.

Научный руководитель: доцент Хафизова З.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение. В настоящее время достаточно хорошо изучены и систематизированы факторы снижения минеральной плотности кости (МПК) у детей и подростков, среди которых выделяют генетические, гормональные, ятрогенные, внешнесредовые факторы риска. Решающее значение имеет обеспеченность организма кальцием – одним из основных биологически активных минералов костной ткани. Именно кальций участвует в минерализации и формировании скелета, что определяет его значение в профилактике снижения МПК, т.е. остеопенического синдрома у детей и подростков.

Источником кальция у детей и подростков являются продукты питания, оптимальное поступление которого с пищей до и во время пубертата способствует его накоплению в скелете и росту костей. Однако полемическими остаются вопросы о влиянии кальцийсодержащих препаратов на целостность цитомембран, риска развития метаболических нарушений, формирование оксалурии и кристаллурии, возможности отложения кальция в мягких тканях и образовании конкрементов.

Цель. Изучение влияния кальция карбоната в комбинации с витамином D₃ (холекальциферолом) на баланс кальция, риска развития метаболических нарушений, нивелирование минеральной плотности кости.

Материалы и методы. Исследование проведено у 42 подростков (11-15 лет) с установленным диагнозом реактивного артрита, косолапостью, врожденным вывихом бедра, остеомиелитом нижних конечностей. Среди обследованных подростков преобладали лица мужского пола (соотношение 3:1). Обследование включало: выявление факторов риска остеопенического синдрома, клинических признаков дефицита кальция; оценку суточного потребления кальция (расчет по таблицам); биохимическое исследование показателей кальций-фосфорного обмена (кальций, фосфор, щелочная фосфатаза крови; кальция в суточной моче); тест на кальцифилаксию.

При проведении исследований использовали «Активированный Кальций»³, дозу препарата рассчитывали в соответствии с суточным потреблением кальция с пищей и его возрастной суточной потребностью (1500 мг в 1 мерной ложке), с назначением 1 мерной ложки 1-2 раза в день во время еды.

Результаты. В процессе обследования у подростков выявлено наличие факторов риска остеопенического синдрома; внешнесредовые (избыточная масса тела – у 41%; низкая физическая активность – у 40,5%, «скачок» роста за год у 24,5%; избыточная двигательная активность - 16%; курение – у 4%). У 42 подростков (100%) обнаружено низкое потребление кальцийсодержащих продуктов, составляющее в среднем 415,2±80,1 мг/сут). Состав пищевого рациона не был сбалансирован по белку у 40% подростков. В генеалогическом анамнезе у 32% детей выявлены переломы костей верхних и нижних конечностей у родственников первой линии родства.

Анализ результатов исследований показал, что большинство обследованных подростков имеют более двух факторов риска остеопении, более того имелись признаки дефицита кальция в виде изменений ногтей (слоистость, ломкость) у 61%; множественного кариеса, изменение эмали зубов – у 15%; выпадении и ломкость волос – у 5%. Исследование фосфорно-кальциевого обмена в крови, на фоне применения препарата, соответствовало нормальным возрастным значениям, однако выявлено повышение активности щелочной фосфатазы – фермента, косвенно отражающего активность процессов костеобразования.

Наиболее значимые сдвиги наблюдались в содержании кальция в моче, исходная суточная экскреция которого была ниже нормы (от 0,9 до 1,4 ммоль/сут) и становилась нормальной на фоне приема препарата. При анализе индивидуальных показателей до назначения «Активированного Кальция³» и витамина D₃ достоверно низкий уровень кальция в моче обнаружен у 30 подростков (78%), с выявлением прямой зависимости между потреблением кальция с пищей и его экскреции с мочой. Восполнение же дефицита кальция привело к положительной динамике в целом у 23 подростков (55%). Сохраняющееся снижение экскреции кальция у подростков свидетельствовало о выраженном дефиците кальция и витамина D₃, либо только дефиците витамина D, сопровождающегося нарушением всасывания кальция в кишечнике.

Анализ молярного соотношения кальция и креатинина в утренней порции мочи показал различную динамику данного показателя, у 22 подростков отмечалось исходно низкое значение молярного кальций-креатининового индекса и отсутствие изменения на фоне приема «Активированного Кальция³» и витамина D₃. У 12 подростков был исходно высокий индекс соотношения кальция и креатинина, который на фоне приема препарата стал низким. На фоне приема «Активированного Кальция³» и Витамина D₃ у 12 подростков молярное соотношение Ca/креатинин нормализовалось (0,52±0,006), у 8 детей – имело тенденцию к нормализации (0,3±0,08).

У 8 подростков отмечался исходно высокий индекс без динамики на фоне приема препарата. Всего повышение данного показателя выявлено у 20 подростков (до 0,27-0,37) за счет увеличения экскреции кальция. Это были подростки с отягощенным генеалогическим анамнезом по переломам у родственников 1 линии родства, имевшие избыточную массу тела, низкую физическую активность, самое низкое потребление кальция с пищей, с кариесом зубов и изменением ногтей.

Исходя из полученных результатов, свидетельствующих о наличии факторов риска, отдельных клинических признаков дефицита кальция, лабораторно подтвержденного нарушения баланса кальция, высокого уровня щелочной фосфатазы, повышенного молярного кальций-креатининового индекса следует полагать о наличии остеопении у обследованных подростков, наиболее значимой у 20 из них. Выявленная остеопения характеризовалась усиленным костным метаболизмом с ускорением формирования костной ткани и активации ее резорбции, на что указывала высокая активность щелочной фосфатазы в сочетании с повышением исследуемого молярного индекса.

Результаты динамических исследований позволяют подтвердить положение о способности кальция в комплексе с витамином D тормозить повышенную

резорбцию костной ткани на ранней стадии остеопенического синдрома, предотвращать потерю костной массы, а также в начале курса глюкокортикостероидной терапии.

Одним из факторов нестабильности и нарушения целостности цитомембран является активация перекисного окисления липидов (ПОЛ), которая выявлена у 35% наблюдаемых пациентов. Исходя из полученных результатов следует, что включение препаратов кальция в комплексную терапию подростков с риском остеопороза способствует стабилизации цитомембран и восстановлению нарушенного внутриклеточного гомеостаза кальция, тем самым профилактируя образование кальциевых депозитов в органах и тканях у детей с соматической патологией.

Вывод: Результатом открытого исследования методом слепой выборки у 42 подростков выявлено наличие остеопении, что подтверждает положение о том, что истоки остеопороза лежат в подростковом возрасте, когда у каждого из обследованных имелись более 2 факторов риска. Врачебная тактика в отношении подростков не может быть выжидательной, необходимы решительные меры по воздействию на различные факторы риска, включая коррекцию пищевого рациона, отказ от вредных привычек, нормализацию двигательной активности, контроль за массой тела. Особое внимание необходимо уделять назначению препаратов кальция и витамина D, в зависимости от суточного потребления кальция с пищей. Использование биохимических маркеров костного моделирования позволяет оценить состояние метаболизма костной ткани, выявлять потери костной массы, влекущие за собой развитие остеопенического синдрома у подростков.

ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ КАРДИТА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ У ДЕТЕЙ

Каримов С.

Научный руководитель: доцент Хафизова З.Б.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Введение. Острая ревматическая лихорадка – это системное заболевание соединительной ткани, при котором ведущими диагностическими критериями являются кардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема и ревматические узелки.

Цель. Выявить особенности клинических проявлений поражения сердца при ревматической лихорадке на современном этапе.

Материалы и методы. Под наблюдением были 50 детей в возрасте 5-17 лет поступившие в областную детскую больницу города Андижан.

Результаты. В динамике при обследовании и наблюдении детей с признаками кардита был поставлен диагноз острой ревматической лихорадки в 20 (40%) случаях, повторная ревматическая лихорадка в 10 (20%). При остром течении болезни у большинства детей 4 (8%) отмечается и острое ее начало с яркой клинической симптоматикой, отражающее одновременное поражение

одной, или нескольких оболочек сердца. При обследовании у этих детей -2 (4%) выявлялись симптомы полиартрита и отчетливая картина кардита. Выраженной недостаточности кровообращения у этих больных не наблюдалось. Подострое течение ревматической лихорадки наблюдалось при повторных атаках -6 (60%). Затяжной и непрерывно рецидивирующий варианты ОРЛ по праву считаются самыми тяжелыми у детей. В 4 (40%) случаях отмечалось развитие спонтанного или комбинированного порока сердца с выраженной недостаточностью кровообращения. Латентный вариант течения болезни составил 14 (61%) детей школьного возраста. Течение заболевания характеризовалось стертой симптоматикой, малодоступных для выявления даже при комплексном применении различных современных методов обследования. Достоверный диагноз может быть поставлен только после того, как сформировался клапанный порок сердца и проявились все его неоспоримые клинические признаки.

Вывод: Имеется отдаленная корреляция между степенью активности и вариантом течения болезни, установление которого приводит к более современному пониманию закономерности ее развития, варианты течения позволяют определить клинический облик болезни, выявить ряд характерных ее особенностей, применить адекватную терапию и наметить предполагаемый исход.

ОРАЛЬНЫЙ ЛИОФИЛИЗАТ ДЕСМОПРЕССИНА-МИНИРИН ПОДЪЯЗЫЧНЫЙ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Хамраева Д.И.

Научный руководитель: д.м.н., доцент кафедры клинической фармакологии,
Маматова Н.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан.
РСНПЦЭ им Туракулова, Ташкент, Узбекистан

Введение. Центральным несахарным диабетом – тяжелое заболевание, характеризующееся уменьшением секреции аргинин-вазопрессина и приводящее в результате к выделению неадекватно большого количества гипотоничной мочи. Основным клиническим проявлением заболевания является синдром полиурии-полидипсии, существенно нарушающий качество жизни пациентов. В настоящее время для лечения заболевания применяются препараты десмопрессина, синтетического аналога аргинин-вазопрессина, доступные в виде таблетированных форм и интраназальных спреев. Выбор наиболее удобной формы препарата является обязательным условием успешной терапии заболевания.

Цель. Изучение подъязычной формы минирин в лечении центрального несахарного диабета у детей и подростков.

Результаты и обсуждение. В детском отделении РСНПЦЭ им Туракулова использовалась новая форма десмопрессина – Минирин таблетки подъязычные – у пациентов с установленным диагнозом центрального несахарного диабета

различной этиологии, получавших ранее терапию таблетированной формой Минирин. Терапию получали 12 человек в возрасте до 18 лет, среди них 4 девочек и 8 мальчиков. Причины центрального несахарного диабета у детей были различными: герминативно-клеточная опухоль выявлена у 2 человек, гипофизит, краниофарингиома – у 10 человек. Всем пациентам диагноз центрального несахарного диабета был установлен ранее на основании комплексного обследования. Все пациенты ранее получали терапию таблетированными формами десмопрессина (Минирин таблетки) в суточной дозе от 0,2 мг/сут (в три приема) до 0,4 мг/сут (в три приема). Все пациенты были компенсированы по несахарному диабету. При переводе суточные дозы Минирин таблеток подъязычных составили от 120 мкг/сут до 360 мкг/сут. На фоне проводимой терапии оценивался биохимический анализ крови (показатели электролитов, осмолярность крови), а также суточный диурез. Не было выявлено отклонений в электролитах крови. Цифры суточного диуреза на фоне терапии лекарственными формами Минирин таблетки подъязычные и Минирин таблетки не отличались. Переносимость препарата была хорошая. Многие пациенты после использования подъязычных таблеток захотели остаться на данной форме препарата. Полученные данные позволяют сделать следующие выводы:

- Минирин таблетки подъязычные являются эффективным средством лечения центрального несахарного диабета;
- По своим характеристикам и эффективности Минирин таблетки подъязычные не уступает зарекомендовавшей себя ранее таблетированной форме Минирин;
- Минирин таблетки подъязычные имеют ряд неоспоримых достоинств: отсутствие связи приема препарата с приемом пищи, отсутствие необходимости запивать препарат водой. Это особенно важно у пациентов маленького возраста, тяжелых реанимационных больных.

Выводы.

Возможность выбора наиболее удобной формы приема препарата представляется весьма важным условием для успешного лечения и повышения качества жизни пациентов с ЦНД. В настоящее время препараты десмопрессина представлены в различных формах, и одной из наиболее удобных, эффективных и безопасных для пациентов является подъязычные таблетки.

На сегодняшний день оральный лиофилизат десмопрессина (Минирин таблетки подъязычные) широко зарекомендовал себя как для лечения ночного энуреза у детей и подростков, так и для лечения центрального несахарного диабета.

Согласно полученным данным, было выявлено статистически значимое различие в предпочтении Минирин таблеток подъязычных, а также более высокая комплаентность пациентов, получавших этот препарат. Эффективность и удобство использования были высоки при применении обеих форм десмопрессина. За время наблюдения не было отмечено ни об одном побочных эффектов.

ИЗУЧЕНИЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ШКОЛЬНИКОВ С ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ

Абдумухтарова М.З.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Арзикулов Абдурайим Шамшиевич,
Андижанский государственный медицинский институт Минздрава РУз,
Андижан, Узбекистан

Введение. Подростки 12-17 лет с различными степенями дезадаптации отличаются высокой экстравертированностью (90,3% соответственно у девочек и мальчиков 88,4% и 92,2%), эмоциональной возбудимостью (79,05%, соответственно у девочек и мальчиков 86,1% и 72,0%). Показатели интравертированности достоверно ниже популяционных показателей ($P < 0,001$). По мнению многих авторов, высокий нейротизм (психоэмоциональная возбудимость) является эндогенной «почвой» невротических и соматических расстройств.

Цель. Изучить клинические симптомы невротических расстройств у школьников с дезадаптацией.

Материалы и методы. Обследованы школьники 7-17 лет (7-11 лет, $n=154$; 12-17 лет, $N=162$) с разными степенями дезадаптации. В работе кроме общеклинических методов исследования была применена методика Переслени Л. И. (1996).

Результаты. Обследованные нами дети и подростки в клиническом плане отличались эмоциональной лабильностью, гиперактивностью и медленным возвратом к исходному состоянию после эмоциональных переживаний и часто жаловались на различные недомогания соматовегетативного генеза. Невротические расстройства были обнаружены в 20,1% случаев от всех обследованных и представлены в основном астеническими, истерическими и обсессивно-фобическими нарушениями. астенические расстройства психогенного генеза характеризовались симптомами «раздражительной слабости» в сочетании с аффективными колебаниями, вегетососудистыми нарушениями: нервность, тревожность, раздражительность и т.д. Эти школьники мало участвовали в общественных делах класса. Как правило, успеваемость у них была низкой, что вызывало конфликты с преподавателями. Истерио-невротические нарушения представлены острыми аффективными демонстративными нарушениями поведения, разнообразными жалобами, преимущественно астенического и ипохондрического характера; импульсивность, агрессивность, чувство физического недостатка, неприятные болезненные ощущения и т.д. Эти подростки характеризовались частичной дезадаптацией в коллективе, что обуславливалось систематическими конфликтами с преподавателями и одноклассниками, резкими колебаниями показателей успеваемости.

Обсессивно-фобические расстройства встречались, в основном, в виде навязчивых опасений ипохондрического характера, навязчивых действий, страхов болезни и смерти, онихофагии, трихотилломании и т.д.

В данной группе относительная дезадаптация возникала из-за низкой успеваемости. Выраженных нарушений поведения и конфликтов с одноклассниками не отмечалось. Анализ частоты неврологических расстройств

показывает, что у детей 7-11 лет с нарушенной адаптацией наиболее интенсивно проявляются симптомы общей двигательной расторможенности или синдром гиперактивности (150): двигательное беспокойство ($28,0 \pm 3,61\%$ и $44,6 \pm 4,0\%$), расторможенность ($31,5 \pm 3,7\%$ и $29,3 \pm 3,66\%$), недостаточная целенаправленность и импульсивность действия ($39,7 \pm 3,94\%$ и $27,5 \pm 3,59\%$) нарушения концентрации внимания ($17,6 \pm 3,06\%$ и $15,5 \pm 2,91\%$), неусидчивость ($27,5 \pm 3,59\%$ и $39,3 \pm 3,93\%$ соответственно у девочек и мальчиков). У подростков 12-17 лет проявления синдрома, прежде всего моторная возбудимость ($21,0 \pm 3,20\%$ и $27,0 \pm 3,48\%$) и двигательная расторможенность ($12,4 \pm 2,58\%$ и $18,5 \pm 3,05\%$), неусидчивость ($13,5 \pm 2,68\%$ и $22,0 \pm 3,25\%$ соответственно у девочек и мальчиков) постепенно сгладились.

Выводы. Невротические расстройства встречаются среди подростков в сравнительно юльшом проценте случаев и, как правило приводят к выраженным нарушениям адаптации подростков в коллективе.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Абдумухтарова М.З.

Научный руководитель: д. м. н., профессор, Арзикулов Абдурайим Шамшиевич
Андижанский государственный медицинский институт Минздрава РУз,
Андижан, Узбекистан

Введение. Одной из самых сложных проблем психодиагностики является проблема изучения основных свойств человека. Как известно, в результате развития взглядов И. П. Павлова и его учеников на физиологические основы индивидуальных различий высшей нервной деятельности выделены свойства силы, уравновешенности и подвижности процессов возбуждения и торможения.

Цель. Исследование детей и подростков по выявлению некоторых личностных особенностей, в частности, его базисных личностных измерений экстра и интроверсии и нейротизма.

Материалы и методы. Предметом исследования явились учащиеся общеобразовательных школ (1500 детей - 10%-ная выборка) г. Андижана. В данной работе впервые в культурально – социальных условиях Узбекистана на популяционном уровне применен адаптированный вариант [Рац. Предложение № 1287 от 06.12.99 принятое к внедрению в АндГосми], метода личностного опросника Айзенка [Aysenck Personality Inventory]. Стандартизация показателей темперамента «экстраверсия – интраверсия» и фактора «нейротизма» была проведена на 546 школьниках.

Результаты. Результаты исследования показывают, что в целом популяция подростков (12-17 лет) отличается высокой экстравертированностью ($78,3\%$, соответственно у девочек и мальчиков - $74,6\%$ и $82,1\%$), эмоциональной возбудимостью ($68,5\%$, соответственно у девочек и мальчиков - $73,4\%$ и $61,1\%$) и низкими популяционными показателями интравертированности ($26,5\%$, соответственно у девочек и мальчиков $25,4\%$ и $17,9\%$). В возрастном – половом аспекте в популяции детей в возрасте 12-13 лет достоверно ($P < 0,05$) высоки

показатели экстравертированности (88,5% и 91,6% соответственно у девочек и мальчиков) по отношению к другим пубертатным возрастным периодам. Наряду с интра-экстраверсии, эмоциональность считается основной составляющей темперамента. Под эмоциональностью понимается способность к эмоциональному переживанию. Считают, силу эмоций одним из основных свойств темперамента. К сфере эмоциональности принадлежит фактор нейротизма – эмоциональная возбудимость – стабильность. У подростков в возрасте 16-17 лет достоверно ($P < 0,001$) высоки значения фактора нейротизма (89,4 % и 59,3% соответственно у девочек и мальчиков) по отношению к другим возрастным периодам. В целом популяция здоровых детей и подростков 12-17 лет нашего региона отличается повышенной эмоциональной возбудимостью (73,4% и 61,1% - у девочек и мальчиков). Как известно, физиологической основой повышенной эмоциональной возбудимости считается низкий порог активации «висцерального» мозга, регулирующего вегетативную нервную систему. Согласно методу Айзенка, выявляли показатели: «склонности к лжесвидетельству» и «честности». В наших исследованиях в популяции подростков – учащихся (12-17 лет) по шкале «склонность к лжесвидетельству» составил в целом 76,9%, соответственно у девочек и мальчиков - 78,6% и 75,2%.

Выводы. Проведенное нами экспериментально-клинико- психологическое обследование, показало высокую частоту экстравертированности среди детей и подростков – учащихся, что является особенностью характера направленности психодинамики детей нашего региона.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Кафедра Педиатрии
Факультета Усовершенствования и переподготовки врачей, Андижан,
Республика Узбекистан

Введение. Проблема профилактики и лечения детей с дефицитом железа, с его клиническими проявлениями (латентный дефицит железа - ЛДЖ, железодефицитная анемия - ЖДА) является исключительно актуальной, требующей унификации этиологических и патогенетических принципов и подходов с учетом региональных особенностей возникновения и развития данной патологии.

Цель. Одним из основных способов ликвидации дефицита железа является ферротерапия, которая составляет основу патогенетического лечения. Однако, существующие антианемические средства не лишены побочных свойств и не всегда оказывают желаемый эффект. Поэтому поиск и создание новых, наиболее эффективных, дешевых и удобных для применения антианемических препаратов является весьма актуальным.

Учитывая это, нами разработана и применена в клинической практике новая композиция натриевой соли орто-карбоксобензоилферроцена в пищевом яблочном соке, которая названа «Ферман» (имеется разрешения фармкомитета за № 211-15-823).

Ферман в своем составе не содержит дополнительных наполнителей и в отличие от Ферроцерона, имеет сладкий вкус, слабо ароматный запах легко усваивается организмом, что открывает большие возможности для его широкого применения в педиатрии.

Материалы и методы Под наблюдением находились (в амбулаторных условиях) 158 детей с железодефицитной анемией в возрасте 1-15 лет.

С учетом возраста они были распределены на 3 группы: I группа - дети в возрасте до 3 - лет (49 больных); II группа - дети в возрасте 3-6 лет (50 больных) и III группа - 59 детей в возрасте 7-15 лет. Диагноз ЖДА ставили на основании общепринятых критериев.

Ферман назначался детям I группы по 5 мл (в 1 мл фермана содержится 3,12 мг элементарного железа) 3 раза в день; дети II группы получали по 10 мл 3 раза в день и дети III группы получали по 15 мл 3 раза в день в течение 20-25 дней. Применение препарата в таких дозах не оказало побочного действия ни у одного больного. Фон фармакологической терапии был одинаковым во всех группах.

Об эффективности проводимой терапии судили по изучению в динамике (5-й, 10-й, 25-й дни) количественных и качественных показателей периферической красной крови и обмена железа.

Анализ полученных данных показал, что у больных с ЖДА во всех возрастных группах сывороточного железа в процессе лечения неуклонно увеличивался, начиная уже с 5-го дня терапии и нормализовался к 25 - му дню лечения.

Значительное повышение сывороточного железа приводит к уменьшению в динамике общей железосвязывающей способности сыворотки. За это же время коэффициент насыщения трансферрина железом увеличивается в 4-4,5 раза по сравнению с исходным уровнем.

В конце курса лечения во всех возрастных группах отмечалось достоверное увеличение уровня гемоглобина. Суточный прирост гемоглобина составил в исследуемых группах в среднем 2,23 г/л; 2,13 г/л; 2,28 г/л соответственно. Такое ежедневное увеличение уровня гемоглобина позволяет считать терапию весьма эффективной. Анализ морфометрических показателей эритроцитов в динамике выявил положительные сдвиги, т.е. купирование или тенденция к нормализации ЖДА коррелируют и с другими исследованными показателями.

Вывод. Таким образом, предложенная нами новая композиция ферроцерона в яблочном соке (Ферман) оказывает выраженный терапевтический эффект и имеет хорошие органолептические свойства, что немаловажно в педиатрической практике.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Кафедра Педиатрии
Факультета Усовершенствования и переподготовки врачей, Андижан,
Республика Узбекистан

Введение. В отечественной литературе данные о распространенности дефицита железа (ДЖ) у детей по большинству регионов отсутствует. Кроме

того, нет данных о факторах риска развития не только дефицита железа в целом, но и железодефицитной анемии (ЖДА) и латентного дефицита железа (ЛДЖ), что затрудняет проведение лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий. Проведение исследований по выявлению факторов риска развития ЖДА и ЛДЖ у детей в Республике Узбекистан, где почти каждый второй или третий ребенок страдает дефицитом железа, является исключительно важным обстоятельством.

Цель. Изучить факторы риска развития дефицита железа (ДЖ), выделив при этом наиболее значимые из них для детей республики.

Объектом исследования была репрезентативная выборка детского населения Андижанского вилоята, состоящая из 4419 детей в возрасте 1-15 лет.

Материалы и методы. С целью выявления, измерения и сравнительной оценки степени влияния различных факторов на ДЖ к исследуемой группе больных подобрана группа из 1285 детей того же возраста. Измерение проводилось с помощью тетракорического коэффициента (показатель соответствия). По его величине определено их весовое значение. Рассчитан относительный риск (ОР).

При выявлении и учете факторов риска развития ДЖ акцент делался на основные управляемые факторы со стороны матери (социальное положение, количество детей; медико-биологические - число беременностей и родов, осложнения беременности и родов, экстрагенитальные заболевания; экологические факторы - влияние окружающей среды, наличие пестицидов) и со стороны ребенка (медико-социальные факторы: недоношенность, дети из двойни, дети с малой массой и избыточной массой тела при рождении; вскармливание ребенка: естественное, смешанное, искусственное, несбалансированное вскармливание и питание; организованность; медико-биологические: перенесенные заболевания респираторной системы и желудочно-кишечного тракта, инфекционные, паразитарные и фоновые заболевания у детей раннего возраста, наличие хронических очагов инфекции; экологические факторы: влияние окружающей среды - загрязнение атмосферного воздуха, наличие пестицидов в крови).

Для изучения влияния факторов внешней и внутренней среды на возникновение дефицита железа исследовано 36 социально - биологических факторов, из них 28 оказались статистически значимыми. По уровню надежности из всех факторов наиболее значимыми оказались фактор питания, экологический фактор, заболеваемость ОРВИ, а также состояние здоровья матери, её возраст и образование.

Вывод. Таким образом, многофакториальное эпидемиологическое исследование позволяет выявить контингент детского населения, имеющий высокую степень риска возникновения дефицита железа. Установлено, что у детей из групп риска дефицит железа возникает в 18,5 раз чаще, чем в общей популяции.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Кафедра Педиатрии
Факультета Усовершенствования и переподготовки врачей, Андижан, Республика
Узбекистан

Введение. Клиническая характеристика детей с железodefицитной анемией (ЖДА) показала, что изменения со стороны сердечно - сосудистой системы с возрастом увеличиваются и достигают максимума к школьному возрасту. Исследования вегетативного гомеостаза, как одного из регулирующих звеньев процесса эритропоеза, у детей с дефицитом железа не проводились.

Цель. В данной работе основной задачей явилось изучение состояния вегетативного гомеостаза с помощью кардисинтервалографии (КИГ) в покое и при функциональной нагрузке.

Материал и методы. Обследовано 131 больных железodefицитной анемией в возрасте 7-16 лет.

Кардиоинтервалограммы регистрировали на основании ЭКГ, записанной на электрокардиографе Cardiomax - FX - 326 (Япония) во II стандартном отведении в утренние часы в состоянии покоя и при нагрузке. Для построения КИГ определяли продолжительность кардиоциклов в 120 последовательных сердечных циклах.

Анализ полученных данных показал, что исходное состояние вегетативного тонуса характеризуется значительным увеличением случаев исходной симпатикотонии (43,9%) и эйтонии (41,5%) по сравнению с ваготонией (14,6%), однако это состояние лабильно, что выявляется при нагрузочной пробе (клинортостатическая проба): увеличиваются случаи гиперсимпатикотонической реактивности - при эйтонии (41,2%, $P < 0,05$), ваготонии (66,6%, $P < 0,01$) и симпатикотонии (33,3%, $P < 0,05$).

Изучение структуры сердечного ритма в сравнительном аспекте у здоровых детей показало напряженность компенсаторных механизмов, высокий уровень функционирования симпатического звена вегетативной нервной системы ($АМ_0 - 23,6\%$; $P < 0,05$) и центрального (адренергического) контура регуляции ($НН_t - 128,9$; $P < 0,01$, $АМ_0 / 4 X - 159,6$ $P < 0,01$), уменьшение холинэргической реакции сердечного ритма ($ДХ - 0,23$; $P < 0,05$). Эти данные зависели от исходного вегетативного тонуса, что выражено при симпатикотонии ($АМ_0 - 34,5\%$; $P < 0,05$; $ИН_t - 294,4$; $P < 0,01$; $АМ_0 / Д X - 340,3$ $P < 0,001$).

Нами отмечено, что у девочек с ЖДА при исходной эйтонии также определяется некоторое напряжение адаптивных механизмов структуры сердечного ритма ($НН_t - 67,4$; $АМ_0 / Д X - 95,1$).

Динамика структуры сердечного ритма у детей с ЖДА в ходе выполнения клинортостатической пробы показала незрелость вегетативной регуляции сердца, что выражалось в процентных соотношениях $АМ_0 (+77,4\%$; $P < 0,05$); $ИН! (+634,1\%$, $P < 0,01$; $АМ_0 / Д X + 326,7\%$ $P < 0,001$) при исходной ваготонии и эйтонии $НН_i (+276,4\%$; $P < 0,001$; $АМ_0 / Д X (+162,9$ $P < 0,001$).

Выводы. Указанные механизмы регуляции ритма сердца у девочек-подростков с ЖДА являются несовершенными и таят в себе опасность перенапряжения и срыва адаптации с развитием патологического процесса со стороны сердечно - сосудистой системы, что необходимо учитывать в процессе лечения и профилактики таких больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М., Д.С. Касимов,
О.Н. Халилов*

Андижанский государственный медицинский институт, Кафедра Педиатрии
Факультета Усовершенствования и переподготовки врачей, Андижан, Республика
Узбекистан

Введение. Железодефицитная анемия (ЖДА) необычайно широко распространенное состояние, регистрируемое у 20% населения планеты. По данным ВОЗ, ЖДА широко распространена среди детей и женщин детородного возраста во всем мире.

Цель. Изучение особенностей клиники ЖДА у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 125 детей с ЖДА в возрасте от 3 месяцев до 3-х лет. Возраст обследованных был: от 3 месяцев до 1 года - 74 детей, от 1 года до 2-х лет - 29 детей, от 2 до 3 лет - 22 детей. Среди больных преобладали дети первого года жизни.

Диагноз ЖДА устанавливался на основании уровня сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖЖС), коэффициента насыщения трансферрина железом (КНТ), латентной железосвязывающей способности сыворотки крови (ЛЖЖС), десфераловой сидерурии.

При оценке тяжести ЖДА использовались рекомендации ВОЗ: больных с легкой степенью анемии - 67 детей (53,6%), со средней тяжестью - 45 детей (36,0%), а тяжелая степень анемии была диагностирована у 14 детей (11,3%). Следует отметить, что из 41 ребенка с тяжелой и среднетяжелой анемией преобладали дети до 1 года.

Результаты. Клинические признаки и жалобы родителей характеризовались свойственными для железодефицитной анемии и дефицита железа симптомами, которые отличались многообразием. Среди жалоб наиболее часто родители отмечали бледность кожных покровов - 95 детей (76,0%), отсутствие аппетита - у 91 (72,6%), извращение вкуса - употребление земли, глины, мела - у 70 (56,6%), появление частых срыгиваний - у 69 детей (55,2%) и рвоты - у 18 детей (14,3%). При объективном исследовании бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек выявлена почти у всех обследованных, а также у многих больных отмечается эпителиальный синдром в виде сухости кожи - 56 (44,8%), сухость и выпадение волос - 52 (41,6%), ломкость и истончение ногтей - 25 (20,8%). У некоторых больных выявлена гиперпигментация кожных покровов, чаще всего на лице, шее, боковых поверхностях грудной клетки -16 (12,8%). У

детей старше года довольно часто встречались изменения слизистой ротовой полости в виде атрофии сосочков языка - "лакированный язык" - 32 (25,5%), так называемые «заеды» в углах рта, ангулярный стоматит - 31 (24,5%).

Нами также были отмечены отклонения в психомоторном развитии, особенно четко проявляющиеся на 1-ом году жизни: дети поздно начали держать голову, сидеть, стоять, ходить, позже начинали говорить (71 - 56,6%). У 96 (78,8%) детей выявлено в той или иной степени снижение эмоционального тонуса, быстрая смена настроения; дети были малоподвижными, вялыми - 57 (45,6%), плаксивыми, капризными - 44 (35,2%); отмечалось снижение интереса к окружающему, игрушкам. Также были выявлены отклонения функции внутренних органов и систем; сердечно-сосудистой системы (64 - 51,2%), которые сводились к наличию систолического шума, тахикардии и незначительному расширению границ сердца. У 30 детей (24,5%) была выявлена гепатомегалия и увеличение селезенки, оба органа определялись пальпаторно.

Одним из признаков дефицита железа у детей раннего возраста, особенно при тяжелых и среднетяжелых формах, явилось отставание в показателях физического развития: у 95 (76,0%) детей выявлены признаки гипотрофии и гипостатуры, при этом гипотрофия отмечалась преимущественно у 53 детей в возрасте до 1 года (42,4%).

Характерными были показатели лабораторных исследований: низкий уровень гемоглобина, уменьшение содержания его в отдельном эритроците, понижение гематокритной величины, цветового показателя, уменьшение общего числа эритроцитов, сидеропения, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови и значительное уменьшение коэффициента насыщения трансферрина.

Вывод. Таким образом, железодефицитная анемия наблюдается с высокой частотой у детей раннего возраста. В клинической картине преобладают кожно-эпителиальный синдром, изменения в системе органов пищеварения, в нервной, сердечно-сосудистой системах.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СТРАДАЮЩИХ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Худойбердиева Х.Т., Хашимова З.М., Абдурашидов М.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Кафедра Педиатрии
Факультета Усовершенствования и переподготовки врачей, Андижан, Республика
Узбекистан

Введение. В структуре заболеваемости детей раннего возраста обструктивный бронхит занимает одно из ведущих мест. Большая частота их обусловлена высокой контагиозностью инфекции, различных аллергенов и анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания, иммунобиологическими свойствами ребенка.

Цель. Изучение реабилитации детей, перенесших обструктивный бронхит.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 60 детей в возрасте от 3-х месяцев до 3-х лет с обструктивным бронхитом. У 86% детей

имелись проявления фоновых заболеваний (экссудативно-катаральный диатез, рахит, анемия, гипотрофия). Заболевание у этих детей характеризовалась более затяжным течением, частыми рецидивами.

Эти дети были взяты на диспансерный учет и был составлен план намеченных реабилитационных мероприятий (диета, закаливающие и физиотерапевтические процедуры, массаж, витаминотерапия).

Детям с рахитом и экссудативно-катаральным диатезом применялся электрофорез с кальцием, назначались антигистаминные препараты, пиковит по 1 ч.л 3 раза в день, УФО-терапия, массаж. При гипотрофии в комплекс лечебных мероприятий включали метандростенолон, УФО, массаж, УВЧ- терапия в межлопаточную область. Детям с анемией назначали ферронатогспензию по 1 ч.л. 2 раза в день в течение месяца. После проведенной реабилитации частота рецидивов и повторная заболеваемость сократилась, выздоровление происходило в более ранние сроки.

Проведены отвлекающие процедуры (горячие ручные и ножные ванны с постепенным повышением температуры воды с 37°C до 41°C в течение 10-15 мин, горячие обертывания грудной клетки по Залманову, тепловые процедуры на грудную клетку (но не горчичники) пихтовые и другие масла, обладающие резким запахом.

Применение, ингаляционных форм симпатомиметиков позволяло уменьшить необходимую дозу лекарственного вещества и снизить системный эффект симпатомиметиков. При этом, положительный эффект отмечали уже через 10-15 минут.

Лечебная физкультура и массаж грудной клетки, (особенно вибрационный), дыхательная гимнастика в обязательном порядке назначались всерьезным при нетяжелом течении и не на высоте обструкции.

Выводы. Таким образом, систематически проводимые реабилитационные мероприятия способствуют более быстрому улучшению состояния больных с обструктивным бронхитом и предупреждают повторную заболеваемость.

ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ ВСЛЕДСТВИИ НЕПРАВИЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Гофуров Ж.А., Худойбердиева Х.Т., Д.С. Касимов

Андижанский государственный медицинский институт, Кафедра Педиатрии
Факультета Усовершенствования и переподготовки врачей, Андижан,
Республика Узбекистан

Введение. В последние годы среди педиатров формируется концепция пищевого программирования. Согласно этой концепции, характер питания ребенка в первые годы жизни предопределяет особенности его метаболизма. Многие исследования показали, что для развития различных заболеваний в подростковом периоде, немаловажную роль сыграли факторы риска и неправильное вскармливание ребенка на первом году жизни

Цель. Изучение зависимости между характером вскармливания и изменениями показателей метаболизма у детей.

Материалы и методы. Питание ребенка должно выполнять, по меньшей мере, три основные функции: питательную, сенсорную, регулирующую.

Питательная - обеспечение ребенка белками, жирами, углеводами, витаминами, минералами и микроэлементами.

Сенсорная - воздействие на вкусовые, обонятельные, зрительные и другие рецепторы.

Регулирующая - влияние на иммунитет, ЖКТ, эндокринную, нервную систему и др.

Женское молоко хорошо переваривается в желудке ребенка благодаря содержанию пищеварительных ферментов, а также более низкому содержанию белка.

В женском молоке находится большое количество защитных компонентов. Нерациональное искусственное вскармливание способствует формированию алиментарно-зависимых заболеваний, увеличению частых острых и хронических заболеваний ЖКТ, аллергической патологии, снижению иммунитета, нарушению физического и интеллектуального развития. Среди важнейших отдалённых последствий неправильного вскармливания детей выявляются нарушения обмена липидов и атеросклероз, ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет.

Анализируя обмен липидов у большого числа подростков, на основании катанестических исследований доказали, что подростки, которые в младенчестве находились на длительном грудном вскармливании имели соотношение липопротеидов. Высокой плотности к липопротеидам низкой оптической плотности на 14% ниже, чем дети, вскармливаемые в раннем возрасте адаптированными смесями, риск развития ожирения патологии сердечно-сосудистой системы составляет только 0,8%, в то время как у взрослых, с рождения получавших искусственную смесь, он в 5 раз выше (4,5). Повышенный риск развития ожирения связан с тем, что при искусственном вскармливании потребляется больше энергии и пищевых веществ (особенно белков и углеводов), происходит повышенное образование инсулина. Это изменяет механизмы регуляции чувства голода и насыщения.

Выводы. Исследования многих авторов показали, что продолжительное грудное вскармливание снижает частоту развития инсулинозависимого сахарного диабета.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФЕРМЕНТАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ У ЖЕНЩИН С АНЕМИЕЙ

Д.С. Касимов, О.Н. Халилов

Андижанский государственный медицинский институт, Кафедра Педиатрии Факультета Усовершенствования и переподготовки врачей, Андижан, Республика Узбекистан

Введение. В работе изучалось содержание и активность пищеварительных ферментов в грудном молоке у женщин с различной степенью анемии.

Цель. Изучение особенностей ферментативной активности в грудном молоке у женщин с анемией.

Материалы и методы. Образцы грудного молока здоровых женщин и женщин с различной степенью анемии, в которых определялись амилаза, липаза, пепсиноген.

Результаты. На основании исследований установлены тесные связи содержания и выделения гидролитических ферментов в грудном молоке от суточного объема молока, числа кормлений, ферментативного потенциала в организме здоровых и больных женщин с анемией. Сформулировано предложение, что, эти изменения зависят от недостаточности дуоденальных механизмов ферментной регуляции.

Ферменты грудного молока (ГМ) могут синтезироваться молочными железами и (или) высвобождаться из форменных элементов крови в молоке, особенно из лейкоцитов. Показано, что ферменты пищеварительных желез матери транспортируются в кровотока (инкретируются), оттуда поступают в молоко (рекретируются), питательные вещества (белки, жиры, углеводы. ГМ в желудочно-кишечном тракте ребенка гидролизуются с участием этих ферментов.

Выводы. Гидролитические ферменты ГМ играют значительную роль в определении размера аутолитического пищеварения в первые месяцы постнатальной жизни становление ферментовыделительной деятельности пищеварительных желез ребенка для осуществления собственного пищеварения. При снижении ферментативной активности ГМ рост и развитие детей значительно задерживаются.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ В УСЛОВИЯХ COVID-19

Белова А.В., Некрасова А.М., Галиакбарова Н.Э.

Институт психолого-социальной работы ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Аннотация: авторы в данном исследовании выявляют отношение к вакцинопрофилактике населения, включая медицинских работников, а также возможности медицинской сестры в повышении приверженности населения вакцинопрофилактике.

Цель. Изучение динамики отношения населения к вакцинации в широком смысле, в период пандемии Covid-19, а также возможностей медицинской сестры в повышении приверженности населения вакцинопрофилактике.

Материалы и методы. Исследование проводилось в несколько этапов. Методология исследования представляла собой интернет-опрос методом поточной выборки, т.е. респонденты привлекались к опросу сразу на нескольких сайтах, по специально разработанной анкете.

Результаты. На первом этапе, проведенном с 6 по 20 июня 2020 года, в опросе приняли участие 866 респондентов, 427 из них – медицинские работники (медицинские сестры, фельдшеры и врачи). До пандемии большой негативизм в отношении вакцинопрофилактики был выявлен среди населения больших городов, лиц репродуктивного возраста, а также медицинских сестер. На момент спада первой волны COVID-19 во всех возрастных группах число опрошенных,

положительно относящихся к вакцинации, включая медицинских работников, увеличилось, наиболее существенно в старших возрастных группах.

Второй этап исследования проводился в рамках студенческой исследовательской деятельности в период подготовки выпускной квалификационной работы. Методология была аналогична исследованию, проведенному на первом этапе, но дополнена вопросами для медицинских сестер относительно их участия в повышении приверженности населения вакцинопрофилактике. В опросе приняли участие 106 человек, из них 21 медицинская сестра.

Для повышения доверия населения к вакцинопрофилактике крайне важно доверие самих медицинских работников к такому важному средству профилактики инфекционных болезней. Анализ результатов исследования показал, что 52,4% медиков относятся к вакцинопрофилактике положительно, 42,9% выразили нейтральное отношение, что показывает недостаточный уровень вовлечения в вопрос вакцинопрофилактики, 4,8% - отрицательное.

Самым удобным и предпочтительным путем получения информации о вакцинопрофилактике респонденты-не медики выделили беседу с медицинским работником. Принципиальным является предоставление объективной и корректной информации, представленной в понятной форме и обращенной к конкретным группам лиц.

В ходе опроса медицинских сестер было установлено, что в полной мере осознается польза от прививок и предотвращение исходов инфекционных заболеваний посредством вакцинации; респонденты придерживаются Национального календаря профилактических прививок и рекомендуют соблюдать его своей семье, родственникам и близкому окружению. Медицинские сестры также выявили беседу и личный опыт как самый удобный метод работы с населением. В то же время, больше половины выразили готовность в более детальном изучении вопроса, что может повлиять на более активную профессиональную позицию в отношении иммунопрофилактики.

Для решения выявленных в ходе исследования проблем были разработаны и предложены рекомендации, включающие регулярное обучение медицинских сестер любой специализации актуальным вопросам вакцинопрофилактики, и разработку рекомендаций для медицинских сестер по ведению бесед с населением о вакцинации против отдельных инфекционных заболеваний, в которых будут предложены источники информации для дальнейшего изучения пациентами.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Масленникова Ю.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Съемщикова Юлия Павловна
ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет Минздрава
России, Иркутск, Россия

Введение. Как известно, одной из актуальнейших проблем современного здравоохранения является избыточная масса тела и низкая двигательная

активность человека, оказывающие серьезное влияние фактически на все виды обмена веществ. Ряд зарубежных исследователей относят избыточную массу тела и ожирение к сложным, многофакторным, мультигенным расстройствам, которые тесно связаны с особенностями психо-социально-культурной среды. Факторы образа жизни, способствующие нарастанию избыточного веса (гиподинамия, рафинированное питание с большой долей жиров) в настоящее время преобладают. Считается, что образование, информированность населения имеют значение в формировании правильного образа жизни. В связи с этим нам было актуально изучить образ жизни будущих врачей и их пищевое поведение.

Цель. Оценить особенности пищевого поведения, двигательную активность, индекс массы (ИМТ) будущих врачей, выявить факторы риска развития ожирения и разработать индивидуальные рекомендации при их наличии.

Материалы и методы. Разработана анкета для анонимного и добровольного анкетирования из 26 пунктов, отображающих весоростовые параметры, привычное пищевое поведение и физическую активность. Всего анкетирование прошли 97 студентов 5 курса педиатрического факультета Иркутского государственного медицинского университета. Из них мужчин - 18, женщин - 79, возраст от 20 до 34, средний возраст 22 года.

Результаты. По результатам анализа большинство студентов (85,5%) имеют нормальные показатели веса, только у 5,2 % отмечалась избыточная масса тела, а 9,3% страдают ожирением. Несмотря на то, что большинство имеют нормальные показатели веса, у многих из них имеется риск развития ожирения и связанных с ним заболеваний.

В рационе только 35,4 % студентов ежедневно присутствуют фрукты (наиболее часто употребляют: яблоки 1-2 шт в день, бананы 1-2 шт в день, мандарины 4-5 шт в день; реже груши 1 шт, лимоны 1 шт) и овощи (чаще всего употребляют картофель, огурцы, помидоры, лук, морковь, редко- перцы, свеклу, кукурузу, брокколи, фасоль), а 48,8% опрошенных употребляют фрукты и овощи 2-3 раза в неделю, и 15,9% - употребляют фрукты и овощи очень редко. При этом большинство предпочитало домашнюю еду фаст-фуду: 67,1% относятся нейтрально, 14,6% против, 18,3% относятся положительно.

На вопрос о регулярности и видах физической нагрузки результаты оказались следующими. Только 26,8 % студентов педиатрического факультета занимаются спортом в режиме (3 раза и более тренажёрный зал или спортивные увлечения), изредка - 46,3%, и полностью отсутствуют физические нагрузки в 26,8% случаев.

По частоте употребления алкоголя: 1 раз в неделю различные алкогольные напитки употребляет 15,9% студентов, 2-3 раза в неделю только 1,2% студентов. В большинстве случаев - очень редко 59,8% студентов и никогда - 22% студентов.

Выводы. В большинстве случаев студенты имеют нормальные показатели индекса массы тела; но, несмотря на специализированное медицинское образование, почти у половины респондентов отсутствует регулярная физическая нагрузка и достаточное употребление овощей и фруктов. Это требует активного внедрения профилактических мероприятий, направленных на формирование правильной модели пищевого поведения и физической активности, а также устойчивой мотивации к здоровому образу жизни у самого человека.

ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Щукина Е.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры Жизневская И.И.; заведующий кафедрой, профессор, д.м.н. Хмелевская И.Г.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

Введение. Несмотря на то, что в период пандемии заболеваемость гриппом населения отошла на второй план, дети дошкольного возраста все же чаще болеют именно данным заболеванием. Поэтому именно зимой актуально заметить первые признаки ухудшения состояния ребенка, знать, что делать если ребенок заболел гриппом и вовремя обратиться за помощью и суметь облегчить состояние ребёнка.

Цель. Провести опрос среди родителей детей детского сада №99 г. Курска с целью осведомленности в первых симптомах гриппа, определения распространенности гриппа, проведении вакцинации против гриппа.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 52 родителя детей из садика №99 г. Курска. Было проведено анкетирование, состоящее из 6 вопросов, связанных с данным заболеванием (делали ли вы прививку от гриппа своему ребенку в этом году; болел ли ребенок гриппом в этом году; если, да, в какой форме, какими препаратами лечили ребенка, сколько дней держалась температура, какой из симптомов был наиболее выражен). Средний возраст детей составлял 4-6 лет. Анкету заполнили все опрашиваемые, на основе этих данных был сделан анализ и сделаны выводы.

Результаты. Из 52 родителей 28% сделали прививку от гриппа своим детям. Из этих 30 15) привитых детей болело 46% (7) детей (5 в легкой форме и 2 в тяжелой). Из 72% (37) не привитых детей болело 28 человек (75% - из которых 18 детей в тяжелой форме перенесли заболевание, а 10 в легкой). Основными препаратами, которыми лечили детей были: ремантадин, умифеновир, сельтамивир, альфа интерферон, тилорон, парацетамол, ибупрофен, бутамирата цитрат, преноксидиазин, окселадин. Температура у переболевших гриппом детей держалась в течение 3-4 дней в среднем. Наиболее частыми симптомами были: резкое повышение температуры; ребенок мерзнет, жалуется на озноб; пациент отказывается от пищи; вялость, апатию или наоборот – раздражение, повышенная возбудимость; боли в горле; отек; заложенность и выделения из носа; повышение температуры до 38-38,5 °С; а интоксикация была выражена в меньшей степени.

Выводы. На основании проведенных исследований было установлено, что дети дошкольного возраста при получении вакцины от гриппа в основном переносят заболевание с легкой форме или не болеют. Дети же, которые не получили вакцину переносят заболевание в основном в тяжелой форме. И с высокой температурой до 3-4 дней. В связи с этим можно сказать, что наиболее целесообразно проводить вакцинацию от гриппа детям для более легкого течения заболевания и развития в дальнейшем коллективного иммунитета.

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОДРОСТКОВ ГОРОДА БИШКЕК В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Бабаджанов Н.Н., Байызова А.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Чернышева Елена Алексеевна
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева, Бишкек,
Киргизия

Введение. Процесс развития общества во многом определяется уровнем популяционного здоровья подростков, которое оказывает значимое влияние на здоровье нации в целом и формирует ее культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал. Производственный потенциал реализуется в овладении профессиональными навыками и адаптации ко всему комплексу производственных условий. Вариабельность сердечного ритма — это неинвазивный метод исследования регуляторных систем человека в физиологических условиях. Этот метод, позволяет оценить состояние механизмов регуляции функций организма и оценить соотношение влияния симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Симпатическая и парасимпатическая нервная система работают в балансе, как бы поддерживая друг друга, тем самым обеспечивая высокую устойчивость и защищенность.

Цель. Изучить вариабельность сердечного ритма у учеников 11-х классов города Бишкек.

Материалы и методы. Нами были проведены одноканальные записи ЭКГ, выполняемые в спокойном состоянии и функциональные пробы у подростков 11 классов общеобразовательной школы. Математический анализ вариабельности сердечного ритма проведен методом интервалокардиографии по методике Р.М.Баевского. Оценивалось: ЭКГ, ЧСС, АД, вес, рост. Подсчитывались: индекс Кердо, коэффициент выносливости, индекс напряженности, адаптационный потенциал. Подсчет данных проводился программой SPSS.

Результаты. По данным анализа вариабельности сердечного ритма, нормотонический тип регуляции сердечно-сосудистой системы (далее ССС) у мальчиков составил- 72%, у девушек— 68%, ваготонический тип регуляции ССС у мальчиков-6%, девушек—3%, симпатикотонический тип регуляции ССС (состояние напряжения или перенапряжения- срыв механизмов адаптации) у мальчиков 22%, у девушек—29%. По данным анализа Индекса Кердо, определяющего вегетативный статус исследуемого, равное влияние парасимпатической и симпатической нервной системы встречалось у 12% мальчиков и 14% девочек, преобладание парасимпатических влияний у 44% мальчиков и 23% девушек, преобладание симпатических влияний у 44 % мальчиков и 66% девушек. По данным анализа типа саморегуляции кровообращения, позволяющего оценить уровень напряжения в регуляции ССС, было установлено, что сердечно-сосудистый тип саморегуляции выявлен у 39% мальчиков и 46% девушек, сердечный тип саморегуляции 22% мальчиков и 43% девушек, сосудистый тип- 39% мальчиков и 11% девушек. По данным анализа индекса напряжения (ИН) ССС к выполнению физической нагрузке: удовлетворительное состояние ИН у мальчиков-77%, девушек-63%,

компенсаторный дистресс у мальчиков-17%, у девушек- 28%, некомпенсаторный дистресс у мальчиков-6%, у девочек-9%. По данным анализа коэффициента выносливости (КВ), характеризующего функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, состояние хорошей тренированности отмечалось только у 6% мальчиков и 9% девочек, у остальных отмечалось состояние детренированности ССС. И наконец, при анализе индекса адаптационного потенциала ССС, позволяющего дать информацию о состоянии организма в целом и оценить функциональное состояние регуляторных систем, было установлено, что удовлетворительная адаптационная возможность была у 94% мальчиков и 80% девочек, компенсаторный дистресс был выявлен у 6% мальчиков и 20% девочек.

Выводы.

1. Симпатический тип регуляции ССС (состояния напряжения или перенапряжения) по ритмограмме отмечался у 22% мальчиков и у 29% девочек. По данным функциональных проб симпатический тип влияния выявлен у 44 % мальчиков и 66% девочек.

2. Состояние дистресса и высокой степени вовлеченности организма в стресс (ИН) наблюдался у 30% девочек.

3. Адаптационный потенциал ССС, позволяющий оценить функциональное состояние регуляторных систем, выявил компенсаторный дистресс у 6% мальчиков и 20% девочек.

Состояние детренированности ССС(КВ) отмечалось у 94% мальчиков и 91% девочек.

4. Низкая вариабельность сердечного ритма, выявленная у более чем у 20% девочек и 6% мальчиков дает возможность своевременного направления таких пациентов на консультацию в целях выявления патологии со стороны сердечно-сосудистой системы

ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Малева М.В.

Научный руководитель: заведующий кафедрой, д.м.н., профессор, Хмелевская Ирина Григорьевна; доцент кафедры, к.м.н. Жизневская Ирина Ивановна
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

Введение. Для сегодняшней ситуации в мире характерен рост заболеваний ожирением – более 1 миллиарда человек имеют избыточную массу тела. Высокая масса тела – является пусковым и усугубляющим фактором течения и возникновения многих заболеваний – ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа.

Цель. Выявить факторы риска и уровень ожирения у детского населения в Курской области.

Материалы и методы. Теоретические: исследование литературных источников по выбранной теме, анализ и синтез полученных научных данных,

обобщение полученной информации. Практические: опрос, статистическая обработка данных.

Результаты. Был проведен опрос 20 подростков (14-17 лет), которые имели лишний вес. При вычислении индекса массы тела 50% опрошенных имеют значение массы индекса тела в пределах 1,0-1,9 – что говорит об избыточной массе тела, 25% имеют 1 степень ожирения (индекс массы тела – 2,0-2,5), 25% имеют 2 степень ожирения (индекс массы тела 2,6-3,0). 20% опрошенных детей стараются питаться правильно, соблюдая норму белков, жиров и углеводов, 80% респондентов не обращают внимание на питание, часто питаются фастфудом. 40% опрошенных занимаются легкими физическими нагрузками, 10% интенсивными и 50% не прибегают к физическим нагрузкам. 60% респондентов отмечают наследственную предрасположенность к полноте. 90% опрошенных детей хотели бы улучшить свое физическое состояние и привести питание в норму.

Выводы. Для решения данной проблемы необходима просветительская работа врача-диетолога с группой риска подростков, которые подвержены или имеют лишний вес. Необходимо остро поднимать вопрос ожирения особенно молодого поколения, так как этот вопрос сейчас – может освободить нас от многих болезней цивилизации в будущем. Также показано санаторно-курортное лечение и применение физиотерапии подросткам с избыточной массой тела. Качественная профилактика играет важную роль, чем качественное лечение.

ВЕТРЯНАЯ ОСПА – ОДНА ИЗ ПРОБЛЕМ ДЕТСТВА. КАК БОРОТЬСЯ И ЧЕМ ЛЕЧИТЬ ДЕТЕЙ?

Абрамова А.Е.

Научный руководитель: заведующий кафедрой, д.м.н., профессор, Хмелевская Ирина Григорьевна; доцент кафедры, к.м.н. Жизневская Ирина Ивановна
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Курск, Россия

Введение. Вирус герпеса, вызывающий ветряную оспу, очень сильно восприимчив человеком, заразиться которым можно при непосредственном контакте с заболевшим через воздушно-капельный путь.

Цель. Изучить эффективность терапии ветряной оспы у детей, находящихся на амбулаторном лечении.

Материалы и методы. В ходе исследования была изучена медицинская база Детской городской поликлиники №5 города Курска, а точнее рассмотрены 50 пациентов и их лечение на фоне возникновения ветряной оспы за период 2021 г. Объектом исследования явились пациенты, находящиеся на лечении по поводу ветряной оспы амбулаторно, а предмет – назначенные им лекарственные средства. Основным методом исследования является статистический анализ полученных данных по проведенной терапии ветряной оспы.

Результаты. Был проведен статистический анализ, при котором были выявлены основные препараты, используемые в лечении ветряной оспы у детей. Исследование было основано на данных 50 пациентов поликлинического

кабинета педиатра. Лечение данного заболевания основывается на двух основных приемах: немедикаментозное и медикаментозное. Рассматривая немедикаментозное лечение, нужно отметить обязательно полупостельный режим, если у больного ребенка возникает лихорадочный период, также это соблюдение гигиены ребенка и диеты №13, применяемой при инфекционных заболеваниях и помогающая вывести из организма токсины и микробы. Для медикаментозного лечения используются следующие препараты: в случае лихорадки необходимо использовать жаропонижающие препараты - парацетамол 10-15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней внутрь – 20% (10 пациентов); при высыпаниях, в нашем исследовании в 100% (50 человек), используют растворы антисептиков везикулезные элементы смазывают 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого; с целью десенсибилизирующей терапии хлоропирамин 1-2 мг/кг в сутки через рот использовали в 14% (7 человек); также у 5 человек – 2,5% присоединилась вторичная бактериальная флора, которую лечили антибиотиками – цефтриаксон в/м 50 мг/кг в течение 7 дней. Основными признаками выздоровления будут: нормализация температуры, лабораторные показатели в норме, отсутствие осложнений, заживление папуло-везикулезных высыпаний, с появления последнего свежего которого прошло более 5 дней.

Выводы.

1. Пациентам с ветряной оспой в обязательном порядке назначались антисептические растворы для местного применения, поскольку у всех 59 человек наблюдалась сыпь, также были назначены жаропонижающие средства, если развивалась лихорадка, и антибактериальные препараты на фоне присоединившейся вторичной инфекции, направленные на уничтожение бактериальной флоры.

2. При проведенном лечении состояние пациентов стабилизировалось в 100% случаев, все были выписаны с благоприятными результатами в течение 7-10 дней в зависимости от протекания инфекции.

3. Особое внимание нужно уделить вакцинации в раннем возрасте, поскольку прививка в 99% случаев предотвращает развитие «ветрянки» у детей, а при контакте – предотвращает развитие тяжелых форм.

ОСОБЕННОСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ПРИ МАНИФЕСТАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА I ТИПА У ДЕТЕЙ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ COVID-19

Базаева А.М., Ерькина Е.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Квасова Мария Александровна
ФГБОУ ВО "Приволжский исследовательский медицинский университет"
Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Цель. Провести анализ манифестации сахарного диабета I типа (СД1) у детей Нижегородской области до и во время пандемии COVID-19 и установить клинические и лабораторные особенности.

Материалы и методы. Объект исследования - выборка из 120 детей, экстренно поступивших в ГБУЗ НО «НОДКБ» с диагнозом СД1, впервые выявленный, с диабетическим кетоацидозом (ДКА) в период с 2019 – 2021 гг. Проведен ретроспективный анализ историй болезни детей, клинко-лабораторных данных. В исследовании пациенты были разделены на 2 группы: период до объявления пандемии новой коронавирусной инфекции 11.2019-01.2020 (n=60) и после 11.2020-03.2021 (n=60) для оценки влияния инфекции на дебют СД1 и степень ДКА.

Результаты. Для оценки степени тяжести ДКА учитывались клинические параметры: нарушение сознания, АД, ЧСС, уровень глюкозы крови, кислотно-щелочное состояние, выраженность кетонурии. Распределение пациентов по степени ДКА было следующим: 1-ая степень – 38 детей (64%), 2-ая степень – 19 (32%) и 3-я степень – 3 ребенка (4%) в первой группе и 1-ая степень – 20 детей (34%), 2-ая степень – 17 пацентов (28%), 3-я степень – 23 ребенка (38%) во второй. Таким образом, количество пациентов с легким ДКА в период COVID-19 достоверно уменьшилось ($p=0,001$, χ^2). Выявлено статистически значимое повышение удельного веса детей, нуждающихся в реанимационной поддержке и экстренной коррекции кислотно-щелочного состояния во второй группе пациентов относительно первой ($p < 0,001$, χ^2). Во второй группе 11 (18%) пациентов имели лабораторно подтвержденную новую коронавирусную инфекцию в анамнезе – возможный триггерный фактор дебюта СД1. В данной группе почти 50% пациентов имели признаки ДКА 3-ей степени.

Выводы. инфекция COVID-19 - возможный фактор риска более тяжелого дебюта СД1 у детей, предиктором неблагоприятного течения заболевания. В период пандемии COVID-19 возросло количество пациентов с тяжелым ДКА до 38 %. Среди пациентов с перенесенным COVID-19 и развитием СД1 почти 50% имеет манифестацию с тяжелого ДКА.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ РАХИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 2 ДО 3 ЛЕТ

Панарина Н.В.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Хмелевская Ирина Григорьевна,
к.м.н., доцент Жизневская Ирина Ивановна
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Курск, Россия

Введение. В настоящее время, по-прежнему не теряет важности проблема распространенности рахита среди детей. Развитие заболевания связано с несоответствием между потребностью организма ребенка в фосфатах и кальции и их фактическим количеством. Подобные нарушения зачастую связаны с гиповитаминозом D. Среди важных диагностических симптомов рахита необходимо знать следующие: мышечная гипотония («лягушачий живот»), рахитические «четки» на ребрах, податливость костей черепа, расширение нижней апертуры грудной клетки, O-образное и X-образное искривление нижних конечностей, отсроченное прорезывание зубов, позднее закрытие большого родничка. Среди косвенных симптомов рахита наблюдается раздражительность,

потливость, беспокойство, гиперрефлексия, мышечные спазмы. Последствия рахита при отсутствии должного лечения могут значительно ухудшить качество жизни ребенка, поэтому следует внимательно относиться к развитию костной и мышечной систем организма ребенка.

Цель. Провести анализ результатов социологического опроса среди родителей, имеющих детей в возрасте от 2 до 3 лет, посещающих Детский сад №1 г. Железногорска, с целью выявления уровня распространенности симптомов рахита и соблюдения назначенной терапии.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 73 респондента (родители детей в возрасте от 2 до 3 лет, посещающих Детский сад № 1 г. Железногорска). Опрошенным была предложена анкета, включающая в себя 5 вопросов, связанных с симптомами рахита (своевременным ли было/есть закрытие большого родничка, своевременно ли прорезывание зубов, наблюдалось ли размягчение костей черепа в районе родничка, имеется ли О-образное или Х-образное искривление нижних конечностей, принимал ли ребенок препараты витамина D).

Результаты. Из 73 опрошенных родителей 12 (17 %) респондента отметили позднее закрытие большого родничка у ребенка (позднее 2х лет), 13 (18%) человек ответили, что прорезывание резцов наступило позднее 10 месяцев, 4 (6%) респондента отметили размягчение костных границ родничка, 17 (24%) респондент ответил положительно на вопрос о наличии у ребенка О-образного или Х-образного рахита, 37 (51%) человек ответили, что подавали своим детям препараты витамина D по назначению врача. Из всех 46 (63%) человек, отметивших наличие той или иной симптоматики, лишь 37 (51%) респондентов получили назначение педиатра подавать ребенку препараты витамина D.

Выводы. Опираясь на результаты проведенного опроса, мы установили, что последствия рахита в виде остаточных изменений костно-мышечной системы наблюдаются достаточно часто и требуют особенно тщательного изучения. Исходя из соотношения детей, имеющих симптомы рахита и тех, которым было назначен прием витамина D, очевидным является то, что немалая часть детей, имеющих симптомы заболевания, не проходили обследования или оно было проведено недостаточно качественно. Необходимо стремиться к более ранней диагностике симптомов рахита. Также важно проводить санитарно-просветительскую работу с родителями, чьи дети находятся в возрастной группе до 3-х лет с целью повышения уровня осведомленности о проявлениях заболевания и возможностях коррекции.

ВЫДЕЛЕНИЕ ШТАММОВ СТАФИЛОКОККА С ПОРАЖЕННОЙ КОЖИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Воробьева М.А.¹, Гележе К.А.²

1 – ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

2 – ФГБНУ «Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И. И. Мечникова»

Введение. Известно, что *Staphylococcus aureus* инфицирует пораженную кожу детей с атопическим дерматитом (АтД). Штаммы *S.aureus* могут выделять

различные токсины, оказывая негативное влияние на течение болезни. *S.epidermidis* способен направленно уничтожать *S.aureus*, контролируя колонизацию условно-патогенной флоры на физиологических барьерах.

Цель. Изучить колонизацию пораженной кожи штаммами стафилококка у детей с АтД.

Материалы и методы. Было обследовано 119 детей с АтД, 15 - с крапивницей (группа сравнения), 15 - с бронхиальной астмой без поражений кожи (контрольная группа). Были использованы диагностические критерии, предложенные Ж. Ханифином и Х. Райка (1980). Средний возраст детей - 4,7±3,6 лет (от 2х месяцев до 17 лет). Посев мазков производился на кровяной агар. Полученные изоляты идентифицировали до вида с использованием системы "Walka-way 96 plus", Siemens Healthcare Diagnostics, Германия. Статистическая обработка проводилась с помощью Stat Soft Statistica 6.0. Использовали критерий хи-квадрат в сравнении значений для точности данных. Различия с $p < 0,05$ приняты как достоверные.

Результаты. Стафилококк был обнаружен на поврежденной коже детей с АтД в 74% случаев. В 26% (31 пациент) - роста стафилококка не было. Выделили следующие коагулазонегативные штаммы: *S.haemolyticus* (5 детей), *S.warneri* (3 чел), *S.hominis* (4 чел); *S.saprophyticus*, *S.sciuri* и *S.capitis* (по 1 чел). Исследование показало преобладание *S.aureus* и *S.epidermidis* (53 и 54 соответственно). Мы не получили свидетельств связи более частой колонизации *S.aureus* и тяжести течения АтД. У 17 детей обнаружены разные штаммы стафилококка: 9 случаев *S.aureus* и *S.epidermidis*, 2 - *S.haemolyticus* и *S.aureus*, 1 - *S.haemolyticus* и *S.epidermidis*, 1 - *S.saprophyticus* и *S.aureus*, 1 - *S.epidermidis* и *S.hominis*, 1 - и *S.warneri*, 1 - тройной ассоциированности *S.epidermidis*, *S.aureus* и *S.hominis*. Таким образом *S.epidermidis* показал частую ассоциированность с *S.aureus*. Одновременное присутствие стафилококков не вызывало более тяжелого течения АтД, а также не показывало связи с различными формами заболевания. Было отмечено, что с возрастом повышается присутствие *S.aureus* и снижается - *S.epidermidis*. Было отмечено, что при объединении всех коагулазонегативных штаммов в отдельную группу, мы убедились в достоверно более частом присутствии на коже *S. aureus* при тяжелом хроническом течении болезни ($p=0,051$). Мы не выделили *S. aureus* в группе сравнения и обнаружили его только в 6% случаев в контрольной группе. *S. epidermidis* поражал кожу в 12% случаев в каждой из групп.

Выводы. Таким образом, *S. aureus* чаще колонизировал кожу пациентов с длительным течением АтД и хроническим воспалением, вытесняя при этом коагулазонегативные штаммы бактерии. Вполне вероятно, что ассоциированное присутствие нескольких штаммов стафилококка на коже приходится на конкретный период развития локального воспаления, когда кожа все еще сохраняет способность контролировать колонизацию *S. aureus*.

АНАЛИЗ ПОДРОСТКОВ 13-15 ЛЕТ НА ПРЕДМЕТ ПЕРЕНЕСЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Дубинина М.С.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Хмелевская Ирина Григорьевна,
к.м.н., доцент Жизневская Ирина Ивановна
ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет
Минздрава России

Введение. Несмотря на большую распространённость и высокую контагиозность новой коронавирусной инфекции, удельный вес детей среди заболевших COVID-19 существенно ниже, чем других возрастных групп. Однако, с появлением штамма «Омикрон», его распространённость в детской популяции значительно выросла, а это значит, что статистические данные заболеваемости новой коронавирусной инфекцией, их абсолютный и относительный рост обуславливают актуальность совершенствования подходов к диагностике, терапии и реабилитации в рамках действующих временных клинических рекомендаций.

Цель. Провести исследование среди подростков 13-15 лет на предмет перенесения ими новой коронавирусной инфекции для изучения распространённости заболевания в данной выборке, характера и методах диагностики и течения CoViD-2019.

Материалы и методы. Для проведения социологического опроса была разработана анкета, доступная по ссылке: <https://forms.gle/r7aueras4KsGjVbF9>. В опросе приняли участие 52 обучающихся 7-9 классов МБОУ «Гимназия №44» г. Курска, что полностью удовлетворяет необходимости обеспечения репрезентативности выборки согласно цели исследования.

Результаты. Среди опрошенных 61,5 % респондентов – девушки, 38,5% - юноши в возрасте 13 лет (7,7%), 14 лет (76,9%) и 15 лет (15,4%). Среди респондентов 61,5% переболели CoVidD-2019, 18,3% школьников считают, что не болели новой коронавирусной инфекцией, 20% опрошенных затрудняются однозначно ответить на вопрос. 37,5% обучающихся пришли к заключению о том, что перенесли новую коронавирусную инфекцию самостоятельно, основываясь на симптомах и эпидемиологическом анамнезе. 12,5% респондентов во время заболевания имели подтвержденный положительный результат ПЦР-тестирования на выявление РНК SARS-CoV-2. У 25% школьников заболевание протекало одновременно с болезнью родственника, у которого был достоверно подтвержденный CoViD-2019. 25% респондентов к заключению о перенесении заболевания пришли исходя из определения высокого титра IgG в крови. Среди возможных симптомов заболевания коронавирусной инфекцией школьники отмечали слабость (75%) и anosmiю (75%), не менее распространенными симптомами были головная боль (62,5%) и заложенность носа (62,5%). Кашель встречался у 50% опрошенных, а повышение температуры выше 37оС лишь у 25% респондентов. 53,8% школьников, в случае возникновения необходимости готовы поддержать решение их совершеннолетнего родственника, друга пройти вакцинацию против CoViD-2019, 15,4% респондента не смогут поддержать

близкого человека в его решении, а 30,8% затрудняются ответить. В случае возникновения возможности для детей от 14 до 18 лет пройти вакцинацию от CoViD-2019, 38,5% опрошенных готовы воспользоваться ей, 15,5% не готовы, а 46,2% затрудняются дать определенный ответ на этот вопрос.

Выводы.

1. Большинство случаев перенесения новой коронавирусной инфекции в подростковой популяции не являются подтвержденными с помощью ПЦР-тестирования на выявление РНК SARS-CoV-2, что может влиять на статистические данные заболеваемости, а также на протокол лечения в каждом отдельно взятом клиническом случае.

2. Новая коронавирусная инфекция для детей протекает более благоприятно и менее выражено, проявляясь незначительными по силе и времени симптомами, самими распространенными из которых являются аносмия и усталость.

3. Среди подрастающего поколения сформированы положительные взгляды на вопрос о вакцинации против CoViD-2019, поскольку многие поддерживают ее (53,8%), а 38,8% готовы пройти вакцинации при наличии такой возможности.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТОКСОКАРОЗА У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Хаялутдинова Л.Р., Ахмадеева А.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Волгина Светлана Яковлевна,
к.м.н., доцент, Гилмуллина Файруза Саубановна
ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава
России, Казань, Россия

Введение. По данным ВОЗ паразитарные заболевания широко распространены среди детского населения. К числу наиболее значимых относятся геогельминтозы. В Российской Федерации по данным Роспотребнадзора за 2020 год было выявлено 353 случая токсокароза у детей до 17 лет.

Токсокароз вызывается паразитами из класса круглых червей *Toxocara canis et cati*, выделяющихся у кошек и собак. Инвазия сопровождается гематогенной диссеминацией личинок с поражением различных органов и систем. Наибольший риск заражения имеют дети, страдающие гео-/копро-/онихофагией.

Изучение клинических проявлений и своевременности диагностики токсокароза у детей в современных условиях.

Цель. Изучить клинические проявления и своевременность диагностики токсокароза у детей в современных условиях.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование и ретроспективный анализ амбулаторных карт 38 пациентов в возрасте от 1 до 15 лет с подтвержденным диагнозом «Токсокароз». Средний возраст пациентов составлял $5,5 \pm 3,0$ лет. Пациенты были распределены на 2 группы: первая - от 1 до 6 лет ($n=25$) и вторая - от 7 до 15 лет ($n=13$). У всех детей проводились оценка жалоб, данных эпидемиологического анамнеза, клинических и лабораторных исследований. Подтверждением диагноза служило определение титров антител

класса IgG к возбудителям токсокароза в соотношении 1:200 и более для глазной и 1:800 и более для висцеральной формы. В ходе исследования исключались персистирующие инфекционные и другие паразитарные заболевания. При обработке данных использовался статистический метод исследования – критерий Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты. В I группе обследуемых преобладали аллергические заболевания, во II - болезни органов дыхания и пищеварения. В результате отсутствия данных эпидемиологического анамнеза постановка корректного диагноза оказалась отсроченной в половине случаев. В группах наблюдения регистрировалось повышение общего IgE только у 15,8% детей с токсокарозом, эозинофилия – у двух третьих. Отсутствие четких алгоритмов диагностики токсокароза у часто болеющих детей подвергает их неоправданному риску как при проведении сложных диагностических процедур, так и при назначении неэффективной медикаментозной терапии.

Выводы. При диагностике токсокароза следует учитывать многообразие клинических масок при отсутствии характерных патогномоничных симптомов заболевания.

Низкий уровень настороженности относительно токсокароза среди специалистов и отсутствие четких алгоритмов диагностики часто болеющих детей подвергает пациентов неоправданному риску. Знание эпидемиологии, особенностей диагностики и клинических проявлений токсокароза у детей позволит врачам-педиатрам назначить своевременное и адекватное лечение.

ГАМАРТОМА ГИПОТАЛАМУСА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Юнусов АР.

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

Введение. Гамартумы гипоталамуса (ГГ) - редкие опухолевидные пороки развития, возникающие во время внутриутробного развития плода и проявляющие себя после рождения. Они относятся к орфанным заболеваниям с частотой встречаемости в детской популяции 1:200 000. Отсутствие знаний об особенностях течения ГГ приводит к снижению качества оказания медицинской помощи данному контингенту детей.

Цель. Изучение ранней клинической картины Гамартумы Гипоталамуса и развития осложнений для своевременной диагностики, создание алгоритма ведения пациента. **Материалы и методы.** было проанализировано 42-е истории болезни пациентов в возрасте 0-18 лет с клиническими проявлениями Гамартумы Гипоталамуса.

Результаты. Клинически выделялись два фенотипа ГГ, имеющих центральное преждевременное половое созревание и эпилепсию и связанные с ней нейроповеденческие отклонения. У лиц с первым фенотипом начальные

симптомы дебютировали в возрасте в среднем от 1 до 3 лет в виде появления аномально ранних изменений, связанных с половым созреванием, эпилепсия у них отсутствовала. Впоследствии у этих детей регистрировался низкий рост 17,8% и формировались проблемы, связанные с нарушением психосоциальной адаптации 66,4%.

Для больных с эпилепсией были характерны фармакорезистентные геластические судороги. Средний возраст начала этих приступов составил 11,0-12,0 месяцев (74,3%). Нередко у пациентов могут возникать припадки, напоминающие плач (дакритические припадки) (12,33%). Другие типы припадков, которые являлись более инвалидизирующими для пациентов, развились в дошкольном возрасте в 76,1% случаев.

У детей в возрасте 4-7 лет, как правило, имелись когнитивные нарушения (чаще связанные с нарушениями скорости обработки информации) (44,3%) и сопутствующие психические расстройства (83,7%). Эпизоды поведенческой агрессии регистрировались у 27,4% детей, умственная отсталость – у 53,2%, синдром дефицита внимания/гиперактивности – у 76,12% обследованных. С возрастом у 54,5% детей с ГГ и эпилепсией наблюдалось прогрессирование представленных симптомов.

Нами разработан алгоритм наблюдения детей с ГГ, куда вошли лабораторно-инструментальные методы исследования: анализ крови на гормоны щитовидной железы, надпочечников. Инструментальные исследования включали: ЭЭГ, видео-ЭЭГ, МРТ головного мозга. Пациентам, прошедшим хирургическое лечение необходимо проведение нейропсихологического тестирования. Также требовалось динамическое наблюдение больных многопрофильной командой специалистов, включающих эндокринолога, невролога, нейрохирурга, нейропсихолога, генетика.

Выводы. Знания ранних специфических диагностических критериев болезни позволяет врачу-педиатру своевременно организовать обследование пациентов с подозрением на ГГ и поставить правильный диагноз. Разработанный алгоритм наблюдения больных необходим для выявления осложнений заболевания, оценки качества проведенной терапии.

ДЛЯ ЧЕГО НУЖНА ДИЕТА: РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Калямова А.В., Абызова А.Ч., Китова И.В.

Научный руководитель: Самороднова Елена Анатольевна
ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава
России, Казань, Россия

Введение. В последние годы термин «диета» используется в основном в контексте пищевых ограничений обычного рациона в случаях каких-либо заболеваний, либо для достижения определенных физических параметров. Особое распространение такая трактовка вопроса получила среди подростков и молодежи, а именно в этой возрастной группе чаще всего наблюдаются расстройства пищевого поведения.

Материалы и методы. Проведено анкетирование 812 обучающихся 5-11 классов, проживающих в Республиках Татарстан, Башкортостан и в Пермском крае, в возрасте от 10 до 18 лет (медиана 16,5 лет).

Результаты. Среди респондентов большинство было девочек - 89,8%. По результатам опроса 97,4% термин диета понимают как «ограничение обычного питания с исключением каких-либо групп продуктов и/или изменения объемов питания», и дифференцируют его с понятием «рациональное питание». Считают себя здоровыми 78,1% опрошенных, остальные отмечают наличие хронической патологии (гастрит 12,4%, панкреатит 4,6%, пищевые аллергии 4,2% и др.). Кроме того, 17,6% участников опроса отметили, что занимаются спортом, который требует особых диетологических подходов. Важно отметить, что более половины детей (57,3%) уже имеют опыт применения диет, причем по рекомендации врача или тренера только по 7,9% соответственно, остальные - по собственному желанию. Основным источником сведений о диетах 61,8% опрошенных назвали социальные сети, 19,2% - от друзей и родителей. Мотивацией к соблюдению диеты чаще всего были контроль веса 32,1%, заболевание 7,9%, занятие спортом 7,8%, кроме того, 43% респондентов что для поддержания здоровья обязательно нужна диета. Самыми популярными среди подростков оказались интервальное питание 23,3%, безмолочная диета 9,4%, безглютеновая - 5,9%.

Тревожным, на наш взгляд, является тот факт, что под влиянием современных масс-медиа и соцсетей у подростков формируется определенный ассоциативный образ человека - что это здоровые люди (75,1%), стройные (58,4%), выносливые (46,9%), красивые (42,2%) и т.д.

Выводы. Таким образом, на основании проведенного опроса мы выяснили, что практически все дети и подростки информированы о значении питания для здоровья, имеют представление о различных диетах, однако у большинства сформировано искаженное представление о необходимости постоянных пищевых ограничений для поддержания здоровья, что может привести к нарушению пищевого поведения и требует усиления просветительской работы медработников, педагогов и родителей.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ С КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКОЙ РОСТА И ПУБЕРТАТА КАК КРИТЕРИЙ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Логачева О.А., Чередникова К.А.

Научный руководитель: д.м.н., заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней, детской эндокринологии и диабетологии Филина Наталья Юрьевна
ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Введение. Выбор тактики ведения подростков с конституциональной задержкой роста и пубертата (КЗРП) является краеугольным вопросом. Нарушение психологического статуса и качества жизни пациентов может

являться определяющим фактором в назначении медикаментозной коррекции

Цель. Оценить психологический статус и качество жизни мальчиков-подростков с КЗРП до и после медикаментозной коррекции

Материалы и методы. анкетировано 97 мальчиков 15 лет: основная группа (n=67) – подростки с КЗРП, группа сравнения (n=30) – здоровые дети. Первый этап – оценка качества жизни и психоэмоционального статуса.

Индивидуальные психологические особенности детей исследовались с помощью следующих параметров:

- показатели Качества жизни по опроснику PedsQL™ 4.0,
- по тесту Кондаша оценивали тревожность
- для оценки уровня депрессии использована методика центра эпидемиологических исследований США (CES – D) в адаптации М.Ю. Дробижева.

Второй этап – медикаментозная инициация пубертата (3 месяца): подгруппа А (n=25) – андрогены; подгруппа Б (n=17) – анаболические стероиды; подгруппа В (n=17) – без терапии. Третий этап – оценка качества жизни и психоэмоционального статуса спустя 6 месяцев после лечения.

Результаты. При сравнении исходно у 62% (45) мальчиков с КЗРП наблюдался высокий уровень общей тревожности, что было в 3,5 раза выше, чем у здоровых сверстников. В основной группе у 74% (50) мальчиков выявлена субдепрессия, в группе сравнения у 13% (4) детей. Общая оценка качества жизни у подростков с КЗРП составила 65 [60,8;73] баллов, в группе сравнения – 83 [70;95] балла, аналогичные, достоверно низкие результаты получены по отдельным шкалам функционирования. Через 6 месяцев после терапии препаратами тестостерона у 89% (22) мальчиков отмечено снижение тревожности, у 60% (15) отсутствовали проявления депрессии. Общий балл качества жизни, показатели шкал функционирования достоверно повысились до уровня здоровых сверстников. На фоне терапии получавших ретаболил в 70% (18) случаев наблюдалось снижение уровня тревожности, по шкале депрессии положительной динамики не получено. Общий балл качества жизни пациентов увеличился до 78 [71; 82] баллов; достоверных отличий по шкалам физического и эмоционального функционирования не отмечено. У подростков находящихся без лечения достоверных отличий при оценке качества жизни и психологического статуса получено не было.

Выводы. Своевременная инициация пубертата у мальчиков-подростков с КЗРП позволяет значительно улучшить психоэмоциональный статус и качество жизни. Оценка качества жизни и психоэмоционального статуса является важным критерием выбора тактики ведения пациентов с КЗРП.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ СРЕДИ ВРАЧЕЙ И РОДИТЕЛЕЙ

Набиева Р.Р., Морозова Е.И.

Научный руководитель: к.м.н., Тамбова Наталья Анатольевна
ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава
России, Казань, Россия

Введение. Проблемы инфекционной патологии сегодня не утрачивают своей актуальности, несмотря на все достижения науки. Прививка от ветряной оспы не входит в стандартный график вакцинации детей в России. Ее делают по желанию родителей. Информированность населения о включении вакцины от ветряной оспы в Национальный календарь повлияет на приверженность к вакцинации. Повысится значимость данной процедуры, так как в настоящее время ветряная оспа является одной из самых заразных и распространенных инфекций в мире

Цель. Оценить уровень информированности введения вакцинации от ветряной оспы среди врачей и родителей в Национальный календарь прививок России.

Материалы и методы. Работа проводилась на базе детского стационара 18 городской больницы г. Казани, детских городских поликлиник №6, №7, клиники «Эрда» методом анонимного анкетирования

Использовались 3 анкеты: 1) для педиатров (опрошено 144 врача); 2) для родителей, дети которых младше 3 лет (96 человек); 3) для родителей, чьи дети старше трёх лет (129 человек).

Результаты. Установлено: 42% педиатров входит в категорию возраста 45-60 лет, 33% - 18-30 лет, 25% - 31-45 лет. 108 педиатров имеют детей. 75% не привиты от ветряной оспы, так как переболели (80%), не знали, где можно привиться (20%). 75% педиатров получают информацию о вакцинации во время научных конференций, 67% - из нормативных актов и медицинской периодике, 58% - от медицинских представителей, 42% - из курсов повышения квалификации, 33% - из СМИ.

Во второй группе: 43% родителей входит в категорию возраста 31-40 лет, 43% - 20-30 лет, 14% - 41-50 лет. 57% опрошенных имеют высшее образование, 43% - среднее специальное. В 100% случаях дети до 3 лет не болели ветряной оспой. 57% негативно относится к вакцинопрофилактике, 14% считают, что вакцина не всегда гарантирует стойкий иммунитет, 28% «За» вакцинацию. 95 % родителей не знают, что планируется включение вакцины от ветряной оспы в национальный календарь. 71% получает информацию от медицинских работников.

В третьей группе: 80% родителей входит в категорию возраста 30-45 лет, 20% - 18-30 лет. 73% опрошенных имеют высшее образование, 20% - среднее специальное, 7% - среднее. 33% детей переболели ветряной оспой, средний возраст-4 года. В 80%- легкое течение. 93% родителей не знают, что возможно включение вакцины от ветряной оспы в национальный календарь. 100% детей привиты от всех инфекций, входящих в Национальный календарь. 93% получают

информацию о прививках от медицинских работников, 53% - не нуждаются в дополнительной информации.

Выводы. При оценке уровня информированности включения вакцинации от ветряной оспы среди врачей выявлено 100% информированность педиатров. У родителей с детьми до 3 лет 5%, у родителей с детьми старше 3 лет 7% соответственно. Повышение информированности родителей о включении вакцины от ветряной оспы в Национальный календарь прививок является одной из главных задач медицинского персонала, требует освещения на приемах.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА У РАНЕЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ: ПРОСПЕКТИВНОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Румянцев М.А., Бобкова П.А., Петрова П.Ю.

Научный руководитель: PhD, Мунблит Даниил Борисович
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва,
Россия

Введение. С появлением COVID-19 большую актуальность приобрел постковидный синдром (ПКС), развивающийся, как правило, через 3 месяца после перенесенной коронавирусной инфекции и характеризующийся совокупностью симптомов, которые длятся не менее 2 месяцев и не могут быть объяснены альтернативным диагнозом. Несмотря на то, что течение COVID-19 у детей обычно значительно легче чем у взрослых, появляются данные о том, что некоторые дети сталкиваются с ПКС, однако данных по долгосрочной распространенности ПКС по-прежнему недостаточно

Цель. Оценить распространенность ПКС и дать характеристику наиболее частым проявлениям ПКС через 6 и 12 месяцев после перенесенного COVID-19.

Материалы и методы. Проспективное когортное исследование "StopCOVID" проводилось в рамках сотрудничества Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова и ДГКБ им. З.А. Башляевой. Сбор данных по острой фазе заболевания проводился путем обработки электронных медицинских карт пациентов. Телефонное интервьюирование пациентов осуществлялось через 6 и 12 месяцев после выписки согласно протоколу "международного консорциума по тяжелым острым респираторным заболеваниям и новым инфекциям" (ISARIC) для оценки долгосрочных последствий COVID-19 у детей. В качестве определения ПКС в рамках данного исследования использовалось определение ВОЗ. Все жалобы участников исследования были категоризированы согласно органам и системам. Критериями включения в исследование были лабораторно подтвержденный COVID-19 и завершение интервью на обеих катамнестических точках

Результаты. В исследование вошли 360 детей (медианный возраст – 9,53 лет (интерквартильный размах – 2,36-14,76), 49,80% – мальчики), находившихся на стационарном лечении в период апрель-август 2020 года, родители которых предоставили данные в рамках обоих интервью. У 20% детей, перенесших

COVID-19, отмечались те или иные проявления ПКС через 6 месяцев. Самыми распространенными симптомами были: усталость (9%), дерматологические (5%), гастроинтестинальные (4%) и нейрокогнитивные (4%) проявления, а также нарушение сна (4%). К 12 мес. число детей с ПКС снизилось до 11%. Самыми распространенными проблемами оставались: усталость (4%), дерматологические (2%) и нейрокогнитивные (2%) проявления.

Выводы. ПКС – распространенный феномен у ранее госпитализированных детей с COVID-19, и каждый пятый ребенок сталкивается с ним в течение полугода после выписки из стационара. Несмотря на снижение распространенности в течение года после перенесенного COVID-19, половина детей, имевших ПКС через 6 месяцев после острой фазы заболевания, продолжают испытывать проблемы, среди которых преобладают: усталость, дерматологические и нейрокогнитивные проявления. Результаты данного когортного исследования обнадеживают и показывают, что 9 из 10 детей не имеют никаких проблем через год после выписки из больницы, однако результаты работы следует расценивать как предварительные и требующие подтверждения в рамках исследований с контрольной группой.

**НАПРАВЛЕНИЕ «ПЕДИАТРИЯ».
КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ**

ВАЖНОСТЬ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И СОБЛЮДЕНИЯ ДИЕТЫ ПРИ ГОМОЦИСТИНУРИИ

Егорова А.И., Тулупова С.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ларина Любовь Евгеньевна
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Введение. Гомоцистинурия – аутосомно-рецессивное орфанное заболевание, обусловленное нарушением метаболизма метионина вследствие дефекта цистатион-бета-синтазы, приводящее к накоплению гомоцистеина и его метаболитов. Характерны деформации скелета, миопия, подвывих хрусталика, умственная отсталость, склонность к тромбообразованию.

Цель. Проследить развитие основных симптомов гомоцистинурии у ребёнка, проанализировать эффективность терапии.

Материалы и методы. Была проанализирована медицинская документация (за период с 2018 по 2022 гг.) пациента, наблюдавшегося в МДГКБ.

Результаты. Мальчик 9 лет, после года отмечалось отставание в речевом развитии, с 1,5 лет ребенок наблюдался неврологом, ноотропы – без эффекта. В 4 года выявлен подвывих хрусталика с двух сторон, имплантированы интраокулярные линзы. Сибс ребенка поступил в МДГКБ в экстренном порядке в 2018 с острым нарушением мозгового кровообращения, обнаружен ишемический инсульт, смерть в 10 лет. Заподозрена классическая гомоцистинурия. Обнаружены схожие симптомы у младшего брата. При обследовании: гомоцистеин 122,21 мкмоль/л, метионин 36,48 мкмоль/л. Генетически подтверждена гомоцистинурия. Поставлен диагноз: классическая гомоцистинурия – недостаточность цистатион-бета-синтазы, пиридоксин нечувствительная форма. Начата низкобелковая диета с ограничением метионина. В августе 2019 в терапию введен Бетаин. Сентябрь 2019, март 2020: уровень гомоцистеина и метионина выше нормы. В сентябре 2020: на фоне диеты в стационаре гомоцистеин – 94,47 мкмоль/л, метионин 378,84 мкмоль/л. Установлена сколиотическая деформация грудно-поясничного отдела позвоночника 2 степени. Февраль 2021: улучшен контроль за диетой, гомоцистеин 45,39 мкмоль/л, метионин 55,13 мкмоль/л. Сентябрь 2021 на фоне нарушения диеты: гомоцистеин 114,05 мкмоль/л, метионин 81,39 мкмоль/л.

Выводы. Ранняя диагностика гомоцистинурии, своевременно начатое лечение и приверженность к диете предотвращают риск тяжелых осложнений и инвалидизации пациента.

СИНДРОМ РЕТТА У ДЕВОЧКИ ТРЕХ ЛЕТ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Устюжанина Д.В., Писоцкая Ю.В.

Научный руководитель: д.м.н., зав. каф. педиатрии №2, Бурлуцкая Алла Владимировна
ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»,
Краснодар, Россия

Введение. Синдром Ретта – генетическое X сцепленное заболевание, приводящее к регрессу психомоторных навыков, социальной аутизации.

Цель. Описание клинического случая синдрома Ретта у девочки 3-х лет.

Материалы и методы. История болезни девочки с синдромом Ретта, находившейся на обследовании и лечении в неврологическом отделении ДККБ г. Краснодара. Проведено клиническое ретроспективное исследование.

Результаты. Девочка А. 3-х лет родилась от первой беременности, ОРИ в 6 недель, гестационный сахарный диабет у матери. Роды первые срочные, масса при рождении 3260 г, длина тела 52 см, оценка по шкале Апгар 8-8 баллов. Ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей, к груди приложена на 5 сутки в связи с аспирационным синдромом, гипоксией 2 степени. В раннем неонатальном периоде отмечались приступы апноэ, выписана на 18 сутки с диагнозом: Перинатальная церебральная ишемия 2 степени. Синдром вегето-висцеральной дисфункции. Девочка росла и развивалась по возрасту. Привита в соответствии с национальным календарём прививок.

В 1 год 3 месяца мама обратилась к участковому педиатру с жалобами на задержку речи у ребенка, нарушение походки, потерю навыков (стала плохо удерживать игрушки, падать при ходьбе). Проведены исследования: биохимические показатели, гормонограмма в пределах нормы. Ребенок направлен на дообследование в медико-генетическую консультацию - патологии не выявлено.

В 2 года 3 месяца девочка госпитализирована в неврологическое отделение ДККБ. Ребенок самостоятельно не стоит, ноги согнуты в коленных суставах, отмечаются стереотипные движения руками моющего характера. Речь на уровне звуковых комплексов. Инструкции не выполняет. Интеллект резко снижен. Лицо гипомимично, редкая смена взора. Альтернирующее косоглазие. Мышечный тонус снижен, туловищная атаксия. Ходит у опоры. Навыками самообслуживания не владеет.

Предварительный диагноз: «Детский церебральный паралич. Резидуальный период. Атонически-атактическая форма, 3 степени тяжести. Задержка формирования экспрессивной речи и когнитивных функций».

Лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи в норме. Биохимическое исследование крови: в пределах нормы. Инструментальные исследования: УЗИ сердца, печени, селезенки, почек - патологии не выявлено. Электромиография: снижение проведения импульса по моторным волокнам смешанного типа. Электроэнцефалограмма (ЭЭГ): пароксизмальная активность, комплексы эпилептиформной активности «спайк-волна» по правым лобно-височным отведениям. Видеомониторинг ЭЭГ - региональная эпилептиформная активность с акцентом на центральный регион и правую височную область. Компьютерная томография головного мозга: расширение височного рога левого бокового желудочка.

Консультация невролога: Детский церебральный паралич, резидуальный период, атонически-атактическая форма, 3 степени тяжести; задержка формирования экспрессивной речи и когнитивных функций. Первичная консультация генетика: Синдромальной патологии не выявлено.

Так как проведенный диагностический поиск не дал возможность установить причину неврологических отклонений, материал направлен на генетическое исследование в ФГБНУ «Медико-генетический научный центр имени академика

Н.П. Бочкова» г. Москва. Выявлена мутация с.468C>G (p.D156E) в гетерозиготном состоянии, установлен диагноз синдром Ретта.

Рекомендовано лечение препаратами, улучшающими мозговое кровообращение; реабилитационный курс массажа, физиотерапии, комплекс лечебной физкультуры.

Выводы. Синдром Ретта относится к редким генетическим заболеваниям. Клинический случай подчеркивает важность генетического обследования детей с прогрессирующей утратой ранее приобретенных навыков для более точного и раннего установления диагноза.

ПРИМЕНЕНИЕ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Турсунова Н.Б.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Крючкова Татьяна Алексеевна
ФГАОУ ВО Белгородский государственный национальный исследовательский
университет, Белгород, Россия

Введение и актуальность. В последние несколько десятилетий отмечается постоянный рост заболеваемости бронхиальной астмой (БА). В большей степени тенденция к росту наблюдается в индустриально развитых странах, что обусловлено изменением климатических условий и экологическими факторами. Доказано, что у городских жителей БА возникает чаще, чем у сельских (7,1% и 5,7% соответственно). Отягощенная наследственность обуславливает и тяжелое течение болезни, которое трудно поддается базисной терапии, способствуя прогрессированию заболевания в тяжелые неконтролируемые формы.

Цель демонстрации. Показать эффективность таргетной терапии в лечении неконтролируемой бронхиальной астмы у детей.

Описание наблюдения. 1. Девочка Г., 13 лет, в конце июля 2019 г. поступила в пульмонологическое отделение ДГБ №2 г. Белгорода с жалобами на кашель непродуктивный, поверхностный; одышка, свистящее дыхание, преимущественно в вечерние и предутренние часы, на фоне физического и эмоционального напряжения;

Из анамнеза: Первые признаки у пациента появились в 1,5 года в виде выраженного бронхообструктивного синдрома. Из-за наследственной предрасположенности, диагноз БА ставят сразу. Приступы возникали по 5-6 р в месяц. Ухудшение процесса вызывали физические нагрузки, нарушение диеты. На протяжении последующих 5 лет ребенок находился на базисной терапии: ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) - серетид-мультидиск в средних и высоких дозах без возможности снижения, вместе с контроллерами, бета-агонистами длительного действия – сальметерол. Несмотря на высокие дозы ИГКС, состояние не улучшалось. Приступы остаются неконтролируемыми. Могут возникать на фоне стресса, любой физической нагрузки, ночью. На июль 2019 г. состояние средней тяжести за счет дыхательной недостаточности, снижения физической активности. После проведения лабораторного

исследования наблюдается значительное повышение уровня общего IgE – 936,7 МЕ/л, по заключению спирографии ЖЕЛ уменьшена (8 градация). Наблюдается резкое снижение проходимости дыхательных путей (9 градация). Так как остальные подходы к лечению не давали должного эффекта, принято решение о назначении лекарственного препарата омализумаб п/к 1 р. в 2 нед. с дозировкой 375мг 12 нед. В октябре этого года контроль эффективности показал ЖЕЛ в пределах нормы (1-2 градация), условная норма прохождения дыхательных путей (3 градация). Через 4 месяца физическая нагрузка без предварительного приема адrenomиметиков не вызвала приступ бронхообструкции. На фоне проведения анти-IgE терапии снизилась потребность в бронходилататорах короткого действия, стала лучше переносить физическую нагрузку.

2. Девочка М., возраст 7 лет, находилась на стационарном лечении в пульмонологическом отделении детской городской больницы №2 г. Белгорода.

Из анамнеза: Первые признаки БА появились в 2-х летнем возрасте в виде частых бронхообструкций. 3 года проводилось лечение антибиотиками и противоаллергенными препаратами. В 5 лет диагностирована БА. В течение этого времени получает средние и высокие дозы ИГКС без возможности снижения. Приступы не контролируются с 2-летнего возраста. Базисная терапия не дает должного эффекта. В июле 2020 года начинает курс введения препарата омализумаб, который неоднократно во многих исследованиях показал свою эффективность не только у пациентов с ТБА, но и у больных с аллергическим фенотипом. На фоне лечения наблюдается достижение контроля над заболеванием и улучшение функции легких. Госпитализации на данный момент носят плановый характер для проведения этапной терапии препаратом Ксолар п/к 375 мг 1 р в 2 недели.

Заключение, выводы. Омализумаб является эффективным средством при лечении ТБА. После применения наблюдается улучшение функции легких, а также достигается контроль над ТБА. После курса приема, заметно снижение частоты бронхиальных приступов и обострений. Препарат также способен влиять на ремоделирование бронхиальной стенки. Улучшается качество жизни пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Турсунова Н.Б.

Научный руководитель: к.м.н, профессор. Калмыкова Галина Владимировна
ФГАОУ ВО Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

Введение и актуальность. Распространенность эпилепсии в целом по всем возрастным группам составляет 5%. Пароксизмальные состояния могут наблюдаться и при эпилепсии, и при других заболеваниях. Наиболее частыми пароксизмальными состояниями, ошибочно принимаемыми за эпилепсию, являются синкопы, конверсионные или псевдоэпилептические приступы, парасомнии, пароксизмальный хореоатетоз, доброкачественные миоклонии.

Цель демонстрации. Около 20% больных получают антиэпилептическую терапию ошибочно в связи с неправильно диагностированными эпилептическими приступами. Нашей целью было определить рациональную тактику дифференциальной диагностики пароксизмальных состояний у детей, подростков и молодых.

Описание наблюдения. Пациентка С., женского пола, 7 лет, в октябре 2020 г. поступила в неврологическое отделение ОГБУЗ ДОКБ, с жалобами на тонико-клонические припадки с сохраненной осознанностью.

Из анамнеза: Ребенок родился от первой беременности и первых родов протекавших без осложнений с массой 2850 г и длиной 48 см. 8/9 по шкале APGAR. Профилактические прививки проведены согласно Национальному календарю. Перенесенные заболевания: паротит, отит наружный, ветряная оспа, гнойные ангины. Наследственный анамнез не отягощен. Первые симптомы появились в возрасте 3 лет: родители заметили несинхронные двигательные подергивания ног после пробуждения. Спустя 2 месяца подергивания начали охватывать и руки, а затем и лицо. Частота атак колебалась от 1 до 10 в сутки, не только после пробуждения, но и во время бодрствования (при физических и эмоциональных нагрузках). Длительность приступов до 2 минут, с эпизодами потери сознания. В неврологическом статусе очаговой симптоматики не выявлено. При проведении ЭЭГ-мониторинга (16.03.2016 года) зарегистрированы разряды острых волн, комплексы острая волна медленная волна в теменно-височной области справа. Результаты лабораторно-инструментальных исследований (общий анализ крови, электрокардиограмма (ЭКГ), ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов) без особенностей. На МРТ выявлено объемное образование в теменной области справа. В июле 2017 года была проведена операция по удалению опухоли, по данным гистологии – астроцитомы в правой теменной доле. До проведения операции, пациентка принимала карбамезапин и барбитураты, которые ввиду неэффективности были заменены на вальпроат. Далее получала лучевую терапию (6 сеансов). Приступы к тому моменту сократились до 1-3 в день, продолжительностью до 1 минуты. К проводимому лечению добавили ламотриджин с постепенным снижением дозы вальпроатов. Спустя 6 месяцев проведена ЭЭГ в динамике: регистрируются единичные эпилептиформные комплексы на фоне нормальной ЭЭГ. После перехода на ламотриджин отмечена ремиссия до начала 2020 года, лечащим врачом решено прекратить прием антиконвульсантов. В мае 2020 года пациентка опрокидывает на себя чайник с горячей водой и получает ожог лица и руки 2 степени. Осложнением ожога явилось нарушение зрения – слепота правого глаза. В сентябре, когда начала ходить в школу регулярно жаловалась на издевки со стороны одноклассников, не пресекаемые классным руководителем. При проведении ЭЭГ видеомониторинга эпилептиформной активности не зарегистрировано. Было проведено полное обследование и выставлен окончательный клинический диагноз: психогенные неэпилептические приступы на фоне стрессовой ситуации. Ребенок переведен на домашнее обучение. Назначена медикаментозная терапия успокоительными средствами и посещение психолога. Приступов не наблюдалось.

Заключение, выводы. Для правильной постановки диагноза необходим тщательный сбор данных анамнеза, подробное уточнение жалоб и семиологии приступа, что позволит уточнить природу пароксизма.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ ДВУХ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Чичканева А.О., Орлова Е.А.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент кафедры госпитальной педиатрии, Волосовец Галина Геннадьевна
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко», Воронеж, Россия

Введение. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура (ТТП) у детей - это редкая и тяжелая патология. В отечественной литературе описаны единичные случаи заболевания в детском возрасте. Ввиду своей редкости ТТП у детей может представлять серьезную проблему для практикующего врача-педиатра в аспекте верификации заболевания и определения лечебной тактики.

Цель. Проанализировать течение болезни у двух больных с ТТП, сравнить его с описанным в литературе.

Материалы и методы. Проанализировано течение болезни у двух девочек – 13 и 12 лет, находившихся на лечении в онкогематологическом отделении Воронежской областной детской клинической больницы №1 с интервалом в 3 года – в 2018 и в 2021 г.г..

Результаты. Заболевание, по литературным данным, обычно манифестирует остро и внезапно: абдоминальный синдром: рвота, выраженные боли в животе; лихорадка. Далее в клинике описывается пентада признаков: гемолитической анемия, тромбоцитопения, синдром поражения ЦНС, лихорадка, поражение почек. У наших больных начало болезни было похожим: внезапно ухудшилось самочувствие: возникла головная боль, тошнота, рвота, отказ от еды, выраженная сонливость. Далее быстро появились бледность и желтушность кожи, петехиальная сыпь. При обследовании выявлена тяжелая анемия и тромбоцитопения, что и послужило поводом направления в гематологический стационар. У первой больной было выраженный синдром поражения ЦНС: отмечалось нарушение сознания в виде сомнолентности/сопора, на вопросы отвечала заторможено, не всегда верно. Но лихорадки и поражения почек, описанных в литературе, не отмечалось. У второй больной присутствовала головная боль, головокружение, но сознание оставалось ясным. Отмечалась лихорадка до 38°C и признаки поражения почек: транзиторное повышение мочевины, креатинина, протеинурия, микрогематурия. У обеих больных отмечалась тяжелая анемия (55-58 г/л), с ретикулоцитозом в пределах 100-186% при отрицательной пробе Кумбса, тромбоцитопения от 14 до 45x10⁹/л. Также отмечалась гипербилирубинемия (свободный билирубин до 43,2-46,1 мкмоль/л), и значительное повышение ЛДГ: 1324-1549 ЕД/л. Маркер образования тромбов D-димер также был значимо увеличен и составил 5,47мг/л и 3,89 мг/л,

соответственно. Активность ADAMTS-13 плазмы была резко снижена и составляла менее 1% и 12% , соответственно (норма – не менее 80%), у обеих больных обнаружены ингибиторные антитела к ADAMTS-13 в высоких титрах. На основании вышеизложенного пациенткам выставлен диагноз: «Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, приобретенная форма» (болезнь Мошковиц). В лечении обе девочки получали преднизолон, трансфузии свежезамороженной плазмы, эритроцитарной взвеси, плазмаферез, ритуксимаб 375 мг/м² №4. На фоне проводимой терапии у обеих состояние значительно улучшилось, нормализовались показатели общего и биохимического анализов крови, снизился до нормы уровень ЛДГ, D-димера; у первой больной регрессировала неврологическая симптоматика, у второй нормализовался анализ мочи и показатели креатинина и мочевины. Контрольный уровень активности ADAMTS-13 -70% и 80%, соответственно; у обеих выявлено значительное снижение титра антител к нему. Катамнез: у первой больной ремиссия сохраняется в течение 4-х лет, у второй – в течение года. Таким образом, в первом случае в течение болезни не отмечалось лихорадки и поражения почек, но была выражено поражение ЦНС, а во втором неврологическая симптоматика была менее выраженной, но имела место лихорадка и транзиторное поражение почек.

Выводы. На современном этапе ТТП (болезнь Мошковица) остается редким и сложным для диагностики заболеванием у детей. Недостаточная информированность специалистов об этой патологии может отразиться на сроках диагностики и своевременности проведения адекватной терапии. Представленные клинические наблюдения, отражающие индивидуальные особенности у детей при указанной патологии, помогут своевременно диагностировать ТТП и применить адекватную терапию.

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА (PMIS) НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ У ДЕВОЧКИ 14 ЛЕТ

Ферулева В.С., Храпунова Е.И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Мещерякова Вера Викторовна
ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет
Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Введение. Первые сообщения о наличии у детей картины болезни, похожей на неполный синдром Кавасаки (СК) и синдром токсического шока появились в апреле 2020 года в Соединенном Королевстве. Синдром был назван «мультисистемным воспалительным синдромом у детей» (также педиатрический мультисистемный воспалительный синдром, далее PMIS). По-видимому, данный синдром подобен тяжелому течению COVID-19 у взрослых и характеризуется стойкой лихорадкой, признаками моно- или полиорганной дисфункции, повышением лабораторных маркеров воспаления и может включать признаки, указывающие на СК или синдром токсического шока. Не все пациенты имеют положительный результат ПЦР тестирования на SARS-CoV-2, но антитела к вирусу имеет подавляющее большинство.

Цель. Разбор клинического течения мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с SARS-CoV-2, у девочки 14 лет.

Материалы и методы. Больная Д, 14 лет 6 месяцев, поступила 26.03.2021 в НОДКБ из ДИБ №23 с диагнозом мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с COVID-19 инфекцией. Месяц назад пациентка перенесла ОРВИ. Настоящее заболевание возникло остро (15.03.2021): повышение температуры тела до фебрильных цифр, умеренные катаральные явления, выраженная общая слабость. На 8 день заболевания - ухудшение состояния с фебрильной лихорадкой до 39°C, жалобы на боли в нижних конечностях, появление болезненной пятнисто-папулезной сыпи розового цвета на нижних конечностях, d=5-10 мм. Госпитализирована в ДИБ №23, где начато лечение ВВИГ, антипиретиками (парацетамол), дезинтоксикационная терапия глюкозо-солевыми растворами. Ввиду отсутствия положительной динамики на 12 день заболевания была переведена в НОДКБ. При поступлении состояние тяжелое, температура тела 39°C. Ребенок вялый, капризный. Кожные покровы бледные, на бедрах, голених узелковая сыпь розового цвета, возвышающаяся над кожей, не зудит. Губы розовые, сухие, язык влажный, обложен белым налетом. В общем анализе крови умеренный нейтрофильный лейкоцитоз до $10,16 \cdot 10^9/\text{л}$, умеренно ускоренная СОЭ до 28 мм/ч. Биохимический анализ крови выявил увеличение СРБ-23,5 мг/л, ферритина-до 228 нг/мл, гаптоглобина-3,86 г/л. В коагулограмме удлинение ПВ с 14,7 до 20,0 сек, АЧТВ с 43,1 до 65,7 сек, увеличение концентрации Д-димера-534 нг/мл, фибриногена-4,94 г/л. Рентгенограмма ОГК без патологии. ПЦР на SARS-CoV-2 - отрицательно. Результаты анализов крови на иерсиниоз и псевдотуберкулез отрицательные. ИФА на АТ SARS-CoV-2 от 25.03.21: IgM=0,9; IgG=14,8 ВАУ/мл. NT-proBNP-247 пг/мл. ЭхоКГ — полость перикарда расширена за счет анэхогенного содержимого до 5 мм, на уровне верхушки сердца. В устье левой коронарной артерии визуализируется аневризма 4,2 мм. Пациентка получала ВВИГ 2 г/кг/курс, аспирин 2 г/сут (40 мг/кг/сут). На фоне проводимой терапии купировать лихорадку не удалось, назначена терапия дексаметазоном 8 мг/сут, далее 4 мг/сут.

Результаты. Только на фоне комбинированной терапии (ВВИГ, аспирин, ГКС) состояние девочки стало улучшаться. Были купированы лихорадка, кожный синдром, нормализовались лабораторные показатели, на контрольной ЭхоКГ - коронарные артерии не расширены. Избыточного количества жидкости в полости перикарда не выявлено. Выписана через 5 недель от начала заболевания.

Заключение. Представляя клинический случай наблюдения пациента с PMIS, мы предлагаем обратить внимание педиатров на критерии дифференциальной диагностики PMIS и СК. Клинические признаки, характерные для PMIS, но не типичные для классического СК включают дисфункцию миокарда и шок; панцитопению; повышенный уровень ферритина, тропонина, NT-proBNP, D-димера; контингент пациентов (заболевают дети старшего возраста), желудочно-кишечные симптомы. Однако по мере распространения пандемии COVID-19 отличить пациентов с PMIS от пациентов с истинным СК будет сложно. Базовый уровень заболеваемости истинным СК будет сохраняться по мере того, как все больше детей будут подвергаться воздействию SARS-CoV-2 с последующей сероконверсией.

ГИПОФОСФАТАЗИЯ У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

Плюснина Д.С.

Научные руководители: к.м.н., доцент, Гирина Асия Ахмедовна;
д.м.н., профессор, Петровский Федор Игоревич; врач высшей категории
Фомичева Татьяна Петровна
БУ ВО Ханты-Мансийская государственная медицинская академия,
Ханты-Мансийск, Россия

Введение и актуальность. Гипофосфатазия – прогрессирующее наследственное метаболическое заболевание, вызванное дефицитом щелочной фосфатазы, который возникает из-за мутации в гене, кодирующем неспецифический тканевой изофермент щелочной фосфатазы. С учетом функции щелочной фосфатазы в клинической картине преобладают мультисистемные нарушения, в первую очередь костные изменения. Многообразие симптоматики и низкий уровень осведомленности врачей о проблеме представляет трудности в диагностике заболевания.

Цель демонстрации. представить клинический случай орфанного заболевания, оценить эффективность патогенетической терапии

Описание наблюдения. Пациент П, 6 лет, родился от 4 оперативных родов, с длиной тела 49 см и весом 3820 г. Оценка по шкале Апгар составила 9/9 баллов. Ребенок от возрастных родителей: 50 и 51 года. С рождения отмечались особенности костно-мышечной системы, из родильного отделения выписан с диагнозом: остеохондродисплазия с дефектами роста трубчатых костей, укорочение трубчатых костей. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены, патологии не выявлено. На первом году жизни отмечалось отставание в физическом и нервно-психическом развитии. В 1 год вес ребенка составлял 8800 г, рост 68 см. В возрасте 1,3 года ребенок все еще не ходил. Наблюдались особенности зубов: они прорезывались и легко выпадали без видимых причин. Впервые уровень щелочной фосфатазы был определен в 1,5 года и составил 42,61 IU/L при норме 150-320 IU/L при текущем диагнозе: последствия перинатального поражения ЦНС, синдром диффузной мышечной гипотонии, задержка моторного развития, задержка роста соматогенного генеза. В возрасте 3 лет обратились в Ханты-Мансийскую клиническую стоматологическую поликлинику, пришли на прием с жалобой на 12 одновременно выпавших зубов. Была проведена панорамная рентгенография челюстей и выявлена низкая минерализация оставшихся нескольких зубов. При дальнейшем обследовании обнаружено выраженное снижение активности щелочной фосфатазы (26,0 IU/L), наличие разрежения костной ткани в виде «языков пламени» малой берцовой кости. Также обращали на себя внимание особенности ребенка: С-образная деформация костей предплечья, деформация грудной клетки, относительное укорочение костей голени, выступающие лобные бугры, гипертелоризм, брахицефалия, плоское лицо, короткая шея, низко посаженные уши. По лабораторным данным выявлены снижение содержания витамина D (16,5 нг/мл), паратгормона (11,44 пг/мл), повышение уровня ТТГ (16,5 uIU/ml). Пациент был направлен в ФГАУ МЗ РФ «Национальный медицинский исследовательский Центр Здоровья Детей», где на основании характерной клинической картины, снижения активности щелочной фосфатазы и молекулярно-генетической диагностики был поставлен диагноз:

гипофосфатазия, детская форма; вторичная адентия; вальгусная деформация нижних конечностей, плосковальгусная деформация стоп; мальформация Арнольда-Киари 1 типа; миопатия неуточненная; синдром нарушения речи 2 уровня. Назначена пожизненная патогенетическая ферментозаместительная терапия препаратом Асфотаза альфа. По результатам последнего обследования отмечается увеличение уровня щелочной фосфатазы до 3597 IU/L и уровня остазы до 124 мкг/л, также на нижней челюсти появились 2 постоянных резца. Сохраняются жалобы на быструю утомляемость ног при ходьбе.

Результаты и выводы. На фоне приема заместительной терапии у пациента наблюдается хороший метаболический эффект с положительной динамикой. Следовательно, своевременно диагностированное заболевание и начатая терапия значительно повысит качество жизни ребенка. Тяжесть течения гипофосфатазии зависит от формы, которая определяется по времени дебюта (перинатальная, младенческая, детская, взрослая). Важность своевременной диагностики и терапии гипофосфатазии диктуют необходимость адекватного уровня настороженности в отношении данного заболевания, особое внимание следует уделять рахитоподобным изменениям костно-мышечной системы ребенка.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ GM 1-ГАНГЛИОЗИДОЗА У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Егорская А.Т.

Научный руководитель: Шуткова Алла Юрьевна, к.м.н., доцент
кафедры госпитальной педиатрии

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

Введение. GM 1-ганглиозидоз (GM-1-Г) – редкая аутосомно-рецессивная лизосомная болезнь накопления, вызванная дефицитом β -D-галактозидазы, встречающаяся в 1:40 000 случаев. Сложность диагностики обусловлена полиорганным поражением и прогрессирующим течением. Заболевание некурабельное из-за отсутствия этиопатогенетического лечения.

Цель. Представить клинический случай GM-1-Г у ребенка раннего возраста.

Описание наблюдения. В Детской городской клинической больнице №1 города Нижнего Новгорода с рождения и до 1 года наблюдался мальчик Л. Ребенок от близкородственного брака, в родословной есть гибель ребенка 18 лет с органическим поражением нервной системы, дилатационной кардиомиопатией. Мальчик от 3 беременности, протекавшей на фоне легкой анемии, токсикоза, 2 родов в срок. Вес ребенка при рождении 3300 г, рост 51 см, оценка по APGAR 8/8 баллов. С первых дней жизни диагностированы пастозность лица, живота, ног, водянка яичек, гиподинамия, желтуха, гепатомегалия (до +3 см). Лабораторно выявлены: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, признаки холестаза, снижения синтетической функции печени, гипераммониемия до 157 мкмоль/л, гиперлактатемия до 3,6 ммоль/л. С 3 месяцев волнообразно нарастал отечный синдром, больше в области ног и мошонки, появилась спленомегалия (до + 0,5 см), возрастные навыки не приобретались. С 5 месяцев появились мелкоточечные пятнисто-папулезные высыпания на коже, нарастание симптомов дыхательной

(ДН) и сердечной недостаточности (СН), огрубение черт лица (макроцефалия, большие губы, гипертрофия десен, гипертелоризм, короткий широкий нос, эпикант). С учетом полиорганности поражения, прогредиентного течения, гиперлактатемии у ребенка предположено наличие наследственного нарушения обмена веществ. По данным иммуноферментного анализа исключены вирусные гепатиты, иммунодефициты, оппортунистические инфекции. По эхокардиографии выявлены признаки гипертрофической кардиомиопатии, легочной гипертензии, по электрокардиографии – признаки перегрузки и прогрессирующей гипертрофии всех отделов сердца. На основании повышения сердечной фракции креатинфосфокиназы, тропонина, антинейтрофильных цитоплазматических антител IgG предполагался инфекционно-иммунный генез СН. По данным компьютерной томографии легких, брюшной полости (БП), результатам магнитно-резонансной томографии БП, мошонки и нормальному уровню альфа-фетопротеина исключены пороки и аномалии сосудистого русла органов грудной клетки, объемные образования БП, мошонки. При нейровизуализации диагностированы признаки наружной атрофической гидроцефалии, гипомиелинизации вещества головного мозга. С помощью tandemной масс-спектрометрии исключены аминокислотопатии, органические ацидурии, дефекты митохондриального β -окисления; методом ферментодиагностики – болезни Краббе, Помпе, Фабри, Гоше, Ниманна-Пика тип А/В, мукополисахаридоз I. При полноэкзомном секвенировании выявлена ранее описанная гомозиготная мутация в 8 экзоне гена *GLB1*, характерная для младенческой формы GM-1-Г. Ребенок получал посиндромную и симптоматическую терапию без эффекта. В динамике прогрессировали гепато- (+8 см) и спленомегалии (+2,5 см), холестаза, гепатоза, уплотнение паренхимы почек, сообщающаяся водянка, СН, ДН. К 1 году сформировались частичная атрофия зрительных нервов, спастический тетрапарез, псевдобульбарный синдром, грубая задержка психомоторного развития. В 1 год 2 месяца мальчик умер при нарастании полиорганной недостаточности.

Выводы. Данный клинический случай демонстрирует классическое течение младенческой формы GM-1-Г. Для верификации патологии необходим сложный поэтапный диагностический поиск с исключением инфекционного, опухолевого генеза поражения, других болезней накопления. Совершенствование знаний о GM-1-Г будет способствовать ранней постановке диагноза и разработке этиопатогенетического лечения.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК ПРИЧИН РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО СИНДРОМА БРОНХООБСТРУКЦИИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Сураева У.С.

Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии, Шуткова Алла Юрьевна; ассистент кафедры госпитальной педиатрии, главный внештатный специалист детский пульмонолог МЗ Нижегородской области

Лебеденко Ольга Павловна,

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Введение. Бронхообструктивный синдром (БОС) - симптомокомплекс, связанный с нарушением бронхиальной проходимости функционального или органического генеза. БОС – это гетерогенное состояние, которое может быть проявлением патологии дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной системы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), ряда наследственных заболеваний, что обуславливает сложность дифференциальной диагностики причин бронхообструкции у детей раннего возраста.

Цель. На примере клинического случая представить этапы диагностики причин рецидивирующего БОС у ребенка раннего возраста.

Материалы и методы. Проанализированы акушерско-биологический, генеалогический анамнез, жалобы, анамнез жизни, заболевания, результаты лабораторно-инструментальных исследований на основании историй болезни ребенка, наблюдавшегося в Детской городской клинической больнице №1 Нижнего Новгорода с 2009 по 2015 год.

Результаты. Девочка З., родилась от 2 беременности, протекавшей на фоне хронической гипоксии плода, вирусной инфекции, токсикоза, угрозы прерывания в 1 триместре, анемии в 3 триместре, никотиновой зависимости. Ребенок родился в срок, в головном предлежании с тугим обвитием пуповины вокруг шеи плода, с весом 3850, ростом 54 см, оценкой по APGAR 7/8 баллов. Генеалогического анамнеза по врожденным и наследственным заболеваниям бронхолегочной системы, сердца, внутренних органов не отягощен. С рождения девочка имела осиплость голоса, эпизоды затрудненного дыхания. С 3 месяцев у пациентки развилась клиника тяжелого БОС, дыхательной недостаточности 3 степени. При обследовании исключены муковисцидоз (неонатальный скрининг, показатели хлоридов пота, рентгенопленочного теста без патологии), наличие атопии, иммунодефицитного состояния (значения общего IgE, уровень иммуноглобулинов – норма), оппортунистических инфекций, глистных инвазий (нет признаков инфекционного процесса по данным иммуноферментного анализа). При бронхоскопии выявлен стеноз трахеи на уровне 1-2 кольца, сужение главных бронхов, катарально-гнойный эндобронхит. Мультиспиральная компьютерная томография легких подтвердила наличие стеноза трахеи до 4 мм, области бифуркации трахеи и левого главного бронха до 2 мм, правого главного бронха – до 1 мм. На рентгене грудной клетки инфильтративных изменений не было. По эхокардиографии (ЭХО-КГ) выявлена малая аномалия развития сердца: дисфункция подклапанного аппарата клапанов, открытое овальное окно. На фоне терапии (кислородотерапия, антибиотикотерапия, ингаляции с беродуалом, пульмикортом, парентерально дексаметазон, эуфиллин) БОС имел волнообразное течение и был купирован к возрасту 5 месяцев. Далее рецидивировали тяжелые эпизоды БОС на фоне вирусной инфекции. При обследовании ребенка в период с 1,5 до 2 лет выявлена по ЭХО-КГ аномалия развития аорты - праворасположенная дуга аорты, дивертикул Kommerell, дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), при бронхоскопии - компрессионное сужение просвета трахеи сосудистым пучком на границе средней и нижней трети до 40%, сужение правого главного бронха до 90% просвета. При фиброгастроудоденоскопии (ФГДС) диагностированы недостаточность кардии, деформация пищевода в зоне

бронхиально-аортального сужения, при исследовании ЖКТ с барием – скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД), гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР). Наряду с консервативной терапией БОС (беродуал, пульмикорт) и ГЭР (прокинетики, антирефлюксные и антисекреторные препараты) проведена оперативная коррекция дефектов (торакоскопическое рассечение сосудистого кольца, гастропуппикация) с положительным эффектом в виде купирования бронхообструкции.

Выводы. Тяжелое рецидивирующее течение БОС у ребенка было обусловлено наличием пороков развития трахеи, главных бронхов и компрессией данных структур аномально сформированной аортой в сочетании с ВПС (ДМПП) и тяжелой патологией ЖКТ (СГПОД, сужение пищевода, ГЭР). Последовательный диагностический поиск позволил выявить причину рецидивов БОС и выбрать оптимальную тактику ведения пациентки.

КУМБС-НЕГАТИВНАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ У ДЕВОЧКИ-ПОДРОСТКА КАК ДЕБЮТ БОЛЕЗНИ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Абретенёва Д.Д., Головки Е.Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ларина Любовь Евгеньевна
ФГАОУ ВО РНИМУ Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение и актуальность. Болезнь Вильсона-Коновалова (БВК) - редкое наследственное мультисистемное заболевание, с частотой встречаемости 1:30000 – 1:100000, в основе которого лежит токсическое накопление меди в органах и тканях. Разнообразие симптомов и длительный латентный период создают трудности для ранней диагностики заболевания и своевременного начала патогенетической терапии.

Цель демонстрации. Представить клинический случай БВК, манифестировавшего Кумбс-негативной гемолитической анемией.

Описание наблюдения. Под нашим наблюдением находилась девочка В., 16 лет. Заболевание началось остро 21.08.21, когда резко появилась желтушность кожных покровов. Бригадой СМП девочка была доставлена в больницу, где при обследовании выявлена анемия (гемоглобин 55 г/л), исключены вирусные гепатиты, была переведена в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу (МДГКБ) с диагнозом «Гемолитическая анемия».

Из анамнеза: с 6-летнего возраста при плановой диспансеризации ежегодно в биохимическом анализе крови наблюдалось повышение уровня АЛТ (аланинаминотрансферазы), АСТ (аспартатаминотрансферазы), ГГТП (гамма-глutamилтранспептидазы) в 2 раза, не обследовалась. Последние 2 года девочку беспокоили головные боли, 6-8 месяцев назад появились слабость, утомляемость. В учебный период 1-2 раза в неделю употребляла энергетические напитки. С мая 2021 года-нарушение менструального цикла. Отмечались эпизоды тошноты, рвоты, не обследована.

При поступлении состояние тяжелое, сознание ясное. Кожные покровы и склеры желтушные, бледные. Тоны сердца: приглушены. ЧСС: 98/мин. Живот: мягкий, безболезненный. Гепатоспленомегалии нет.

В гемограмме: нормохромная, макроцитарная анемия III степени, лейкоцитоз с нейтрофилезом, тромбоцитопения до $96 \times 10^9/\text{л}$; гипопротейнемия, гипербилирубинемия за счет прямой и непрямой фракции, повышение АСТ, ЛДГ до 2-х норм, мочевины до 8,98 ммоль/л, СРБ и прокальцитонина до 2-х норм; гипокоагуляция. Проба Кумбса: отрицательная; протеинурия (0,66 г/л), гематурия (58 эритроцитов в п/зр).

На УЗИ органов брюшной полости: дисхолия, увеличение размеров желчного пузыря, гепатоспленомегалия.

В первые сутки проведена инфузия свежемороженой плазмы (СЗП) и эритроцитарной взвеси, возникло осложнение – TRALI-синдром.

Дифференциальный диагноз проводился между дебютом гемобластоза, тромботической тромбоцитопенической пурпурой, аГУС (атипичного гемолитико-уремического синдрома), пароксизмальной ночной гемоглобинурией, системных воспалительных заболеваний, токсического гепатита. При обследовании ни одно из данных заболеваний не подтвердилось.

Лечение: сеансы плазмообмена, трансфузия эритроцитарной взвеси, СЗП, антибактериальная, желчегонная, антикоагулянтная, гепатопротекторы, лечение глюкокортикостероидами.

Отмечалась отрицательная динамика: сохранялась анемия III степени, тромбоцитопения, коагулопатия, гипербилирубинемия до 400 мкмоль/л, ферментемия. Клинически отмечались нарастание геморрагического синдрома (экхимозы по всему телу, гемоколит, продолжительные обильные менструации), усиление печеночной энцефалопатии, болевого синдрома. По данным непрямой эластометрии: признаки цирроза печени. В биохимическом анализе крови от 29.08. обнаружено снижение церулоплазмينا-0,18 г/л, анализ на суточную экскрецию меди-2057,2 мгк/сутки.

Учитывая наличие Кумбс-негативной гемолитической анемии, острой печеночной недостаточности, повышенной экскреции меди в моче установлена болезнь Вильсона, печеночная форма. Ввиду тяжести состояния назначение хелатной терапии Д-пеницилламином не целесообразно. Принято решение о переводе девочки в НМИЦ ТИО им. Академика Шумакова для проведения трансплантации печени.

Заключение, выводы. Кумбс-негативная гемолитическая анемия, характерная для многих заболеваний, может быть единственным симптомом дебюта БВК. Мультидисциплинарный подход и тщательно проведенная дифференциальная диагностика позволяют подтвердить диагноз и начать лечение.

МАСТОЦИТОЗ У ДЕТЕЙ

Коноплёва В.В.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент, Шмелева Анжелика Юрьевна
ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет
Минздрава России, Астрахань, Россия.

Введение и актуальность. Мастоцитоз — это группа миелопролиферативных заболеваний, заключающихся в избыточном образовании в красном костном мозге и накоплении тучных клеток (мастоцитов) в коже, печени, селезёнке, лимфатических узлах и других органах. Данное заболевание полностью не изучено, известно, что у некоторых пациентов встречается мутация гена D816V, а у детей это считается временной реакцией гиперергии мастоцитов, впервые проявляющееся в раннем детстве в виде кожных форм и регрессирующее в подростковом возрасте. Патогенез заключается в медиаторах (гепарин, гистамин, лейкотриены), которые при выходе из дегранулированных мастоцитов, приводят к разнообразным местным и системным процессам. Катализаторами их высвобождения являются: лекарственные средства, физические факторы, спиртные напитки, яды насекомых, стрессовые ситуации. Клиническая картина проявляется зудом, красно - и желто - коричневыми пятнами, папулами, а при контакте с зудящим местом может наступать крапивница и гиперемия данной области (симптом Дарье – Унны). Самые частые из системных реакций – это лихорадочный синдром, а также реакции анафилаксии с возможностью шока и обморока. При сильной инфильтрации соответствующего органа происходит нарушение его функции или гипертрофия.

Цель демонстрации. Осветить мало изученное заболевание, а на примере клинического случая продемонстрировать проявления кожной формы мастоцитоза у детей.

Описание наблюдения. Пациент Е. 1,7 лет, диагноз мастоцитоз распространенный. Из анамнеза известно, что ребенок родился доношенным (39-40 нед), от 1 срочных родов с тугим обвитием пуповины вокруг плеча и ручки плода (состояние асфиксии умеренной степени), гемолитическая болезнь новорожденных (желтушная форма в легкой степени), по шкале Апгар оценка 4-6 баллов. Беременность матери протекала: хр. гайморит, хр. ФПН, маловодие, трихомониаз, уреоплазмоз, носитель ЦМВ, ВПГ, тромбоцитопения. Группа крови матери: (I) Rh+, ребенка – (II) Rh+. В анализе крови матери обнаружены иммунные АТ по системе АВО – непрямая проба Кумбса положительная. На грудном вскармливании находился до 1 года. Аллергологический анамнез не отягощен. Дебют высыпаний пришелся на возраст 2 мес. в виде одномоментно появившихся в обильном количестве коричнево-розовых пятен, которые покрывали спину, живот, лицо и конечности. При контакте с высыпаниями появлялись симптомы крапивницы. Педиатр по месту жительства выставил диагноз «Аллергический дерматит пищевой этиологии», лечение - полисорб (1ч/л на 100 мл воды в теч. дня), но оно оказалось неэффективным. В 4-ех месячном возрасте на консультации врач-дерматолог определял кожные реакции на всем протяжении кожного покрова в виде лососево-розовых пятен, местами с

папулезной сыпью. ОАК с развернутой лейкоцитарной формулой показал повышенное количество эозинофилов (6) и моноцитов; БАК – повышенное количество альфа-триптазы; УЗИ органов брюшной полости изменений не выявило, также наблюдалась положительная кожная проба Дарье – Унны. На основании характерной клинической картины и перечисленных выше анализов был выставлен диагноз «Мастоцитоз распространенный». В связи с этим прописана гипоаллергенная диета, мембраностабилизаторы тучных клеток и во время обострения заболевания цинковая мазь на пораженные участки кожи. Ребенок продолжает наблюдаться у дерматолога 2-ой год, проходит соответствующие лабораторные анализы и УЗИ органов брюшной полости; курсами пропивает Кетотифен (1 мг в сут. в течении 3 нед.). За время наблюдения ребенка врачом-дерматологом улучшений не выявлено, прогрессирования болезни – тоже.

Заключение, выводы. Мастоцитоз – это редкое, мало изученное заболевание, которое при недостаточной дифференцировке может оцениваться врачами как аллергические реакции или пигментные пятна и невусы. Правильная своевременная диагностика кожной формы данного заболевания может существенно улучшить течение или вовсе предотвратить его переход в системный процесс.

СПОНТАННОЕ НЕТРАВМАТИЧЕСКОЕ ВНУТРИЧЕРЕПНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ У ПАЦИЕНТА С ГЕМОФИЛИЕЙ В И ПОЛИСЕГМЕНТАРНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Егорова А.И., Тулунова С.А.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Ларина Любовь Евгеньевна

Введение и актуальность. Гемофилия В – рецессивное, сцепленное с X-хромосомой, заболевание, характеризующееся дефицитом или отсутствием фактора свертывания крови IX. Внутричерепные кровоизлияния (ВЧК) – частая причина смертности среди данных больных. Частота ВЧК колеблется от 2,2% до 7,5% у взрослых и детей с гемофилией. Большинство этих эпизодов являются посттравматическими, спонтанные кровоизлияния редки.

Цель демонстрации. Продемонстрировать течение ВЧК у пациента с гемофилией и полисегментарной пневмонией.

Описание наблюдения. Мальчик 5 месяцев заболел остро с респираторными симптомами 01.01.2022, 4.01.2022 появились подергивания в левой руке, длившиеся до 10-15 минут дважды в день. Госпитализирован в ДГКБ им. Башляевой. Экспресс-тест на ковид положительный. По данным нейросонографии (НСГ) обнаружено ВЧК. Из анамнеза установлен диагноз: тяжелая гемофилия В, у сибсов также гемофилия В. КТ головного мозга: обширная внутримозговая гематома правой лобно-височной области, 05.01.22 выполнено закрытое дренирование гематомы. Проводилась компенсация

гемостаза и санационные трахеобронхоскопии (ТБС) 14.01 и 15.01. Получены 2 отрицательных ПЦР-мазка, пациент переведен в МДГКБ на ИВЛ в состоянии легкой седации.

При поступлении состояние тяжелое за счет церебральной недостаточности, течения двухсторонней пневмонии и ателектаза легких, дыхательной недостаточности 3 степени сочетанного генеза, метаболических и электролитных нарушений. На коже и слизистых геморрагических проявлений не наблюдалось. ИВЛ эффективна, газообмен компенсирован. Гемодинамика стабильна, присоединение вторичной артериальной гипертензии – терапия амлодипином. Неврологический статус: длительное нахождение в состоянии седации в рамках охранительного режима, при снижении седации – восстановление ясного сознания, левосторонний гемипарез, дистонические атаки. Субдуральный дренаж удален, признаков воспаления ликвора нет. По тяжести состояния хирургическое лечение гематомы не показано. КТ головного мозга от 31.01.22: внутримозговая гематома правой лобно-височной области с перифокальным отеком. НСГ 3.02.22: гематома в стадии организации без выраженной динамики.

В посевах крови выделены: *Kl. pneumoniae*, *Ps. aeruginosa*, *St. maltophilia*. Подбор антибактериальной терапии на основании посевов. Проведены многократные ТБС: обильная слизисто-гнояная мокрота. По результатам диагностической ларинготрахеобронхоскопии обнаружен хондроперихондрит гортаннонадгортанной области. В связи с множественными неудачными попытками экстубации 27.02.22 установлена трахеостома. Рентгенография органов грудной клетки 3.02.22: двусторонние инфильтративные изменения, признаки гиповентиляции верхней доли правого легкого.

При поступлении на фоне терапии уровень активности IX фактора - 20%. Проводились ежедневная гемостатическая терапия концентратом IX фактора и контроль активности фактора IX в коагулограмме перед введением препарата. По результатам коагулограммы гемостаз компенсирован на уровне легкой формы гемофилии В.

Ребенок переведен в пульмонологическое отделение. На фоне лечения: положительная динамика в виде улучшения аускультативной картины. Продолжена заместительная терапия IX фактором свертывания под контролем его активности. Лабораторно 17.02.22: воспалительной активности нет. Ребенок выписан с улучшением в стабильном состоянии.

Заключение, выводы. ВЧК занимают первое место среди причин летальности у больных с гемофилией. Пациенты, пережившие ВЧК, подвержены риску осложнений со стороны нервной системы. Ранняя диагностика неврологических симптомов, своевременное проведение гемостатической терапии, ведение пациента междисциплинарной командой специалистов – способствуют снижению смертности и риска инвалидизации.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СИНДРОМ РЕТТА И НЕЙРОФИБРОМАТОЗ 1 ТИПА У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ

Репкина А.С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Хачатрян Лусине Грачиковна
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет), Москва, Россия

Введение. Синдром Ретта—генетическое заболевание, характеризующееся нарушением развития нервной системы по причине отсутствия ингибирования определенных генов (MECP2). Проявлениями этого состояния являются прогрессирующая умственная отсталость у девочек (при крайне редких атипичных формах —и у мальчиков), мышечная гипотония, атаксия, искривления позвоночника. Диагностика синдрома Ретта основывается на данных общего и неврологического осмотра, магнитно-резонансной томографии, электроэнцефалографии и молекулярно-генетических анализов. Специфического лечения не существует (имеются лишь определенные наработки с обнадеживающими результатами при опытах на животных), применяют симптоматическую терапию для облегчения состояния больного. Встречаемость данного заболевания 1:10000 —1:15000.

Нейрофиброматозы—наследственные заболевания, характеризующиеся образованием доброкачественных опухолей в коже, мягких тканях, нервной системе и внутренних органах. Выделяют 6 типов нейрофиброматозов, клинически значимы типы I и II. Общие симптомы включают нейрофибромы на коже, опухоли спинномозговых корешков, слуховых и зрительных нервов, пигментные пятна, костные деформации. Диагностика основана на данных осмотра пациентов, выявлении опухолей с помощью МРТ и КТ спинного и головного мозга, внутренних органов. Лечение симптоматическое —проводится резекция опухолей, рентгенотерапия, химиотерапия. Нейрофиброматоз I (первого) типа (нейрофиброматоз с феохромоцитомой, NF-1) —самое распространённое наследственное заболевание. Является аутосомно-доминантным, встречается с одинаковой частотой у мужчин и у женщин, у 1 из 3500 новорождённых.

Цель. Показать редкое сочетание двух генетически обусловленных заболеваний с неврологическими проявлениями.

Материалы и методы. Демонстрация клинического случая: девочка 4 года. Жалобы на: задержку психоречевого развития (в активной речи, звуки, слоги); трудности понимания речи; нарушение походки в виде неуверенности, быстрой утомляемости, частых спотыканий и падений; навязчивые действия в виде хлопков, движений, как при мытье рук, высовывания языка и т.д.

Anamnesis vitae: Родилась от 3й беременности, протекавшей с гестозом, повышением АД, угрозой прерывания беременности на фоне отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза —миома матки. Роды 2е срочные, оперативные. Масса при рождении 3980г, рост 56 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов

Анамнез заболевания (Anamnesis morbi):

Этапы развития	Возраст					
	2 месяца	3 месяца	4 месяца	7 месяцев	11 месяцев	1 й год
Раннее моторное развитие	Уверенно держит голову		Переворачивается	Сидит	Стоит у опоры	Самостоятельно ходит
Речевое развитие						Появление отдельных слов (мама, папа, баба), в дальнейшем регресс речевого развития
Первые клинические проявления нейрофиброматоза		Родители заметили на коже пятна цвета «кофе с молоком». Был предположен диагноз: Факоматоз/ плоские невусы				
Дальнейшее развитие заболевания						Наблюдалась ортопедом по поводу незрелости тазобедренных суставов. В возрасте 1 года и 3 месяцев перенесла ОРВИ с фебрильной температурой. Находилась на стационарном лечении в инфекционном отделении. После перенесенной болезни, со слов матери, появились нарушения походки. Девочка теряла равновесие, падала, практически перестала ходить самостоятельно

В дальнейшем: наблюдалась у невролога с диагнозом: Задержка психоречевого и моторного развития. Получила курсы ноотропной терапии (пикамилон, мексидол, комбилипен, пантогам) без положительной динамики. В августе 2018 находилась на стационарном обследовании и лечении в неврологическом отделении ДКБ г. Волгограда.

Объективная оценка состояния больного: состояние средней тяжести по основному заболеванию. Стигмы дизэмбриогенеза. Голова долихоцефаличной формы. Кожные покровы бледно-розовые чистые.

Региональные ЛУ не увеличены, отеков нет. Везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 92 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, при пальпации. Печень и селезенка пальпаторно не увеличены. Симптомы поколачивания отрицательны с обеих сторон.

Локальный статус: сознание ясное; понимание речи затруднено; инструкции выполняет; в активной речи звуки; навязчивые действия.

Общемозговых и менингеальных симптомов нет. ЧМН: глазные щели D=S, движение глазных яблок в полном объеме, нистагма нет, лицо симметрично. Мышечная сила достаточная.

Мышечный тонус дистоничен. Сухожильные рефлексы живые, D=S, рефлексогенные зоны не расширены. Брюшные рефлексы живые. Координаторную сферу оценить затруднительно. Походка неуверенная с элементами атаксии. Тазовые функции не контролирует

Возможно предположить диагноз синдромальная задержка моторного и психоречевого развития.

Диагноз. Синдром Ретта. Нейрофиброматоз 1 типа. Синдромальная задержка моторного и психоречевого развития.

Выводы. Нейрофиброматозы являются прогностически благоприятными заболеваниями – малигнизация опухолей происходит редко, в большинстве случаев больные остаются трудоспособными и социально адаптированными. При правильных и регулярных реабилитационных мероприятиях нарушения со стороны костной системы и задержка умственного развития успешно корректируются. Поскольку заболевание является наследственным, профилактика возможна на этапе планирования беременности, парам из групп риска (с отягощенным семейным анамнезом) рекомендуется медико-генетическое консультирование с определением вероятности рождения больного ребенка.

Прогноз синдрома Ретта неблагоприятный, так как это заболевание неуклонно ведет к тяжелой умственной отсталости, а также к ряду двигательных и неврологических нарушений. Пациенты с этой патологией при соответствующем уходе и симптоматическом лечении способны доживать до 40-50 лет, однако риск внезапной смерти у них довольно высокий. Основная причина летального исхода – дыхательная или полиорганная недостаточность и внезапная смерть, у взрослых больных также велик риск инсульта. Профилактика синдрома Ретта возможна только в виде пренатальной диагностики этого заболевания генетическими методами.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ КАРОЛИ

Лавровская А.Э., Гаргалоян М.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней педиатрического факультета, Ларина Любовь Евгеньевна,
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия
ГБУЗ Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ

Введение и актуальность. Болезнь Кароли (синдром Кароли) – это редко встречающееся наследственное заболевание, которое характеризуется кистозным

расширением внутривенных желчных протоков с частым формированием внутривенных камней. Несмотря на наличие современных методов исследования, ранняя диагностика заболевания до сих пор представляет определенные трудности.

Цель демонстрации. Повысить настороженность у врачей в отношении болезни Кароли, что может способствовать более ранней диагностике этого заболевания у детей.

Описание наблюдения. Девочка С. впервые обратилась за медицинской помощью 30.02.21, когда отмечалась рвота со сгустками крови. Госпитализирована в НИИ НДХиТ, где проводились ФГДС (выявлены варикозно расширенные вены пищевода), КТ с контрастированием – кистозное расширение холедоха и внутривенных желчных протоков (ВПЖП), диффузные изменения паренхимы печени (ДИПП), варикозное расширение вен нижней трети пищевода. После стабилизации состояния ребенок переведен в ДГКБ им. Н. Ф. Филатова, где произошло повторное кровотечение из ЖКТ, в связи с чем девочке выполнена гастротомия, прошивание вен пищевода и биопсия печени, по результатам которой был выставлен диагноз: “Болезнь Кароли 2 тип. Варикозно расширенные вены пищевода 4 степени. Желудочно – кишечное кровотечение. Печеночно – клеточная недостаточность. Гидроперитонеум. После стабилизации состояния ребенок был выписан домой.

15.10.21 – госпитализация в МДГКБ в связи с увеличением живота у ребенка, нарастанием слабости.

Состояние при поступлении средней тяжести, сознание ясное. Кожный покров и видимые слизистые иктеричные. Живот увеличен, печень выступает из-под края реберной дуги на 7 см, на передней брюшной стенке определялись варикозно расширенные коллатерали. Со стороны других органов и систем без патологии.

Учитывая напряженный асцит по РГ органов брюшной полости (ОБП), 15.10.2021 в условиях ОРИТ выполнен лапароцентез.

Лабораторно: Гипофибриногенемия, снижение активности факторов ПТК; повышение маркеров воспаления, гипербилирубинемия за счет прямой и непрямой фракций, гипопропротеинемия, АЛТ в пределах нормы, АСТ повышен.

Инструментально: УЗИ ОБП: гепатомегалия, ДИПП (фиброз/цирроз), выраженной дилатации вне- и ВПЖП, наличия многокамерного кистозного образования под правой долей печени (выраженно дилатированные элементы желчевыводящих путей) ДИП селезенки, свободной жидкости в брюшной полости.

11.12.2021 Учитывая наличие коагулопатии, функциональный класс С по Чайлд-Пью, нарастание билирубина до 588,70 мкмоль/л за счет обеих фракций, явлений интоксикации ребенок переведен в ОРИТ.

Ребенка перевели в ФГБУ НМИЦ Трансплантологии и искусственных органов им. В. И. Шумакова с целью проведения трансплантации печени.

Диагноз при выписке: Основной диагноз: Хроническая печеночная недостаточность на фоне врожденного порока - Фиброхолангиокистоз.

Осложнения: Портальная гипертензия. Цирроз печени, декомпенсированный, функциональный класс С по Чайлд-Пью. Асцит.

Вторичная коагулопатия. Энцефалопатия смешанного генеза (печеночная 1 ст. по West-Haeven, дисметаболическая).

Вывод. Последствия БК могут быть серьезными, поэтому следует стремиться к более ранней диагностике для предотвращения осложнений.

РАЗВИТИЕ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У РЕБЕНКА С АРИТМОГЕННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО РЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА

Рустамова П.С., Терновая С.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Ларина Любовь Евгеньевна
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение и актуальность. Аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ) – генетически обусловленная форма кардиомиопатии, характеризующаяся фиброзно-жировым замещением миокарда преимущественно правого желудочка с развитием желудочковых аритмий и хронической сердечной недостаточности (ХСН). Заболевание мало изучено, хотя встречается с частотой около 6:10000. АДПЖ часто протекает бессимптомно, но является причиной около 17% случаев внезапной смерти у молодых людей. У ряда больных манифестация заболевания может быть связана с перенесенным миокардитом.

Цель демонстрации. повысить осведомленность педиатров о возможном развитии АДПЖ у детей и обратить внимание на необходимость тщательного обследования после перенесенных воспалительных поражений сердца.

Описание наблюдения. Мальчик 15 лет 15.03.2021 г. поступил в отделение экстренной кардиохирургии и интервенционной кардиологии МДГКБ в тяжелом состоянии в связи с ХСН 2 А-В, 2 ФК по NYHA, тромбозом в полости правого желудочка (ПЖ) и левого желудочка (ЛЖ). В январе диагностирован ревматоидный кардит, получал лечение без эффекта. В НМИЦ ССХ им. А. Н. Бакулева были диагностированы: Миокардит перенесенный, подострая форма. Недостаточность трикуспидального клапана 3 ст, снижение сократительной функции миокарда ПЖ до 43 %, тромбы в полости ПЖ и ЛЖ.

При поступлении состояние тяжёлое. Цвет кожных покровов бледный. Частота дыхания 18/мин, SpO₂ 98%, дыхание самостоятельное, ритмичное, везикулярное, хрипов, кашля, одышки не выявлено. Артериальное давление 115/75 мм.рт.ст. ЧСС 84/мин. Пульс умеренного наполнения, умеренного напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные, сердечного шума не было. Живот мягкий, безболезненный, мочеиспускание, стул не нарушены.

Доплер ЭХОКГ 15.03.2021: Бивентрикулярная форма АДПЖ с выраженной систолической и диастолической дисфункцией ЛЖ и ПЖ. Выраженное истончение миокарда верхушечных и средних сегментов ПЖ с участками фиброза. Истончение миокарда ЛЖ в области заднебоковых и верхушечных сегментов с участками фиброза. Резко снижена глобальная сократимость ЛЖ (фракция выброса (ФВ) 21%), ПЖ (ФВ 22%). Тромб больших размеров в

верхушке ПЖ, среднего размера - в верхушке ЛЖ. Выраженное расширение полостей обоих желудочков, правого предсердия, умеренное - левого предсердия.

Инструментально от 25.03: небольшое уменьшение тромба ЛЖ, остальное - без существенной динамики. 31.03: лизис тромба ЛЖ. 14.04: минимальное уменьшение размеров тромба ПЖ, флотирующие фрагменты. 04.05: уменьшение тромба ПЖ.

МРТ сердца 03.04.2021: расширение полостей обоих желудочков со снижением фракции выброса, структурные изменения ЛЖ, ПЖ; утолщение эпикардального жира с инвазией в миокард ЛЖ по боковой стенке, тромбоз верхушек обоих желудочков, митральная, трикуспидальная регургитация 1-2 степени.

ЭКГ 18.03.2021: полная блокада правой ножки пучка Гиса, нарушение реполяризации миокарда желудочков, частая желудочковая экстрасистолия, эпизод парной политопной желудочковой экстрасистолии.

Суточное мониторирование ЭКГ 25.03.2021: 5765 политопных желудочковых экстрасистол, сливных комплексов, выскальзывающих желудочковых комплексов, 325 эпизодов парных, 17 эпизодов групповых, 3 эпизода пробежки желудочковой тахикардии. Эпизоды аллоритмии - бигеминии, тригеминии.

В связи с тромбозом проводилась терапия низкомолекулярными гепаринами в разовой дозе 140 ед/кг 2 раза в сутки, на фоне чего тромб в ПЖ уменьшился, в ЛЖ лизировался. Проводилась терапия диуретиками, адrenoблокаторами, ингибиторами АПФ.

Была показана трансплантация сердца, переведен в НМИЦ ТИО им. ак. В.И. Шумакова с диагнозом «Дилатационный фенотип кардиомиопатии. Аритмогенная дисплазия ПЖ. Тромбы в полости ПЖ и ЛЖ. Недостаточность трикуспидального клапана. ХСН 2 А-В, 2 ФК по NYHA».

Заключение: в данном случае у подростка после перенесенного ревматоидного кардита была выявлена АДПЖ с развитием дилатационной кардиомиопатии и бивентрикулярной ХСН. Комплексное исследование выявило показания к трансплантации сердца, которая была успешно проведена.

ДЕФИЦИТ КАРНИТИНПАЛЬМИТОИЛТРАНСФЕРАЗЫ 1А У РЕБЕНКА ОТ БЛИЗКОРОДСТВЕННОГО БРАКА

Машкина А.С., Бойченко Я.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Ларина Любовь Евгеньевна
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение и актуальность. Генетические заболевания – актуальная проблема современной медицины. Отмечается рост частоты наследственных заболеваний у новорожденных. Факторы риска развития этих патологий: алкоголизм и наркомания родителей, повышение возраста рожениц, близкородственные браки, игнорирование родителями процедуры подготовки и планирования беременности.

Цель демонстрации. Дефицит карнитинпальмитоилтрансферазы 1А (КПТ) — очень редкое наследственное заболевание из группы нарушений транспорта жирных кислот, манифестирующее в возрасте до двух лет. Развивается при недостатке печеночной формы КПТ 1-го типа из-за мутации в гене CPT1A, наследуется аутосомно-рецессивно. Частота встречаемости ДКПТ 1А – 1:1000000.

Данный клинический случай отражает последствия неграмотного подхода к планированию беременности у лиц из группы риска.

Описание наблюдения. Пациент А, от близкородственного брака, в возрасте 1 года 9 месяцев 06.06.21 поступил в МДГКБ с жалобами на рвоту, жидкий стул, сонливость, отсутствие реакции на раздражители. Был выявлен метаболический ацидоз, ребенок госпитализирован в отделение наследственных нарушений обмена веществ.

Диагноз при поступлении: нарушение бета-окисления жирных кислот, цирроз печени, метаболический криз.

Из анамнеза известно: ребенок от 3-ей физиологической беременности. После рождения ребенок был переведен в отделение патологии новорожденных в связи с пневмонией. Дальнейшее развитие по возрасту.

В 6 месяцев у ребенка было выявлено повышение аланинаминотрансферазы (АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ).

В апреле 2021 года находился в отделении ОРИТ, с острым инфекционным гастроэнтеритом смешанной этиологии (аденовирус, ротавирус), токсикозом, эксикозом, нарушением бета-окисления жирных кислот, анемией III степени, холестатическим гепатитом высокой степени активности, циррозом печени компенсированным, функциональный класс А по Чайлд-Пью, стеатозом печени умеренным. После терапии состояние стабилизировалось, даны рекомендации по диетотерапии, но раствор соды и масло среднецепочечных триглицеридов не получал, так как отказывался от них.

В результате ДНК-исследования выявлена мутация в гене CPT1 в гомозиготном состоянии.

В текущей госпитализации состояние пациента тяжелое, сознание глубокое оглушенное, при попытке разбудить – не просыпался, реакция на болевые раздражители отсутствовала, кожа бледная.

Ультразвуковые исследования: гепатомегалия, повышение эхогенности паренхимы печени, снижение сосудистого рисунка, спленомегалия, неоднородность паренхимы поджелудочной железы и селезенки; ЭКГ выявило диффузные изменения миокарда (гипокалиемия); КТ головного мозга, рентгенография органов грудной клетки – без патологий.

Лабораторно выявлены: декомпенсированный метаболический ацидоз; гипергликемия, гиперферментемия (повышение АЛТ, АСТ, ГГТ), снижение фибриногена и антитромбина III, креатинина, панкреатической амилазы, повышение триацилглицеролов, холестерина.

Пациент с дефицитом карнитинпальмитоилтрансферазы 1А, осложненным циррозом печени компенсированным, стеатозом печени умеренным, холестатическим гепатозом высокой степени активности, получил терапию: натрия гидрокарбонатом и декстрозой, смектитом диоктаэдрическим,

урсодезоксихолевой кислотой, ферментозаместительную терапию. По результатам лечения достигнута положительная динамика в виде улучшения общего состояния. При выписке ребенок в сознании, активен, приступы рвоты и жидкого стула купированы.

Заключение, выводы. Описание пациента подтверждает необходимость проведения подготовительных мероприятий при планировании беременности у групп с повышенным риском рождения детей с наследственными патологиями.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Асеева Е.В., Гребенева И.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Геппе Наталья Анатольевна
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение и актуальность. Среди детей с бронхиальной астмой (БА) пациенты с тяжелым течением составляют особую небольшую группу, в которой значительно снижено качество жизни и растет процент инвалидизации. Выбор подходящей лекарственной терапии для лечения таких детей представляет большую сложность. На современном этапе к основным препаратам для лечения БА относятся ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), длительнодействующие β_2 -агонисты (ДДБА), длительно действующие антихолинергические препараты (ДДАХ) и биологическая терапия.

Цель демонстрации. Представить клинический пример многолетнего персонализированного подхода к терапии тяжелой бронхиальной астмы у подростка 16 лет.

Описание наблюдения. Больной А., 16 лет, диагноз: бронхиальная астма, аллергическая, тяжелого течения, обострение. Круглогодичный аллергический ринит. Рецидивирующая крапивница.

На первом году жизни наблюдался по поводу атопического дерматита, часто болел ОРВИ с бронхиальной обструкцией. Первый приступ БА был отмечен в 1 год 8 месяцев. С этого возраста приступы удушья и одышки возникали 1-2 раза в неделю на фоне респираторной инфекции. Диагноз БА впервые был установлен только в 4 года. В качестве базисной терапии получал флутиказон 250 мкг кратковременно, с заменой на салметерол+флутиказон 25/250мкг/сутки на этом фоне приступы стали возникать несколько реже. Однако тяжесть обострений купировалась с применением внутривенных инфузий с эуфиллином, глюкокортикостероидами. По данным кожных скарификационных проб выявлена сенсibilизация к пищевым и пыльцевым аллергенам. Получал в течение 3х лет АСИТ с бытовыми и пыльцевыми аллергенами с положительным эффектом. Состояние оставалось нестабильным, обострения БА до 4-5 раз в год, купировались ингаляциями фенотерол+ипратропия бромид через небулайзер, системными глюкокортикостероидами. Базисная терапия неоднократно менялась: будесонид + формотерол, салметерол + флутиказон, будесонид 1500 мкг/сутки через небулайзер. В 15 лет в связи с неэффективностью проводимого лечения

была инициирована терапия: тиотропия бромид 5 мкг/сут, будесонид 1000 мкг, вилантерол + флутиказона фуоат 22/184 мкг/сутки. Состояние стабилизировалось с кратковременным улучшением, однако сохранились сезонные обострения, терапия продолжалась в течение года. При очередной госпитализации в связи с недостаточной эффективностью проводимой базисной терапии решением врачебной комиссии был назначен омализумаб в дозе в дозе 450 мкг п/к с введением каждые 28 дней.

После 5 введений мальчик чувствовал себя хорошо, одышка и кашель не беспокоили.

Лечение: омализумаб в дозе 450 мкг п/к каждые 28 дней, вилантерол + флутиказона фуоат 22/184 мкг/сутки, тиотропия бромид 5 мкг, будесонид 1000 мкг.

Выводы. У данного пациента с ранним дебютом и быстрым прогрессированием БА длительно проводимая базисная терапия ИГКС и ДДБА оказалась недостаточно эффективной в связи с нерегулярным приемом препарата с и частыми обострениями БА. При БА тиотропий является эффективным средством лечения, назначаемым при неэффективности монотерапии ИГКС средними и высокими дозами или в комбинации с ДДБА до биологической терапии. Назначение антагонистов мускариновых рецепторов длительного действия (тиотропия бромида) у мальчика с неконтролируемой БА тяжелого течения позволило достичь частичного контроля, снизить частоту обострений, однако оказалось недостаточным для достижения полного контроля. Иммунобиологической терапия омализумабом позволила достичь контроля над симптомами БА, существенно снизить частоту обострений и улучшить качество жизни.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНО ДИАГНОСТИРОВАННОЙ КЛАССИЧЕСКОЙ ГОМОЦИСТИНУРИИ

Лаврова Д.А., Малюгина М.С., Матвеева Е.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней педиатрического факультета, Ларина Любовь Евгеньевна,
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Гомоцистинурия - это орфанное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования, обусловленное генетическим дефектом в 13 интроне гена цистатион-β-синтазы (CBS). В данном клиническом случае представлен редкий тип гомоцистинурии с гомозиготной мутацией с.1224-2A>C в гене CBS. Частота встречаемости этого типа гомоцистинурии составляет 0,000070. Данное заболевание включено в перечень жизнеугрожающих редких болезней.

Описание наблюдения. Мальчик 14 лет обратился в стационар в плановом порядке. В 9 лет при прохождении медицинской комиссии выявлено снижение зрения -4/-5, в связи с чем обратился к офтальмологу в МДГКБ. Диагностирована сублюксация хрусталика. Проведена операция - микроинвазивная лентектотомия. Также в возрасте 9 лет периодически отмечался тремор всего

тела до 10 минут. При проведении электроэнцефалографии эпилептиформной активности не выявлено. С 10-11 лет стали отмечаться страхи, эпизоды нехватки воздуха. С 12 лет стали обращать внимание на деформацию грудной клетки. В 13 лет при диспансеризации в школе в связи с высокорослостью направлен к эндокринологу. Обследован гормональный профиль (тестостерон общий, ФСГ, ЛГ) - без патологии. По рекомендации эндокринолога ребёнок был направлен к генетику для исключения синдрома Марфана. Проведено генетическое исследование - кариотип 46 XY, мутация в гене CBS. Диагностирована гомоцистинурия (гомоцистеин >50 мкмоль/л, метионин 525,64 мкМ/л). Госпитализирован в МДГКБ для дообследования и определения дальнейшей тактики лечения.

При поступлении предъявляет жалобы на деформацию грудной клетки и снижение памяти.

Из анамнеза известно, что ребенок от 2 беременности (экстракорпоральное оплодотворение), второй из бихориальной двойни, протекавшей на фоне малой прибавки веса у матери. Роды на 37 неделе, кесарево сечение, длина тела 47 см, масса тела - 2680 г, по шкале APGAR - 8/9 баллов. Рос и развивался по возрасту на первом году жизни. Следует отметить, что у брата из двойни при сборе анамнеза и физикальном обследовании данных за наличие патологии не выявлено.

Объективно: длина тела 192 см, масса тела 70,5 кг, ИМТ 19,1 кг/кв.м. (рост матери 160 см, отца 183 см, брата из двойни 177см). Килевидная деформация грудной клетки 2ст., деформация реберной дуги справа, сколиоз 1 ст., варусно-приведенная установка стоп. Мышечная сила и тонус снижены.

Неврологический статус - общемозговой симптоматики нет, менингеальных симптомов нет. Периодический горизонтальный нистагм низкоамплитудный с ротаторным компонентом. В позе Ромберга пошатывается, координационные пробы выполняет с легкой дисметрией. Тремор кистей рук. Интеллект не снижен.

Лабораторно: гипергомоцистеинемия (143,96 мкмоль/л), умеренная гипокоагуляция по факторам протромбинового комплекса (64%), недостаточность витамина Д (9,63 нг/мл).

По данным ЭКГ: Синусовая брадикардия, повышение электрической активности миокарда левого желудочка, нарушение проведения по правой ножке пучка Гиса.

Офтальмологически: острой офтальмологической патологии не выявлено.

С ребенком проведена беседа о важности соблюдения низкобелковой диеты, а также назначено лечение: витаминотерапия, антикоагулянтная терапия, контроль уровня гомоцистеина 1 раз в месяц.

Выписан в удовлетворительном состоянии. При повторной госпитализации через один месяц на фоне назначенной терапии наблюдалась положительная динамика (гомоцистеин 119 мкмоль/л, витамин Д 36 нг/мл, со стороны свертывающей системы - без патологии).

Выводы. Данное описание демонстрирует течение поздно диагностированного редкого обменного заболевания, которое, однако, не привело к значительным нарушениям со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем. Также достоверно известно, что при данном нарушении обмена серосодержащих

кислот, гомоцистеин активирует фактор свертывания Хагемана, в результате чего повышается риск тромбообразования. Для профилактики тромботических осложнений ребенку назначен антикоагулянт для длительного приема.

ТРУДНЫЙ ДИАГНОЗ ТЯЖЕЛОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Гафаров А.В., Петрунина А.И., Архиреева А.А.

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры педиатрии,
Дементьева Юлия Назымовна

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия;

Введение и актуальность. Тяжелая комбинированная иммунная недостаточность (ТКИН) – генетически обусловленный иммунодефицит, ведущий к ранним и крайне тяжелым инфекциям вирусной, бактериальной и оппортунистической природы и, в отсутствие патогенетической терапии, смерти в первые два года жизни ребенка.

Цель демонстрации. Представить клинический случай ТКИН у новорожденного из семьи с осложнённым наследственным анамнезом.

Описание наблюдения. Ребенок А., находился в клинике с диагнозом ТКИН. Аплазия тимуса. Ранняя неонатальная двухсторонняя пневмония неуточненная. Дыхательная недостаточность 1 степени. Кандидоз кожных покровов. Неонатальная желтуха (купирована). Ребенок от 2 беременности, 2 срочных родов, беременность протекала на фоне отеков беременных, гестационного сахарного диабета, транзиторной артериальной гипертензии, ожирения 1 степени, ОАГА. При оценке наследственного анамнеза выявлено, что 1 ребенок в семье умер в возрасте 2,5 месяцев. С первого месяца жизни ребенка беспокоили орофарингеальный кандидоз, в 1,5 месяца ребёнок был госпитализирован с клиническими проявлениями ОРИ. В стационаре выставлен **диагноз:** Первичный иммунодефицит. Аплазия тимуса. Генерализованная цитомегаловирусная инфекция, тяжелое течение. Сепсис, вызванный кишечной палочкой. Внебольничная двусторонняя пневмония, вирусно-бактериальной этиологии, тяжелое течение. Дыхательная недостаточность III степени. Полиорганная недостаточность. Острое почечное повреждение. Кандидозный стоматит. Для больных с ТКИН как раз характерно раннее начало клинических проявлений заболевания в виде упорной диареи, инфекций кожи и слизистых, прогрессирующего поражения респираторного тракта. Следует учитывать, что даже при наличии ТКИН все вышеперечисленные симптомы развиваются не сразу, и в течение 2-3 месяцев младенцы могут расти и развиваться почти нормально.

Второй ребенок в семье родился доношенным, антропометрические характеристики при рождении соответствовали возрасту. С рождения состояние удовлетворительное, к груди приложен в первые сутки, в дальнейшем отмечалось ухудшение состояния до тяжелого, аускультативно в легких выслушивались крепитирующие хрипы, в последующем с нарастанием дыхательной недостаточности. Рентгенологически и по данным КТ диагностирована

интерстициальная пневмония. Сатурация кислорода в пределах 93-95%, на фоне дотации маской 98-99%. На фоне лечения состояние улучшилось, купирована дыхательная недостаточность, так же наблюдалось улучшение аускультативной картины легких. В ОАК отмечалась абсолютная лимфоцитопения. По данным КТ органов грудной клетки отмечались признаки аплазии вилочковой железы. УЗИ вилочковой железы: Вилочковая железа не визуализируется. Консультирован генетиком – по признаку аплазии тимуса – исключить синдром Ди-Джорджи. Молекулярно-цитогенетический анализ: проведенная FISH диагностика с использованием ДНК-проб патологий не выявила. Лечение и обследование проводились в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению детей с тяжелой комбинированной иммунной недостаточностью. Для решения вопроса о дальнейшей терапевтической тактике ребенок был госпитализирован в НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии имени Р.М. Горбачевой.

Выводы. При рассмотрении данного клинического случая можно сделать вывод, что несмотря на постоянный прогресс развития иммунологии, генетики и педиатрии в целом, проблема недостаточной диагностики первичных иммунодефицитов остается актуальной до настоящих дней. Особенно актуальна данная проблема для детей с синдромальной патологией, сочетающей в себе не только разнообразные педиатрические проблемы, но и иммунодефицитные состояния.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Ларина В.С., Попова А.Е.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней педиатрического факультета, Ларина Любовь Евгеньевна, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Инсульт спинного мозга (СМ) – это симптомокомплекс, обусловленный нарушением кровоснабжения участка СМ, его повреждением и нарушением функции. Частота среди всех инсультов составляет 1%. Ишемическое повреждение СМ трудно диагностировать из-за многообразия этиологических факторов и патологических механизмов.

Ишемический инсульт СМ на уровне Th10-Th12 является одним из наиболее редких вариантов. Минимальный риск развития нарушения кровоснабжения данного отдела СМ объясняется особенностями его кровоснабжения. Несмотря на меньшее по сравнению с другими отделами количество анастомозов и корешковых артерий передней спинномозговой артерии, имеется мощная артерия поясничного утолщения Th9-Th11 (артерия Адамкевича), анастомозирующая с передней спинномозговой артерией, и большое число коллатеральных путей от задних спинномозговых артерий.

Описание наблюдения. Пациент С. перенес артериальный ишемический инсульта СМ на уровне Th10-Th12 от 12.09.2021, в результате развился нижний смешанный парапарез. С 13.09.2021 получал постоянную антикоагулянтную терапию (Далтепарин натрия по 7500 Ед 2 раза в день), геморрагического

синдрома не отмечалось до 13.10.2021, когда на фоне интенсивной неврологической реабилитации в НПЦ ДПЗ появились жалобы на болезненные ощущения при мочеиспускании и примесь крови в моче. В клиническом анализе мочи от 12.10.2021 лейкоцитурия, незначительная протеинурия; маркеры воспаления в крови не выражены; коагулограмма без патологии. К 13.10.2021 моча цвета «мясных помоев», рези при начале мочеиспускания, начата антибактериальная терапия с положительной динамикой. С вечера 19.10.2021 снова макрогематурия, лейкоцитурия, протеинурия. К 21.10.2021 без существенной динамики, для дальнейшего обследования и лечения 22.10.2021 переведен в нефрологическое отделение МДГКБ. Состояние при поступлении средней степени тяжести, не лихорадит, по органам без патологии, диурез сохранен, боли в течение всего акта мочеиспускания, области почек и мочевого пузыря не изменена, симптом поколачивания отрицательный. Патологические изменения по данным лабораторных исследований от 22.10.2021 следующие: макрогематурия, преобладают неизмененные эритроциты, умеренная протеинурия; в гемограмме признаков анемии и тромбоцитопении нет; азотемии нет; маркеры воспаления отсутствуют; нормокоагуляция. Установлен диагноз: геморрагический цистит. В ночь на 23.10.2021 в связи нарастанием гематурии, появлением сгустков крови в моче была отменена антикоагулянтная терапия. С вечера 23.10.21 наблюдалась положительная динамика. 26.10.2021 коллегиально принято решение о возобновлении антикоагулянтной терапии, назначен Далтепарин натрия по 7500 Ед 1 раз в день подкожно. Пациент в удовлетворительном состоянии 27.10.21 выписан из стационара под наблюдение педиатра, уролога, невролога и гематолога, гематурия не повторялась.

Выводы. Тактика введения пациентов с ишемическим инсультом СМ направлена на профилактику осложнений и проведение реабилитационных мероприятий с целью восстановления утраченных функций и возвращения больного к привычному образу жизни. К стандартной терапии относится назначение антитромботической терапии (антиагреганты и антикоагулянты) для восстановления нарушенного спинального кровотока, нейропротективная терапия для улучшения неврологических функций, а также реабилитационные мероприятия, а именно кинезиотерапия, массаж, физиопроцедуры, иглорефлексотерапия. Таким образом, для достижения эффективности и безопасности лечения, а также профилактики осложнений пациентов с ишемическим инсультом необходимо врачебное наблюдение и контроль действия лекарственных препаратов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ (СКВ) С ДЕБЮТОМ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Кургузова А.И.

Научные руководители: к.м.н., доцент, Туш Елена Валерьевна; к.м.н., гл. внештатный специалист детский ревматолог МЗ НО Коровкина Татьяна Ивановна

ФГБОУ ВО Приволжский Исследовательский Медицинский Университет
Минздра, Нижний Новгород, Россия

Введение и актуальность. Системная красная волчанка – аутоиммунное заболевание с мультиорганным вовлечением. Генетическая основа СКВ имеет большое значение в предопределении течения заболевания, однако молекулярно-генетическая диагностика в настоящее время в рутинной клинической практике не применяется.

Цель демонстрации. На примере фармакорезистентного течения СКВ обосновать целесообразность включения генетической диагностики моногенных форм в стандарт обследования больных с СКВ.

Описание наблюдения. В педиатрическое отделение НОКДБ 29.11.21 поступила пациентка Т. 2005 г. У пациентки диагностирована СКВ, по диагностическим критериям SLISS: клинические критерии – плевральный и перикардиальный выпоты, протеинурия до 6 г/л, эритроцитурия до 30-40 в п/з, 3 эпизода генерализованных судорог, гемолитическая анемия средне-тяжелой степени, эпизодическая лейкопения, лимфопения; иммунологические критерии – а/tIgG к нуклеосомам 1+, а/tIgG к рибосомальному белку Р 3+, а/т к двуспиральной ДНК 550,04 ед/моль, а/т к бета2гликопротеину 25,87 отн.ед/мл, С3 0,27 г/л, С4 0,05 г/л. Индекс активности SELENA-SLEDAI 16 баллов, индекс повреждения SLICC/ARC 26.

Проведена иммуносупрессивная терапия - преднизолон 60 мг/сут per os 4 дня с дальнейшим снижением дозы до 32,5мг/сут на данный момент, гидроксихлорхин 200мг; в/в циклофосфан №2; метилпреднизолон 500 мг №3; иммуноглобулин 1г/кг №5, ритуксимаб 500 мг в/в №3; длительная а/б терапия со сменой препаратов; эритропоэтин 2000 МЕ 3 раза в неделю (р/нед) с переходом на дарбопоэтин по 30 мкг в/в 1 р/нед, петлевые диуретики (Фуросемид); противосудорожные (Топамакс). На фоне терапии - положительная динамика по серозитам, купирование судорожного синдрома, однако сохраняются проявления гемолитической анемии, так же отмечается прогрессирование люпус-нефрита с исходом в ХБП 5 ст. с необходимостью заместительной почечной терапии – гемодиализ 2 р/нед по 4 часа.

Заключение, выводы. В связи с прогрессирующим течением заболевания и относительной фармакорезистентностью нельзя исключить наличие у девочки моногенного СКВ-подобного синдрома со схожими аспектами клинической картины, такими как:

1. АЛПС – обусловлен мутацией генов TNFRSF6 и FASLG, в клинике - аутоиммунная цитопения, гломерулонефрит. К фенотипу АЛПС могут приводить также мутации в генах PRKCD, KRAS, NRAS, CASP10. Клиника отличается полиморфизмом, пациенты с генетически подтвержденным АЛПС не всегда удовлетворяют критериям диагностики этого заболевания. Так, мутации в генах CASP10, FASL не всегда приводят к повышенному содержанию биологических маркеров.

2. Мутация в гене DNASE1L3 – заболевание характеризуется ранним дебютом, гипокомплементемией и люпус-нефритом, наличием антител к дсДНК и антинейтрофильных цитоплазматических антител.

3. Мутации в генах системы комплемента. У пациентов с дефицитом комплемента СКВ обычно проявляется в раннем возрасте и протекает с тяжелыми клиническими проявлениями.

4. Мутация в гене RAG2 - артрит, серозиты, уртикарноподобная сыпь, люпус-нефрит, рецидивирующие инфекции, антинуклеарные антитела и антитела к дсДНК, гистонам, кардиолипину, Sm-антигену, SSA и Rnp.

Проведение диагностики в отношении данных мутаций может дать толчок к подбору таргетной терапии моногенных форм СКВ, резистентных к классической иммуносупрессивной терапии. Для АЛПС уже существуют разработки по таргетной терапии, проводятся исследования об эффективности применения рапамицина, тофацитиниба, для других форм разработка этиотропной терапии - лишь вопрос времени, так как подобные исследования в данное время представляют одно из главных направлений в работе научных сообществ по всему миру.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С COVID-19

Забудкина В.В.

Научный руководитель: д.м.н. Смирнова Галина Ивановна

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет) Москва, Россия

Введение. с начала пандемии коронавирусной инфекции считалось, что у детей заболевание протекает легче, чем у взрослых. Однако, начиная с марта 2020 г., из ряда европейских стран стали поступать сообщения о детях с новым заболеванием, имеющим признаки болезни Kawasaki и синдрома токсического шока, получившим название — детский мультисистемный воспалительный синдром, ассоциированный с COVID-19.

Цель. Проанализировать клинический случай мультисистемного воспаления, ассоциированного с COVID-19.

Материалы и методы. Пациентка Е. 5 лет, больна с 12.10.21 - отмечена однократная рвота, 14.10 температура до 37.4 - 38С, появились жалобы на боли в животе, 16.10 лихорадка 38.5 - 38.7С, головная боль, усилилась боль в животе, вечером однократная рвота, лечилась нурофеном с временным эффектом, 17.10 лихорадка до 38.5С, появилась боль по задней поверхности шеи, светобоязнь, покраснение глаз, отёчность век. Была вызвана СМП, девочка доставлена в ДГКБ им. Сперанского с предварительным диагнозом «Острая инфекция верхних дыхательных путей. ОРВИ. Мезаденит. Шейная лимфаденопатия». Ребёнок от первой беременности, наследственность не отягощена, хронические заболевания мама отрицает, привита по календарю. 15.09.21 контакт с больным COVID-19. На момент осмотра 17.10 сознание ясное, гиперэстезия, менингеальные симптомы отрицательные, кожные покровы сухие, холодные. На ладонях и стопах эритема, периорбитальные отёки, зев без патологии. ЧДД 25 в минуту, хрипы не выслушиваются, АД 70/40 мм.рт.ст, ЧСС 128 в минуту, тоны сердца приглушены, симптом белого пятна 3-4 секунды, гемодинамика поддерживается в/в инфузией норадrenalина 0,08 мкг/кг/мин. Живот безболезненный при пальпации, край печени выступает на 2 см, мочеиспускание не нарушено. Данные лабораторных исследований от 17.10: Нб 118 г/л, тромбоциты $72.9 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы 78.98%, лимфоциты 12.9%, общ.белок 62 г/л, альбумин 29 г/л, АЛТ 146 ЕД/л, АСТ 135

ЕД/л, Bil. общий 40.5 мкмоль/л, СРБ 203.7 мг/л, ПКТ 7.57 нк/мл, МНО 1.40, фибриноген 6.31 г/л, D-димер 3342 нг/мл. Определяются IgG SARS-CoV-2 - 162.06. 17.10 УЗИ органов брюшной полости: свободной жидкости нет, печень +1,5см, паренхима гомогенна. Рентгенография грудной клетки: справа и слева в нижних отделах снижение прозрачности. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 115-117 уд/мин.

Результаты. жалобы на боль в животе, рвоту, лихорадку до 38,5 С, эритема на ладонях и стопах, периорбитальный отёк, артериальная гипотензия, увеличение размеров печени, данные за коагулопатию, повышенные маркёры воспаления, подтверждённая связь с инфекцией COVID-19, отсутствие какой-либо другой микробной причины заболевания позволяют поставить диагноз: Синдром мультисистемного воспаления, ассоциированный с COVID-19, неуточнённый, тяжёлое течение.

Заключение. Угроза мультисистемного воспалительного синдрома существует для всех носителей IgG к Coronavirus (SARS-CoV-2) молодого возраста. Важно проводить регламентированную диспансеризацию детей, перенёсших COVID-19 вне зависимости от тяжести течения заболевания и объяснять родителям необходимость этого обследования. В организованных коллективах целесообразно регулярно проводить ПЦР-тестирование на COVID-19 всех участников для выявления группы риска по развитию мультисистемного воспаления, ассоциированного с COVID-19.

ДЕМОНСТРАЦИЯ ПАЦИЕНТА С РАЗВИТИЕМ ХОЛЕЦИСТИТА НА ФОНЕ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Карманова С.Е., Наумович Н.С., Бойченко Я.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней педиатрического факультета, Ларина Любовь Евгеньевна, ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение и актуальность, цель. Холецистэктомия является второй по статистике (24,4%) операцией после аппендэктомии (26,4%) среди пациентов, госпитализируемых с клиникой «острого живота». В среднем заболеваемость острым холециститом составляет 145 случаев на 100 тыс. взрослого населения. Холецистит у детей с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта встречается в 6% случаев. Течение желчекаменной болезни (ЖКБ) отличается у взрослых и детей. У детей редко развивается холецистит.

Описание наблюдения. Пациент 13 лет повторно обратился в МДГКБ с однократной рвотой, клиникой «острого живота», синдромом токсикоза. Перенесенные заболевания: инфекционный мононуклеоз, узловатая эритема; хронические заболевания: микросфероцитарная анемия, а также дискинезия желчевыводящих путей, осложненная ЖКБ и реактивным панкреатитом. Вакцинация по индивидуальному графику. Зафиксирован случай выезда за границу менее 2 недель назад. При осмотре замечены желтушность слизистых оболочек, иктеричность склер, болезненность при пальпации живота в правой подреберной области, дефицит массы тела, стул в норме.

Лабораторные данные: Инфекции (Сифилис, гепатит С и В, ВИЧ) не обнаружены. IgG к SARS-CoV2 – 57,11 Ед. Отмечались лактоацидоз и

гипогликемия, гиперкапния, гипонатриемия, гипокалиемия (0 мМоль/л), гипокальциемия (0 мМоль/л) в первые дни поступления (далее проводилась коррекция водно-электролитного баланса, газов крови), анемия легкой степени тяжести, относительная и абсолютная лимфоцитопения, эозинопения, нейтрофилия, повышение СОЭ. В анализах мочи в динамике наблюдались гематурия, бактериурия, протеинурия, лейкоцитурия, кетонурия, повышение пигментов: билирубина и уробилиногена. В биохимическом анализе крови гиперферментемия печени, в динамике наблюдалось повышение альфа-амилазы, повышение лактатдегидрогеназы (ЛДГ), смешанная гипербилирубинемия с повышением значений в 5 раз. После лечения гиперферментемия печени исчезла, показатели альфа-амилазы и билирубина повышены с тенденцией к снижению.

Инструментальные данные: На Ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости в динамике отмечалось расширение холедоха по кистозному типу, левого печеночного желчного протока, увеличение размеров желчного пузыря с неоднородным содержимым и гиперэхогенными включениями (до 10 мм). 14.09.2021 были замечены конкременты в области шейки желчного пузыря, на уровне Фатерова сосочка (в динамике увеличился). Структура поджелудочной железы неоднородна, гиперэхогенна. Спленомегалия. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МР-холангиопанкреатография) подтвердила заключения по УЗИ – ЖКБ с осложнениями: острым калькулезным холециститом и реактивным панкреатитом.

Диагноз К80.1 «Острый калькулезный холецистит, желчная колика» был поставлен исходя из данных анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных данных. Патогенез ЖКБ является интересной частью данного случая, так как в анамнезе жизни у пациента перенесенный инфекционный мононуклеоз и хроническое заболевание – микросфероцитарная анемия. Инфекционный мононуклеоз является триггерным фактором для микросфероцитарной анемии и ЖКБ.

Было принято решение о проведении эндоскопической ретроградной холангиографии, папиллосфинктеротомии, ревизии желчных путей. Последующая терапия симптоматическая. Рекомендовано проведение спленэктомии и холецистэктомии в будущем.

Заключение. Представленный случай интересен патогенезом развития ЖКБ и холецистита в детской практике, тактикой ведения подобных случаев, симбиоза хирургического и терапевтического лечения.

СИНДРОМ ПРАДЕРА-ВИЛЛИ: ТРУДНЫЙ ПУТЬ К ДИАГНОЗУ

Поповская К.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии с курсом ДПО, Савченко Ольга Анатольевна
ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет Минздрава
России, Омск, Россия

Актуальность. Синдром Прадера - Вилли (СПВ) - хромосомная аномалия, связанная с поражением проксимальной области длинного плеча 15 хромосомы. Средний возраст установления диагноза приходится на 3 год жизни. На

современном этапе попытка постановки диагноза СПВ в неонатальном периоде на основе клинических проявлений, семейного анамнеза или дифференциальной диагностики с фенотипично подобными заболеваниями чрезвычайно сложна.

Цель. Демонстрация клинического случая синдрома Прадера – Вилли у недоношенного ребенка из дихориальной диамниотической двойни и проведение диагностического поиска причин развития симптомокомплекса «вялого ребенка» с учетом анамнестического, объективного, лабораторного и инструментального обследования.

Описание наблюдения. Девочка М., первый ребенок из дихориальной диамниотической двойни, от молодых родителей. Ребенок от 3 беременности. Роды преждевременные, в 32 недели 5 дней беременности. Масса при рождении 1809 граммов, длина 41 см, что соответствует гестационному возрасту. По шкале Апгар на 1 мин.- 4 балла, на 5 мин.- 7 баллов. При рождении состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности и гемодинамических нарушений, что потребовало назначения респираторной и кардиотонической терапии. При осмотре обращало на себя внимание наличие стигм дисэмбриогенеза: опущенные уголки рта, микрогнатия. На 3 сутки жизни отмечалось ухудшение состояния за счет развития врожденной пневмонии. Нуждалась в ИВЛ в различных режимах до 13 дней жизни, с сохранением кислородозависимости до 2 месяцев жизни (постконцептуальный возраст (ПКВ) 40 недель). У девочки с рождения отмечались симптомы угнетения ЦНС с выраженной мышечной гипотонией, отсутствием спонтанной двигательной активности, резким снижением рефлексов орального и спинального автоматизма. В возрасте 1 месяца (ПКВ 36 недель) - консультация врача-генетика. Хромосомной патологии при цитогенетическом исследовании выявлено не было, кариотип 46 XX. Дифференциальный диагноз проводился между нервно-мышечными заболеваниями, структурными миопатиями, синдромальной формой патологии, наследственными болезнями обмена веществ, митохондриальными заболеваниями. Исследованием методом газовой хроматографии с масс-спектрометрией исключены наследственные аминокислотопатии, органические ацидурии и дефекты митохондриального бета-окисления. При энзимодиагностики активность фермента альфа-глюкозидазы находилась в пределах референсных значений, что исключало болезнь Помпе. По результатам молекулярно – генетической диагностики делеции экзона 7 гена в *SMN 1* не зарегистрировано, что указывало на отсутствие спинально – мышечной атрофии 1 типа. Однако исследование методом FISH установило делецию в сегменте 15q11 генов *SNRHN* и *UBE3A*, характерной для синдрома Прадера – Вилли. В 2 месяца (ПКВ 40 недель) нарастает спонтанная двигательная активность, но с быстрым истощением. В возрасте 2 месяца 20 дней (ПКВ 43 недели) девочка снята с зондового кормления и переведена на кормление из соски. Мягкие ткани рыхлые, пастозные, подкожно - жировая клетчатка выражена проксимально на конечностях. С возрастом формируется фенотип синдрома Прадера-Вилли: лицо узкое, миндалевидный разрез глаз, опущенные уголки рта, маленький размер кистей и стоп.

Заключение. Синдром Прадера - Вилли у наблюдаемого ребенка был установлен в 3 месяца. Трудности ранней диагностики обусловлены отсутствием типичных фенотипических проявлений заболевания в неонатальном периоде, не

отягощенным семейным анамнезом и наличием здорового сибса. Симптомом комплекс «вялого ребенка» с выраженной мышечной гипотонией послужил отправной точкой для дифференциально-диагностического поиска.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕУТОЧНЕННОГО ЛИМФАДЕНИТА

Епифанова Е.Г.

Научный руководитель: Гурбанов Валерий Октаевич
ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Введение и актуальность. Лимфаденит — это воспалительный процесс в лимфатических узлах (ЛУ), вызванный инфекционным заражением на фоне осложнений первичного воспаления. Это состояние сопровождается головной болью, недомоганием, лихорадкой. С острыми лимфаденитами сталкиваются педиатры, ЛОР-врачи, стоматологи, иммунологи, инфекционисты, онкогематологи и другие специалисты. При этом число ошибочных диагнозов относительно лимфаденита достигает 40%.

Цель демонстрации. Проблема дифференциальной диагностики природы увеличения лимфатических узлов (лимфаденопатий – ЛАП), в том числе у детей, является весьма актуальной. Это обусловлено многообразием нозологий, сопровождающихся ЛАП, а также сложностью дифференциальной диагностики ее причин. Биопсия ЛУ была и остается завершающим этапом дифференциальной диагностики злокачественных и доброкачественных ЛАП, но показания к ее своевременному выполнению не определены и устанавливаются или эмпирически, или при развернутой клинической картине заболевания, тем самым постановка верного диагноза затягивается на более длительный срок.

Описание наблюдения. Пациентка Т., 11 лет в декабре 2020 года обратилась к неврологу с жалобами в течение месяца на головную боль, боль при прикосновении в правой задневисочной области; персистирующую субфебрильную температуру тела. Из анамнеза заболевания: в мае 2020 года отмечалось увеличение затылочных лимфоузлов. Провели амбулаторное обследование: УЗИ мягких тканей головы в правой затылочной области лоцируются два лимфатических узла 10,7*4,6 мм и 6,1*3,5мм с четкими ровными границами; Мазок из зева и носа: золотистый стафилококк +; Анализ крови на ВЭБ: обнаружены IgG; ОАК: WBC- 8,1 г/л, СОЭ 15 мм/ч, НВ- 116г\л, ЦП-0,79; БАК: АЛСО-785,2 Е/л, фибриноген- 5106 мг/мл. Поставлен диагноз лимфаденит и персистирующая стрептококковая инфекция, проведено лечение в июле азитромицином 250 мг 3 р/д 5 дней, в августе- амоксиклавом 375 мг 3 р/д 7 дней, без желаемого эффекта.

В декабре 2020 г. после консультации невролога, ребенок госпитализирован в психоневрологическое отделение. На момент прибытия в больницу ребенок средней степени тяжести с сохраненными жалобами. При повторном обследовании был поставлен диагноз: Головная боль мышечного напряжения. Длительный субфебрилитет неясной этиологии. Гипермагниемия. Железодефицитная анемия (ЖДА) легкой степени тяжести. Тубинфицирование. Вторичная кардиопатия. Хроническая стрептококковая инфекция. Оксалатная

дисметаболическая нефропатия. Хронический пиелонефрит, рентгенологически неуточненной стадии, частичной ремиссии.

Получает лечение толперизоном 0,05 мг 2р/д с положительным эффектом, но с сохранением менее интенсивной головной боли. Для установления причины болей провели МРТ головного мозга, при заключении которого: правая теменная кость утолщена, рыхлая, неоднородной структуры, гиперинтенсивность в T2ВИ, изоинтенсивность в T1ВИ, прилежащая мышца утолщена, отечна. После проведенного консилиума принято решение провести КТ костей черепа с усилением и повторная консультация гематолога и нейрохирурга. Заключение по полученным данным провели коррекцию основного диагноза: Объемное образование мягких тканей правой височно-теменной области сосудистого характера (ангиодисплазия). Повторная консультация гематолога: железодефицитная анемия легкой степени тяжести, данных о системных заболеваниях крови нет.

Проведено лечение:

- Цефтриаксон 1,0 в/м 2р/д 5 дней;
- Толперизон 0,05 мг 2р/д 20 дней;
- Бифиформ по 1 капсуле 2р/д 5 дней

Назначена плановая консультация нейрохирурга с целью решения вопроса о дальнейшем обследовании, лечении. Консультация гематолога с целью коррекции ЖДА.

Заключение, выводы. Сложность оценки воспалительных процессов в ЛУ связана с широким применением антибиотиков и противовоспалительных препаратов. Применение этих средств на ранних стадиях лимфаденитов приводит к приостановке увеличения размеров ЛУ и быстрой нормализации его эхоструктуры.

При сниженном иммунитете в ответ на инфекционный процесс реактивные и гиперпластические изменения в ЛУ минимальны.

Шейные лимфатические узлы являются частым местом метастазирования злокачественных опухолей, первичный очаг которых располагается в области головы и шеи. К ним, например, относятся плоскоклеточный рак верхних отделов дыхательных путей, а также метастазы рака слюнных желез и щитовидной железы. Поэтому нужно иметь онконастороженность при продолжительном лимфадените.

ТАНАТОФОРМНАЯ КАРЛИКОВОСТЬ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Кузьменко А.В., Семак И.Ю.

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

Введение и актуальность. Танатоформная карликовость — это редкая летальная дисплазия скелета, характеризующаяся укорочением конечностей и узкой грудной клеткой. Патология встречается у 1 из 20 000 - 40 000 новорождённых. Заболевание связано с мутацией в гене FGFR3, передающейся

по аутосомно-доминантному типу наследования. Заболевание дебютирует в антенатальном или неонатальном периоде. Подтверждение диагноза при пренатальной ультразвуковой и генетической диагностике может являться поводом для прерывания беременности по медицинским показаниям. Пациентам с диагнозом назначается поддерживающая терапия, которая заключается в тщательном наблюдении и симптоматическом лечении осложнений. Причиной гибели является дыхательная недостаточность.

Цель демонстрации. Продемонстрировать клинический случай танатоформной карликовости у новорожденной девочки, установленной в пренатальный период.

Описание наблюдения. Девочка на девятые сутки жизни (16.10.2021 г.) была переведена из перинатального центра г. Краснодара в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных №1 ГБУЗ ДККБ МЗ КК с диагнозом: «Танатоформная карликовость. Врожденная пневмония. Перинатальное повреждение ЦНС, синдром угнетения. Двусторонние кефалогематомы. Неонатальный кандидоз. Анемия смешанного генеза». Из акушерского анамнеза матери было выяснено, что ребёнок от второй беременности, вторых срочных родов на 38 неделе. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени, с 20-й неделе выявлено многоводие, на 37 неделе установлен гестационный пиелонефрит, получала стационарное лечение. По результатам внутриутробного скрининга на основании УЗИ определены множественные пороки развития: скелетная аномалия, гипоплазия грудной клетки, гипоплазия легких.

Ребенок родился с весом 2680 г, длиной 42 см, окружность головы 38 см, груди – 27 см, оценка по шкале Апгар 6-6-7 баллов. Объективные данные: снижение рефлексов врожденного автоматизма, голова брахицефалической формы, запавшая переносица, низко посаженные уши, маленький нос, выступающий лоб, короткая шея, узкая грудная клетка, симптом «трезубца» обеих кистей, микромелия, многочисленные кожные складки верхних и нижних конечностей.

В ходе дополнительного исследования установлено: по результатам УЗИ головного мозга с доплерографией эхографические признаки дилатации обоих боковых желудочков, повышение эхогенности паренхимы в перивентрикулярных областях; Эхо-КТ данные межпредсердного сообщения; по данным рентгенографии ателектазы верхушек обоих легких, отмечается уплощение тел позвонков, ребра короткие, укорочение и изогнутость бедренных костей; в общем анализе крови лейкоцитоз, моноцитоз; в биохимическом анализе крови повышение СРБ.

Установлен диагноз «Танатоформная карликовость. Врожденная пневмония. Перинатальное повреждение ЦНС, синдром угнетения. Двусторонние кефалогематомы. Неонатальный кандидоз. Анемия смешанного генеза».

Лечебная терапия была проведена в следующем объеме: пункция кефалогематом, антибактериальная и противогрибковая терапия, симптоматическая терапия, энтеральное питание через зонд, круглосуточный мониторинг витальных функций, выхаживание посредством открытой реанимационной системы с сервоконтролем. При стабилизации состояния ребенок переведен на второй этап выхаживания.

Заключение, выводы. Танатофорная карликовость в большинстве случаев приводит к летальному исходу в течение первых нескольких дней или месяцев жизни из-за узкой грудной клетки, которая служит причиной дыхательной недостаточности. Поскольку нет эффективного способа лечения заболевания, первостепенное значение имеет медико-генетическое консультирование родителей из группы риска, т. е. имеющих соответствующий семейный анамнез, или семей, сталкивавшихся с внутриутробной гибелью плода.

СИНДРОМ ШЕРЕШЕВСКОГО-ТЕРНЕРА

Шакирзянова Г.Р., Багаутдинова А.Р.

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

Введение и актуальность. Синдром Шерешевского-Тернера – это хромосомное заболевание, которое характеризуется либо полным отсутствием одной хромосомы, либо наличием дефекта в одной из X-хромосом. К основным и наиболее постоянным клиническим признакам относятся задержка роста, гипергонадотропный гипогонадизм и целый ряд врожденных аномалий: крыловидные складки шеи, низкий рост волос, эпикант, птоз, ротированные ушные раковины, высокое готическое небо, наблюдается ряд аномалий различных органов и систем.

Цель демонстрации. Описание клинического случая развития синдрома Шерешевского-Тернера, мозаичный вариант.

Описание наблюдения. Пациентка X, 9 лет 6 месяцев, обратилась с жалобой на отставание в физическом развитии. Из анамнеза известно, что ребенок от III беременности, II родов. Роды состоялись на 37 неделе с асфиксией плода. Масса тела при рождении 1850, длина тела 43 см, оценка по шкале Апгар 6-8 баллов. Выписана из родильного дома с диагнозом: хроническая внутриутробная гипоксия, недоношенность 2 степени. Со слов матери ребенок всегда отставал в росте от сверстников. При осмотре обращает на себя внимание, косоглазие, низкий рост, широкий высокий лоб.

Проводилось УЗИ щитовидной железы: УЗ-картина диффузных изменений щитовидной железы (по типу аутоиммунного тиреоидита). МРТ головного мозга с целью исключения аденомы гипофиза, заключение: убедительных данных за микроаденому гипофиза не получено. По рентгенографии левой кисти определен костный возраст, который соответствует 7 г. 10 мес. По результатам обследования гормонального профиля: ТТГ 2,3 mIU/l (0,6-4,84); Т4 св. 21,34 pmol/l (12,5-21,5); АТ к ТПО 197,6 IU/ml (до 20), что свидетельствует о наличии аутоиммунного заболевания щитовидной железы. При обследовании ребенка обращало на себя внимание, отставание физического развития (Рост 116 см, перцентиль роста < 5 SDS роста -2,47. Вес: 22,5 кг, перцентиль веса 5 SDS веса - 1,04, ИМТ 17,09; SDS ИМТ 0,32).

Девочка была консультирована офтальмологом: Гиперметропия средней степени OU. Сложный гиперметропический астигматизм OU. Содружественное альтернирующееся частично-аккомодационное сходящееся косоглазие OU.

Амблиопия слабой степени. Осмотрена ортопедом: Плосковальгусная деформация обеих стоп.

По результатам УЗИ щитовидной железы и гормонального профиля была консультирована эндокринологом. Выставлен диагноз: Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Субклинический гипотиреоз.

Учитывая выраженную задержку физического развития и микроаномалии развития, пациентке было показано проведение молекулярно-цитогенетического исследования: молекулярный кариотип 45,X[6]/46, r(?X)[5].arr(X)x1. Установлен диагноз: синдром Шерешевского-Тернера (мозаичный): 45,X0 (46,X,rC?).

В настоящий момент ребенок находится на терапии гормоном роста - соматотропин (0,8 мг в 20-22 часа, п/к) и гормоном щитовидной железы левотироксин натрия (37,5 мкг ежедневно внутрь).

Заключение, выводы. Данный клинический пример показателен тем, что из многообразия клинических проявлений синдрома Тернера у пациентки имеет место только низкий рост и измененный кариотип. Для того, чтобы заподозрить мозаичный вариант синдрома Шерешевского-Тернера, необходимо обратить внимание на отставание ребенка в росте, плохую прибавку в весе, стигмы дисэмбриогенеза и бочкообразную грудную клетку. Если у ребенка присутствует данная симптоматика, нужно направить его на консультацию к генетику, для решения вопроса о проведении молекулярно-цитогенетического исследования.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИАБЕТА MODY 2 У ДЕТЕЙ

Стульникова К.А.

Научный руководитель: д.м.н., доцент, Филина Наталья Юрьевна
ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет
им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Введение и актуальность. Медико-генетические технологии сегодня позволяют верифицировать редкие варианты моногенных форм сахарного диабета. MODY-2 является наиболее часто встречающимся вариантом диабета у жителей РФ и связан с мутацией в гене GSK, что приводит к нарушению чувствительности β -клеток к глюкозе. Клиническая манифестация сахарного диабета у каждого пациента имеет свои особенности, что требует от клинициста дифференцированного подхода к диагностике и выбору лечения.

Цель. Выявить клинические особенности течения сахарного диабета типа MODY-2 у наблюдаемых детей города Саратова.

Описание наблюдения. В клинике детской эндокринологии УКБ 1 им. С.Р. Миротворцева под наблюдением находится 9 детей с моногенными формами, из них 5 детей с MODY 2. Проведен сравнительный анализ клинико-лабораторных особенностей выявленных случаев MODY 2 у детей г. Саратова. Генетическое обследование пациентов проведено в НМИЦ Эндокринологии на панели custom Ampliseq_DM_H1 (моногенные формы диабета, гиперинсулинизм). Верифицированы мутации гена GSK, ответственного за фосфорилирование глюкозы β -клеткой и синтез гликогена в печени.

Возраст выявления диабета у наблюдаемых детей составлял от 4 месяцев до 11 лет, у троих детей гипергликемия была диагностирована в возрасте до 3 лет. Клиническая картина у четверых детей с гетерозиготной мутацией в гене GSK характеризовалась умеренной гипергликемией натощак до 6.2–6.7 ммоль/л, постпрандиально до 9.4 ммоль/л, сохранной секрецией С-пептида (1.08 пмоль/л), инсулина (2.0 мкМЕ/мл). уровень гликированного гемоглобина не превышал при манифестации 6,5%. Клинических симптомов сахарного диабета и кетоацидоза у детей не было. У всех пациентов был отрицательный уровень аутоантител к β -клеткам поджелудочной железы (ICA), аутоантител к инсулину (IAA), аутоантител к глутаматдекарбоксилазе (GAD), аутоантител к тирозинфосфатазе. Генетический анамнез у всех детей был отягощен по сахарному диабету у ближайших родственников, как правило у мамы, бабушки по материнской линии. Следует отметить, что у матерей наблюдаемых детей выявлялся гестационный диабет. Вышеописанные дети имели длительное латентное течение диабета на фоне диетотерапии с уровнем гликированного гемоглобина в пределах 7,0%. Из типичной картины пациентов с MODY2 выделялся один пациент с сочетанием мутаций гена GSK и гена INSR. Манифестация диабета у него произошла в возрасте 1,5 лет с классических симптомов – полиурии, полидипсии, похудания. Вариабельность гликемии натощак 7 – 9,3 ммоль/, постпрандиально 8,69 ммоль/л, С-пептид (базальный) 0,0009 нг/мл, инсулин 2,0 мМН/мл, уровень гликированного гемоглобина 7.4%. Наследственный анамнез отягощен: у матери гестационный диабет и далее отмечалось нарушение толерантности к глюкозе, гиперинсулинемия, у бабушки по линии матери сахарный диабет. Через год после манифестации отмечалось ухудшение гликемии до 12 ммоль/л и ацетонемическое состояние, HbA1c - 8%. В связи с чем в терапию назначен пролонгированный инсулин - Детемир в дозе 2 ЕД в сутки. Через 8 месяцев в связи с высокой вариабельностью гликемии (3 – 10 ммоль/л) и ацетонемическими состояниями, доза детемира увеличена до 3 ЕД в сутки, в результате чего показатели гликемии приближены к целевым значениям.

Выводы. Клиническая картина MODY 2 диабета у детей при мутации гена GSK имеет схожие проявления латентного диабета, характеризующиеся умеренными нарушениями гликемии натощак без клинических проявлений и без прогрессирования симптомов в периоде наблюдения на протяжении 3 лет.

Диабет у ребенка с комбинацией мутаций в генах GSK и INSR имел более агрессивные клинические проявления при манифестации, явления кетоацидоза, быстрое прогрессирование инсулиновой недостаточности, что потребовало через 12 месяцев назначения инсулинотерапии.

СИНДРОМ КЛИФСТРЫ

Багаутдинова А.Р., Шакирзянова Г.Р.

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

Введение и актуальность. Синдром Клифстры(СК) - редкое генетическое заболевание, характеризующееся умственной отсталостью, часто

сопровождающееся спектром физических и клинических особенностей. Большинство случаев СК являются *denovo*, однако редко выявляется микроделеция хромосомы в регионе 9q34.3 или мутация в гене ЕНМТ1. Частота встречаемости синдрома неизвестна. Не существует его универсального описания, так как имеется широкий спектр клинических симптомов и диапазон тяжести их проявлений. Клиническими признаками являются: интеллектуальная недостаточность с отсутствием речи, расстройства аутистического спектра, поведенческие нарушения, выраженная гипотония, врожденные пороки развития и лицевой дисморфизм.

Цель демонстрации. представить клинический случай ребенка с синдромом Клифстры.

Описание наблюдения. Пациент К., 6 лет 7 месяцев, поступил планово для коррекции лечения с диагнозом: Синдром Клифстра. Тяжелая белково-энергетическая недостаточность. Эпилептическая энцефалопатия с эпилептическими спазмами и генерализованными тонико-клоническими судорогами (медикаментозная ремиссия 2 г. 9 мес.). Гиперметропия высокой степени ОУ. Слабый гиперметропический астигматизм.

Жалобы при поступлении на интеллектуальную недостаточность, задержку физического развития. Из анамнеза известно, что ребенок родился от II беременности (на фоне бронхиальной астмы), II родов путем Кесарева сечения с массой тела 2800 г, длиной 46 см на Апгар 7-8 баллов по шкале Апгар. Диагноз при выписке из ОПН: Церебральная ишемия II ст., ИПВК I-II ст., синдром пирамидной недостаточности на фоне мышечной гипотонии. Конъюгационная желтуха. ЗВУР по типу гипотрофии. ООО. Психомоторное развитие - с отставанием. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Синдром Клифстра (диагноз выставлен в 3 года). ООО (3,5 мм). Ребенок наблюдается у невролога по поводу задержки психомоторного развития, эпилептической энцефалопатии с эпилептическими спазмами и генерализованными тонико-клоническими судорогами; у эндокринолога - Гипопитуитаризм (соматотропная недостаточность, вторичный гипотиреоз); кардиолога: Дефект предсердной перегородки, ООО, ЭХЛЖ.

В 3-х летнем возрасте проведен генетически анализ. Получены данные в пользу наличия гетерозиготной делеции сегмента хромосомы (с приблизительными границами 13999814441-141016461 п.о., захватывающей участки 37 генов (LOD 2,51), в том числе гене ЕНМТ1. Гетерозиготные делеции гена ЕНМТ1 описаны у пациентов с синдромом Клифстра (ОМIM: 610253). Отмечался характерный лицевой дисморфизм: гипертелоризм, синофриз, макроглоссию, прогнатизм, плоское лицо, «рот карпа» и т. д. Проводилось МРТ головного мозга: ретроцеребеллярная киста, расширение субарахноидальных пространств.

При обследовании ребенка обращало на себя внимание выраженное отставание физического развития (рост: 98 см; SDS роста -3,80, скорость роста 4,17 см/год, SDS скорости роста -1,97. Вес: 11,8 кг, ИМТ 12,29 кг/м². SDS ИМТ -3,34).

В настоящее время ребенок получает лечение: левотироксин (25 мкг в сутки утром до еды), вальпроевую кислоту (конвулекс по 13 капель 3 раза: в день,

утром и вечером – 390 мг в сутки после еды, ежедневно - 32 мг/кг в сутки, с профилактической целью витамин Д3 1000 МЕ.

Заключение и выводы. В данном клиническом случае представлены особенности течения синдрома Клифстры. Клиническая картина синдрома Клифстра включает интеллектуальную недостаточность, выраженную мышечную гипотонию, пороки развития внутренних органов), типичный для синдрома лицевой дисморфизм. Наш опыт наблюдения и лечения пациента с данным генетическим заболеванием в сочетании с эпилепсией, проявляющейся инфантильными спазмами с поздним дебютом, свидетельствует о том, что, вероятно, синдром Клифстры может включать развитие эпилепсии как один из симптомов заболевания. Необходимо дальнейшее изучение информации об этом генетическом синдроме.

СИНДРОМ МАК-КЬЮНА-ОЛБРАЙТА-БРАЙЦЕВА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Бицадзе А.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Статова Анастасия Васильевна
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава
Росии, Краснодар, Россия

Введение и актуальность. Синдром Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева – это редкое, генетически обусловленное заболевание, клинически проявляющееся триадой симптомов: фиброзно-кистозной дисплазией костной ткани, пигментацией кожных покровов цвета «кофе с молоком» и эндокринными нарушениями. Наиболее часто среди них встречается преждевременное половое развитие. Причиной заболевания является мутация гена *GNAS1G* (*G protein binding adenylyl cyclase stimulatory*), кодирующего альфа субъединицу G-белка, приводящая к активации аденилатциклазы, в следствие чего образуется большое количество внутриклеточного цАМФ. Результатом этого биохимического каскада является нерегулируемый синтез гормонов: меланина, эстрадиола, тестостерона, тироксина, гормона роста и кортизола. Достоверные эпидемиологические данные об этом заболевании отсутствуют, распространенность колеблется от 1 на 100000 до 1 на 1000000 случаев. Заболевание может возникать у всех детей независимо от половой принадлежности, однако у девочек регистрируется в 2 раза чаще. Актуальность проявляется в высокой вариабельности симптомов и сложности диагностики данного синдрома.

Цель демонстрации. Описание клинического случая синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева у девочки 3 лет.

Описание наблюдения. В качестве материалов и методов использовались: история развития ребенка А. (форма № 112/у) 14.01.2018 года рождения, наблюдающегося в детской поликлинике города Краснодара, выписка из истории болезни детского отделения сахарного диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России. Из медицинской документации получены результаты объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов диагностики (данные гормонального, УЗИ, рентгенологического исследований).

Девочка А., 3-х лет, направлена в отделение сахарного диабета ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» для подтверждения диагноза. Из анамнеза: в 8

месяцев, появилось изолированное телархе, проведено исследование по месту жительства, нарушений гормонального фона не выявлено. При динамическом наблюдении в возрасте полутора лет впервые отмечены признаки тиреотоксикоза по результатам гормонограммы (ТТГ 0,005 мМЕ/мл, Т4св. 18,88 пмоль/л, Т3св. 10,74 пмоль/л, АТкТПО 0,1 Ед/мл), объективных и электрокардиографических данных за тиреотоксикоз не выявлено. В возрасте 2,5 лет появились кровянистые выделения из половых органов, при проведении УЗИ органов малого таза обнаружены эстроген-секретирующие кисты левого яичника, признаки первичного гипергонадизма, установлен предварительный диагноз синдром Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева. Через несколько месяцев на коже поясничной области появилось пятно цвета «кофе с молоком». Ребенок прошел обследование в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России: отмечалось ускорение роста, наличие железистой ткани в области молочных желез (Таннер 2), эстрадиол 753 пг/мл, ФСГ < 0,05 мМЕ/мл, ЛГ 0,01 мМЕ/мл, опережение костного возраста на 2 года, тиреотоксикоз неаутоиммунного генеза. Выявлены очаги фиброзной дисплазии костей обеих кистей рук, начальные признаки фиброзной дисплазии правой большеберцовой кости, фиброзной дисплазии черепа (элементы кистовидно-ячеистой перестройки структуры костной ткани глазничных поверхностей гайморовых пазух, больше слева). Подтвержден диагноз синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева: гонадотропин-независимое преждевременное половое развитие на фоне рецидивирующих кист яичника, пятно цвета «кофе с молоком», полиоссальная фиброзная дисплазия.

Заключение, выводы. Описанный клинический случай представляет интерес как редко встречающаяся нозологическая форма. Сложность диагностики синдрома Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева обусловлена отсутствием специфических лабораторных тестов, а реабилитация требует участия команды специалистов – педиатра, эндокринолога, ортопеда, хирурга, гинеколога, невролога.

СЛУЧАЙ ДЕТСКОГО МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

Ганарова Т.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии,
Мингаирова Александра Геннадьевна,
ФГБОУ ВО «Омский Государственный медицинский университет» Минздрава
России, Омск, Россия

Цель. Предоставление примера течения актуального в настоящее время заболевания и привлечение внимания специалистов различного профиля для улучшения осведомленности и объединения усилий по изучению данной патологии. В целом, научные сообщества единогласны: детский мультисистемный воспалительный синдром является постинфекционным иммуноопосредованным воспалительным заболеванием. Однако, требуется больше исследований, позволяющих выбрать более рациональные диагностические и терапевтические стратегии.

Описание наблюдения: Девочка, 6 лет. Жалобы при поступлении: лихорадка, боли в животе, слабость, вялость, отсутствие аппетита, сыпь на теле,

отечность глаз и губ, изменение цвета мочи. В анамнезе перенесенная острая респираторная инфекция 3 недели назад. Настоящее заболевание началось остро: температура 39,6°C, выраженная боль в животе, гиперемия ягодиц, мелкопятнистая сыпь на тыле правой стопы. Пациентка доставлена в ЦРБ, исключена острая хирургическая патология. Далее сыпь распространялась над локтевыми и коленными суставами, на кистях, на шее, грудной и брюшной стенках. Появилась гиперемия губ, склер, выраженное потемнение мочи. Девочка была направлена в Областную детскую клиническую больницу города Омска.

При поступлении: состояние тяжелое, обусловлено интоксикацией, абдоминальным болевым синдромом. Сохранялась сыпь. Губы сухие, слизистые полости рта ярко розовые. Дыхание стонущее с частотой 38 в мин. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 140 в мин. Живот напряжен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, редкое, моча темная (цвет заварки чая). В динамике: КТ картина двустороннего гидроторакса, утолщение междольковых перегородок. Поражение сердца: снижение ФВ до 50%, гипокинез стенок ЛЖ, недостаточность МК 2-3ст. СРБ – 23мг/дл. Пациентке потребовалось проведение лапароскопии, плевральной, люмбальной пункции. Серологический тест на COVID-19 дал отрицательный результат.

На основании полученных данных был выставлен диагноз: Мультисистемный воспалительный синдром кавасаки-подобный. Осложнения: полиорганная недостаточность. Полисерозит. Проводилась антибактериальная, гормональная, антикоагулянтная, мочегонная терапия, использовались ВВИГ. Однако, несмотря на проводимое лечение, в связи с гипотензией, снижением диуреза и сатурации пациентка переведена в ОРИТ. На фоне нарастания дыхательной недостаточности переведена на ИВЛ.

На фоне лечения отмечалась медленная положительная клиническая динамика. Проводилась телемедицинская консультация с ОСП Российская детская клиническая больница ФГАУ ВО «РНИМУ Н.И. Пирогова» МЗ РФ. Ребенок выписан с улучшением под наблюдение педиатра, кардиолога, рекомендована кардиометаболическая терапия.

Заключение. Данный клинический пример ярко демонстрирует серьезность течения детского мультисистемного воспалительного синдрома у ребенка без тяжелых сопутствующих патологий или предшествующего тяжелого течения инфекционного заболевания. Осведомленность о риске развития данной патологии – необходимость, продиктованная современной ситуацией в мире.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ДЕТЕЙ, ЗАЧАТЫХ ПОСРЕДСТВОМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Рустянова Д.Р.

Научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии
Жирнов В.А.

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Самара, Россия

Введение. Динамика показателей рождаемости и смертности в России пророчит развитие депопуляции. Значимой причиной для подобного сценария

является бесплодие, достоверным путём преодоления которого является проведение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). В рядах ученых до сих пор остается неразрешенным вопрос о здоровье детей, зачатых *in vitro*.

Цель. Поиск подходов к оптимизации методов ведения детей, рожденных после ВРТ.

Материалы и методы. Проведен про- и ретроспективный анализ здоровья детей в возрасте от 0 до 3 лет, рожденных после применения ВРТ (n=54). Определены медицинские факторы риска здоровья женщин, изучены особенности акушерско-гинекологического анамнеза; исследованы течение беременности и родов; проведен анализ здоровья детей в раннем возрасте в сравнении с детьми, зачатыми естественным путём (группа контроля; n=60). Критериями исключения явились: многоплодная беременность, срок гестации при рождении менее 31 недели. В качестве теста статистической значимости использован точный тест Фишера для выборок маленьких размеров (p).

Результаты. В ходе исследования было выявлено, что у женщин, прошедших через процедуру ВРТ, чаще встречались эндокринные расстройства, возникшие до беременности - 47% случаев против 19% (p=0.0022). Риск развития преждевременных родов присутствовал у 80% пациенток после ВРТ (32% в группе контроля, p<0.001), это привело к рождению недоношенными 38 детей основной группы. Преэклампсия умеренной и тяжелой степени развилась у 21% пациенток основной и 8% контрольной групп (p=0.05). Отличительными особенностями течения естественной беременности явились наличие хронической фето-плацентарной недостаточности (p<0.001) и гестационной анемии (p<0.001). В структуре здоровья детей от 0 до 3 лет, зачатых посредством ВРТ, были получены следующие данные. 9 из 10 детей каждой группы страдали перинатальными последствиями поражения центральной нервной системы. Гидроцефалия (17% против 2%, p=0.006) и задержка речевого развития (87% против 18%, p<0.001) сопутствовали младшему возрасту детей, зачатых посредством искусственного оплодотворения. На диспансерном наблюдении у невролога остаётся 91% детей основной группы и 20% контрольной (p<0.001). Высокий уровень преждевременных родов оказал влияние на развитие осложнений в сердечно-сосудистой системе. Так, функционирующие фетальные коммуникации основной группы послужили к постановке детей на учёт к кардиологу, в то время как пациенты контрольной группы были под наблюдением врача вследствие врожденных пороков сердца (p<0.001). Исследование антропометрических данных детей первого года жизни показало, что общая ежемесячная прибавка веса за первые полгода жизни составила: ±923 г в основной группе, ± 765 г в группе контроля. За вторые полгода общая ежемесячная прибавка веса составила: ±648 г в основной группе; ± 421 г в группе контроля. Расхождений в росте с общепринятыми нормами обнаружено не было. 39 из 56 детей, зачатых искусственным путем, попали в диспансерную группу «Дети с рецидивирующими респираторными инфекциями». За счет этого произошло отставание вакцинации детей по «Национальному календарю прививок».

Выводы. Беременность и роды после ВРТ протекают со значимыми осложнениями, среди которых эндокринные расстройства, угроза

преждевременного прерывания беременности, преэклампсия. У детей, зачатых *in vitro*, отмечается нарушение нервно-психического развития, имеются патологии сердечно-сосудистой системы; также эти дети имеют склонность к ожирению и частым респираторным инфекциям. Выделение диспансерной группы «дети, зачатые посредством ВРТ», поможет предотвратить развитие патологических состояний, что соответствует принципам предиктивной медицины. Для повышения уровня здоровья популяции необходим открытый и честный диалог между акушерами-гинекологами, репродуктологами и педиатрами для объективного наблюдения за детьми, зачатыми *in vitro*.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРИХОБЕЗОАРА У РЕБЁНКА ЧЕТЫРЁХ ЛЕТ

Николаева Е.А., Раимова А.Т.

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

Введение. Трихобезоары – инородные тела, образующиеся при попадании в желудок волос или шерсти. Они, как правило, встречаются у девочек, имеющих патологическую склонность выдёргивать и глотать волосы с головы, бровей и ресниц – трихотилломанию. В желудке образуется «волосяная опухоль», состоящая из переплетенных волос. Эпидемиологические исследования показали, что данной патологией страдают 1-5% населения планеты.

Цель. Описание клинического случая трихобезоара у ребенка 4 лет.

Материалы и методы. клиническое наблюдение и истории болезни ребенка, анализ медицинской литературы.

Результаты. Пациентка, 4 года, заболела остро, поступила с жалобами на повышение температуры до фебрильных цифр. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, родился в срок, без патологии, рос и развивался в соответствии с возрастом. Девочка заболела около года назад, когда мать стала отмечать запоры и увеличение живота, лечение отсутствовало. Наследственность не отягощена. При осмотре состояние тяжелое за счет выраженного анемического синдрома и гепатоспленомегалии. Кожа и слизистые бледные, микрополиадения. Со стороны сердца – систолический шум на верхушке и по левому краю грудины, перкуторно в пределах возрастной нормы. Органы дыхания без патологий. Живот визуально увеличен в объеме, выраженная венозная сеть на передней брюшной стенке. Печень пальпируется на 4 см ниже края реберной дуги, край печени плотноватый, умеренно болезненный. Селезёнка увеличена на 1,5-2 см. Со слов матери, запоры 1 раз в 3 дня, мочеиспускание редкое. При лабораторном обследовании в общем анализе крови выявлена тяжелая гипохромная анемия (Hb 5,1-6,1 г/л), выраженный сдвиг лейкоформулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, тромбоцитоз (636×10^3), ускорение СОЭ (37мм/ч). В биохимическом анализе крови наблюдается повышение СРБ до 6,94 мг/дл (0-5мг/дл), гипокальциемия 0,779 mMol/L (1,120 – 1,320 mMol/L). В анализе мочи - лейкоцитурия 100 Leu/L. Органы мочеполовой системы без патологий. На

рентгенограмме органов брюшной полости – вздутие петель кишечника. В рамках дифференциальной диагностики были исключены следующие заболевания: сепсис, лейкоз, болезнь Гоше, болезнь Вильсона-Коновалова. На ФЭГДС обнаружен трихобезоар желудка, занимающий 2/3 полости. Был выставлен диагноз: Трихобезоар желудка. Анемия железодефицитная тяжелой степени. Хронический запор. Обсессивно-компульсивное расстройство в виде нарушения пищевого поведения (некрофагия). Последнее нарушение было выявлено после консультации психиатра. Выяснено, что у девочки появилась привычка проглатывать нити шерстяных изделий, после повторного замужества матери и появления отчима в семье. Проведена лапаротомия, гастротомия и удаление трихобезоара размером 14,4 x 4,0 x 4,0 см. Лечение было эффективным. Пациентка выписана из стационара домой.

Выводы. Данный клинический случай представляет интерес в связи с редкостью патологии и необходимостью определенной терапевтической настороженности у врачей детской поликлиники. Обнаружение и удаление трихобезоара у ребенка 4 лет является одним из наиболее ранних и редких случаев. Такие дети должны находиться на диспансерном наблюдении у психиатра. Данный случай поможет проинформировать большое количество врачей, что в дальнейшем обеспечит своевременную диагностику и начало лечения у подобных пациентов. Правильно собранный социальный анамнез играет важную роль в диагностике данной патологии.

СОЧЕТАНИЕ ГЕТЕРОЗИГОТНОЙ ФОРМЫ АЛЬФА-ТАЛАССЕМИИ И ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА

Дончик Е.И.

Научные руководители: к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней педиатрического факультета Ларина Любовь Евгеньевна; ассистент кафедры пропедевтики детских болезней педиатрического факультета Хатшуков Заур Асланбиевич

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Талассемия – это группа наследственных заболеваний крови, которые приводят к нарушению выработки гемоглобина, а тяжесть заболевания зависит от глубины поломки генов. Альфа-талассемия — это форма талассемии, включающая гены HBA1 и HBA2. Во всех нормальных формах гемоглобина присутствует две альфа-цепи и две другие цепи в зависимости от типа гемоглобина. При альфа-талассемии происходит мутация альфа-цепей гемоглобина. У здорового человека за образование альфа-глобиновых цепей отвечают четыре альфа-глобиновых гена по два на каждой 16-й хромосоме ($\alpha\alpha/\alpha\alpha$). В нашем клиническом случае мутация одного гена в гетерозиготной форме ($-\alpha/-\alpha$ или $--/\alpha\alpha$) - малая форма альфа-талассемии, сопровождающаяся хронической гипохромной микроцитарной анемией.

Описание наблюдения. Мальчик И., 11 лет (12.05.2010 года рождения) 13.02.2022г. поступил в отделение гематологии МДГКБ в среднетяжелом состоянии. С 20.01.2010 снижение уровня гемоглобина до 90 г/л, отмечалась

гипохромия, анизоцитоз. На фоне ферротерапии гемоглобин поднялся до 99 г/л, с сохранением гипохромии. Мальчик был направлен на обследование в ФНКЦ им. Дмитрия Рогачева, по результатам электрофореза типов гемоглобинов: А 96,3%, А2 2,2% F 1,5% при норме: А >95%, А2 1,5-3,5%, F <2%. При исследовании наиболее частых делеций с вовлечением альфа-глобинов выявлена делеция 3,7 в гетерозиготном состоянии. Исходя из проведенных исследований, установлен диагноз: Альфа талассемия, гетерозиготная форма. С 05.12.21г. отмечается резкое снижение уровня гемоглобина до 80г/л, в связи с чем в декабре 2021г. получал пероральную ферротерапию 30 дней, без эффекта. Среднетяжелая анемия (80-90 г/л) сохранялась. Госпитализирован в МДГКБ для оценки эффективности ранее проведенной ферротерапии и определения тактики дальнейшего лечения. Ребенок получает в рационе питания 200-250 г. красных сортов мяса ежедневно. От 14.02.2022г. По общему анализу крови выявлены: гипохромная, микроцитарная анемия II степени, сидеропения (2,19 мкмоль/л), показатели ферритина в норме. От 16.02.22г. Из результатов ультразвукового исследования органов брюшной полости: увеличение линейных размеров печени. По результатам эзофагогастродуоденоскопии: эрозивный рефлюкс-эзофагит нижней трети пищевода А степень, пангастрит. На момент наблюдений, анемия смешанного генеза (в рамках альфа-талассемии и железодефицитного состояния). Мальчик был консультирован гастроэнтерологом и был поставлен диагноз: Клинический сопутствующий гастроэзофагальный рефлюкс с эзофагитом, эрозивная форма без стеноза и кровотечения, клинически сопутствующий антральный гастрит. Назначена диетотерапия: соблюдение строгого антирефлюксного режима. Назначена необходимая терапия: гастроцитопротекторы (Эзомепразол, Трикалия висмута дицитрат) антибиотики, антацидные препараты и пребиотики. 17.02.2022г. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии, с рекомендациями о наблюдении гастроэнтеролога и гематолога. С целью исключения железорезистентной железодефицитной анемии и ацерулоплазминемии, назначена плановая сдача концентрации сывороточного гепсидина, меди и церулоплазмينا. Назначен эндоскопический контроль через 4 недели. Учитывая отсутствие эффекта ранее назначенной по месту жительства ферротерапии, проводится под наблюдением дифференциальная диагностика с железодефицитной анемией из-за хронической кровопотери желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Заключение: в данном клиническом случае, природа железодефицита не связана с алиментарными факторами и хронической потерей из ЖКТ, что может говорить о нарушении всасывания железа, связанное либо с поражением слизистой желудка (из обследования: антральный гастрит), либо с ацерулоплазминемией, либо с железодефицитной железорезистентной анемией (IRIDA). Для уточнения природы железодефицита, необходимо дальнейшее обследование белков крови, анализ на церулоплазмин и на гепсидин, необходимо посмотреть динамику лечения антрального гастрита. После чего мы можем узнать точную природу железодефицита у ребенка.

СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДВУХ РОДНЫХ СЕСТЕР

Зискина Н.К.

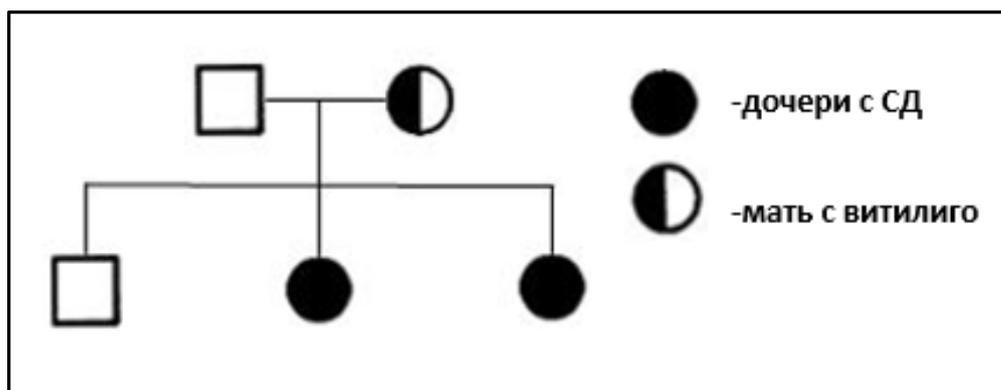
Научный руководитель: к.м.н, доцент кафедры Детских болезней КИДЗ им.Н.Ф.Филатова ПМГМУ им.И.М.Сеченова Осминина М.К.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение и актуальность: Склеродермия у детей обычно обозначается термином «ювенильная склеродермия» (ЮС). ЮС - хроническое аутоиммунное заболевание, с дебютом до 16-летнего возраста; при этом различают две формы болезни ограниченную склеродермию (ЮОС) и системную склеродермию (ЮССД). ЮС - полигенное, мультифакториальное заболевание.

Известно, что в семьях, где есть родственники со склеродермией (СД), существует повышенный риск развития ЮС. Так, частота развития системной склеродермии (ССД) у взрослых имеющих родственников с данным заболеванием составляет 1.6% на 100 000 населения, по сравнению с 0.026% в популяции. Изучение риска развития ЮССД у монозиготных близнецов, рожденных от матерей с ССД, показало, что из 8 пар близнецов - двое (25%) были конкордантны по СД. По данным других авторов, конкордантность по ССД среди монозиготных близнецов оказалась 4.2%, а у дизиготных- 5,6%. По-видимому, в развитии болезни играют роль не только генетические факторы, но и предрасположенность к аутоиммунным реакциям. Так, установлен высокий уровень антинуклеарного фактора (АНФ) и антител к РНК фибробластов кожи больных СД. Роль генетических факторов в развитии ограниченной СД (ОСД) до конца не известна. Установлено, что у пациентов ОСД часто (до 57% случаев) встречаются другие аутоиммунные заболевания (витилиго, аутоиммунный тиреоидит, болезнь Крона и др). Предполагают, что мозаичная мутация меланоцитов, их иммуно-опосредованное разрушение, лежат в основе хронического аутоиммунного воспаления кожи, которое встречается при ОСД и витилиго.

Цель демонстрации. Ретроспективный анализ случая семейной ЮС у родных сестер.

Описание наблюдения. ЮОС развилась у двух родных сестер, с дебютом в одном возрасте, родившихся от матери с витилиго. Приводим генеалогическое древо семьи.



Старшая сестра Ш.Т. (10 лет): Заболела ЮОС в возрасте 4,5 года. Перенесенные заболевания: атопический дерматит в 3 г, поллиноз, частые ОРВИ, хронический пиелонефрит с 3 лет.

Диагноз: Ювенильная склеродермия, ограниченная форма с распространенным линейным поражением кожи правой ноги, поражением подкожно-жировой клетчатки, в стадии атрофии и поверхностного фиброза, ремиссия.

Терапия: Глюкокортикостероиды (ГКС) 15 мг/сут-0,4 мг/кг 4 нед, Метотрексат 7,5 мг /нед (10мг/м.кв), который был отменен из за частых рецидивов мочевой инфекции, заменен на Пеницилламин 250 мг/сут (10мг/кг/сут.); девочка получала препарат течения 2,5 лет, до достижения ремиссии ЮОС.

Младшая сестра Ш.И.(4 года): Заболела в возрасте 3 лет Перенесенные заболевания: в периоде новорожденности мочевая инфекция, с 6 мес. - атопический дерматит.

Диагноз: Ювенильная склеродермия, ограниченная форма с распространенным линейным поражением кожи левой руки, подкожно-жировой клетчатки, суставов (периартикулярные контрактуры, л\з сустава слева, м\ф суставов левой кисти), в стадии эритемы, индурации, активность 2-3ст.

Терапия: Пульс терапия Метилпреднизолоном в дозе 250 мг №3, затем ГКС 17,5 мг/сут-0,8 мг/кг 4 нед., Метотрексат 12 мг/м²/нед. На фоне проводимой терапии в течение 2 лет достигнута ремиссия.

Заключение, выводы. У обеих сестер заболевание имеет одинаковую форму - линейная склеродермия с поражением конечности; дебютировало в дошкольном возрасте.

Особенностью случая является то, что мама пациенток страдает витилиго - аутоиммунным заболеванием, которое нередко развивается вместе с СД.

Приведенное клиническое наблюдение дает возможность предположить существование мутации одного из кандидатных генов, общего для развития СД и витилиго; передача происходит по женской линии и ведет к семейной кластеризации болезни.

Можно предположить, что наши пациентки с ЮОС будут иметь повышенный риск рождения детей с аутоиммунными заболеваниями, в первую очередь с СД, ввиду чего нуждаются в первичной профилактике болезни.

НЕККОРЕКТНАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТА С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Горина А.С.

Научный руководитель: к.м.н., Озерская Ирина Владимировна
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение и актуальность. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) является социально-значимой проблемой во всем мире. По имеющейся статистике, среди детей реже встречаются осложнения и чаще преобладают

бессимптомные формы заболевания. Несмотря на это все же остаются сложности в назначении эффективной терапии.

Цель демонстрации. Продемонстрировать случай заболевания среднетяжёлой формы коронавирусного заболевания у подростка и оценить целесообразность и эффективность проведенной терапии.

Описание наблюдения. Под наблюдением находилась девушка 17 лет, госпитализированная со среднетяжёлой SARS-CoV-2 пневмонией. При поступлении в стационар предъявила жалобы на общую слабость, повышение температуры тела выше 38С, приступообразный сухой кашель и одышку при интенсивной ходьбе и физической нагрузке. Была проведена диагностика, в ходе которой было выявлено:

1. Общий клинический анализ крови: при поступлении нормальное содержание нейтрофилов, лимфоцитов и тромбоцитов, и при начале лечения наблюдалось уменьшение их уровня, а также нормальный уровень лейкоцитов при поступлении и на протяжении всего периода пребывания в стационаре.

2. Биохимический анализ крови: нарастание уровня С-реактивного белка в течение всего времени нахождения в стационаре, а также постепенное нарастание АЛТ и АСТ

3. МСКТ органов грудной клетки: КТ-картина правосторонней мелкоочаговой пневмонии (КТ, процент поражения легочной паренхимы 5-7%)

4. На протяжении всего времени пребывания в стационаре пациентке ежедневно два раза в день проводили замер уровня сатурации крови. При инсuffляции кислорода уровень сатурации достигал нормальных значений, при отсутствии – снижался до исходного уровня (93-94%).

5. Пациентке два раза в день ежедневно производили измерение температуры тела. На всем протяжении периода болезни наблюдалась высокая температура тела (>38С), при назначении терапии стабилизировать ее не удалось.

По итогу данной пациентке была назначена противовирусная терапия, антибактериальная терапия, иммуносупрессивная терапия.

Назначая антибиотик при коронавирусной пневмонии данной пациентке, врачи следовали следующим критериям:

1. повышение прокальцитонина более 0,5нг/мл
2. лейкоцитоз более $12 \cdot 10^9/л$
3. повышение п/я нейтрофилов более 10%
4. появление гнойной мокроты
5. длительная лихорадка

Но данная пациентка не подходит под критерии назначения антибиотиков.

Внимательно изучив лабораторные данные, я пришла к выводу, что у данной пациентки наблюдался синдром активации макрофагов в связи с наличием следующих критериев:

1. нарастание уровня СРБ
2. развитие двухростковой цитопении (тромбоцитопения, гранулоцитопения)
3. лимфопения
4. лихорадка рефракторная к антибактериальной терапии
5. нарастание уровня АСТ и АЛТ

Соответственно, пациентке необходимо назначение высоких доз глюкокортикостероидов.

Заключение, выводы. В данном случае мы наблюдаем, некорректное назначение лечения в связи с плохо проведенной диагностикой и неверной трактовкой имеющихся данных.

При коронавирусной инфекции очень важна лабораторная диагностика, правильная трактовка полученных показателей, КТ – для назначения своевременной адекватной терапии, как детям, так и взрослым.

Важно проводить эффективную терапию для предотвращения осложнений и ухудшения самочувствия пациента.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ? СЛУЧАЙ ЗАТЯЖНОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ГЕПАТИТА У РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Минина А.С., Родюшкина А.К.

Научный руководитель: д.м.н., доцент, Ушакова Рима Асхатовна
ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава
России, Екатеринбург, Россия

Введение. Воспаление гепатобилиарной системы, ассоциированное с вирусом SARS-CoV-2, в настоящее время определяется как любое повреждение печени, которое возникает во время течения инфекции COVID-19 на фоне ранее существовавшего у пациента заболевания печени или без него, а также может быть следствием лекарственного поражения печени. Под постковидным синдромом понимают комплекс симптомов, сохраняющихся в течение 12-ти недель после перенесенного COVID-19.

Цель. Представить клинический случай постковидного синдрома в виде затяжного и рецидивирующего течения гепатита у ребенка первого года жизни.

Материалы и методы. Проведён анализ клинико-лабораторных маркеров рецидивирующего течения гепатита у ребёнка первого года жизни, рожденного в 2020 году, заболевшего инфекцией COVID - 19 в возрасте 7,5 месяцев жизни после контакта с больными родителями.

Результаты. Мальчик был госпитализирован в педиатрическое отделение стационара с жалобами на лихорадку до 39,3°C, заложенность носа, вялость. В соскобе из носоглотки методом ПЦР обнаружили РНК SARS-CoV-2. Пациент получил посиндромную терапию, был выписан на амбулаторный этап наблюдения с улучшением. Повторно в связи с ухудшением состояния мальчика госпитализировали в инфекционное отделение с диагнозом: коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован, легкая форма, легкое течение. Острый гастроэнтероколит ротавирусной и аденовирусной этиологии. В биохимическом анализе крови впервые наблюдали подъем уровня aminотрансфераз АЛТ 59,7 ед/л и АСТ 69,5 ед/л.

На фоне эпизода острой респираторной инфекции ребёнок был госпитализирован с клиникой обструктивного бронхита, а при обследовании обнаружили синдромы цитолиза (АЛТ 879 ед/л, N до 54 ед/л; АСТ 476 ед/л, N до

48 ед/л) и холестаза (ЩФ 774 ед/л, N до 156-369 ед/л). При проведении УЗ-исследования органов брюшной полости выявили гепатоспленомегалию, по материалам ПЦР-тестирования и диагностики ИФА-методом на группу герпес-вирусов результаты отрицательные; ИФА-маркеры вирусов гепатита В (HBsAg) и С (aHCV(сум)) - отрицательные.

В динамике наблюдения при каждом следующем эпизоде ОРВИ исследователи отмечали повторное повышение уровня трансаминаз с тенденцией к нормализации показателей к периоду реконвалесценции. Регулярно обнаруживали нарастание титра антител IgG к вирусу SARS-CoV-2.

По результатам генетического скрининга болезни Краббе, Помпе, Фабри, Нимана-Пика и мукополисахаридоз-1 типа были исключены. Исследование уровня КФК (219 ед/л) и витамина D 25-ОН (81,0 нг/мл) позволили исключить такие причины повышения ЩФ как миопатия Дюшенна и гиповитаминоз витамина D.

Мальчик получал комбинированную лекарственную терапию препаратами Урсофальк суспензия® (УДХК в суточной дозе 25 мг/кг) и Виферон® (ИФН-α в суточной дозе 50 тыс.ед/кг) по индивидуальному протоколу (получено информированное согласие), что позволило в течение 3-х месяцев достичь нормализации клинико-лабораторных показателей: в динамике уровень АЛТ (757,2-46,2-33,8 ед/л) и АСТ (530,1-52,4-36,4 ед/л).

Выводы. Таким образом, соотнеся сроки появления клинико - лабораторных синдромов со сроками заболевания COVID - 19, а также исключив другие причины вероятного поражения печени у данного пациента, можно сделать заключение о наличии причинно-следственной связи с вирусом SARS-COV-2 и классифицировать данный случай как вариант постковидного синдрома в виде затяжного рецидивирующего течения гепатита, индуцированного вирусом SARS-COV-2. В связи с отсутствием клинических рекомендаций по проведению адекватной лечебной тактики гепатитов у больных с инфекцией COVID-19, нами был предложен персонифицированный протокол лечения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА, АССОЦИИРОВАННОГО С COVID-19 ОТ МИКСТ-ИНФЕКЦИИ: РС-ИНФЕКЦИЯ И ПАРАГРИПП

Врабие-Бражникова А.И., Оробец А.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней у детей и поликлинической педиатрии им. Н. Р. Иванова Цека Юрий Сергеевич; ассистент.Малинина Наталья Владимировна

ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Введение и актуальность: Острые респираторные вирусные инфекции являются одной из самых частых патологий дыхательной системы у детей, поэтому в связи со сложившейся эпидемиологической ситуацией, возникает необходимость четко отличать новую коронавирусную инфекцию и связанный с ней мультисистемный воспалительный синдром от других ОРВИ.

Цель: Демонстрация клинического случая микст-инфекции: парагрипп и РСВ у 4-х летней девочки, протекающего под маской мультисистемного воспалительного синдрома, ассоциированного с COVID-19.

Материалы и методы: Курация пациентки, находящейся на обследовании и лечении в четвёртом инфекционном отделении 5 ДИКБ г. Саратова и ее история болезни.

Результаты: Пациентка Э, 4 года. Ребенок от 2 беременности, 2 срочных родов на 40 неделе. Поступила в 5ДИКБ г. Саратова с жалобами на температуру 39,3°C, кашель, насморк, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что ребёнок болен с 01.11.21. Температура сохранялась на фебрильных цифрах в течение 16 дней. Эпидемиологический анамнез: 2.10.21 прибыли через Турцию из Дубая в Москву, контакт с инфекционными больными отрицают. На момент госпитализации состояние тяжелое, длительная фебрильная лихорадка, выраженная интоксикация, сухой непродуктивный кашель, без репризов. Эти данные позволяют нам заподозрить развитие мультисистемного воспалительного синдрома. Лабораторно: нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, СРБ. Рентгенологически острая левосторонняя бисегментарная пневмония с локализацией в S4, 5 верхней доли. Данных за мультисистемный воспалительный синдром недостаточно. На фоне лечения состояние ребёнка стабилизировалось и 23.11.21г. выписана домой. 24 ноября состояние ухудшилось. Повторная госпитализация. Лабораторно: нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ, что вновь заставляет нас задуматься о развитии мультисистемного воспалительного синдрома, учитывая данные предыдущей госпитализации. Результаты показали, что данных за мультисистемный воспалительный синдром нет (СРБ отрицательный, признаки поражения других органов отсутствуют, экспресс-метод на грипп от 24.11.21. отрицательный, ПЦР-исследование на COVID-19 от 24.11.21 отрицательный. Проведено исследование крови методом ИФА (от 25.11.21): обнаружены IgA к вирусу парагриппа и РС-вирусу, был поставлен заключительный клинический диагноз: «Микст-инфекция: РС-инфекция и парагрипп, среднетяжелое течение. Острый ринофарингит, бронхит, среднетяжелое течение» **Выводы:** Дифференцировать диагноз МВС, ассоциированного с COVID-19 от других ОРВИ это сложная клиническая задача, требующая проведения полного спектра обследования ребенка.

СИНДРОМ ВИЛЬЯМСА-КЭМПБЕЛЛА: РЕДКАЯ ПРИЧИНА РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ БРОНХООБСТРУКЦИИ

Ковыгина К.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, зав. пульмонологическим отделением ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, профессор кафедры педиатрии и детской ревматологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России Симонова Ольга Игоревна, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Введение и актуальность. Синдром Вильямса-Кэмпбелла (СВК) – редкий врожденный порок развития бронхов, характеризующийся отсутствием или

недоразвитием хрящевых колец субсегментарных бронхов, обычно 4-6 порядка. Слабость бронхиальной стенки приводит к коллабированию бронхов, нарушению вентиляции, дренажно-очистительной функции. Формируются «баллонизирующие» бронхоэктазы. Данные изменения ведут к застою и инфицированию бронхиального секрета, развитию хронического обструктивного бронхита, пневмонии. Впоследствии при прогрессировании процесса и нарастании дыхательной недостаточности (ДН) у пациентов развивается легочная гипертензия, формируется легочное сердце.

Цель демонстрации. Информировать врачей о редкой причине бронхообструктивного синдрома, одного из наиболее часто встречающихся в педиатрической практике.

Описание наблюдения. Пациент Б., поступил повторно в пульмонологическое отделение ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» в возрасте 5 лет с жалобами на продуктивный кашель с обильной мокротой желтого цвета, выраженную одышку в покое, её усиление после физических нагрузок, при перемене температур. Anamnesis vitae: ребенок от II беременности, II физиологических родов. Раннее развитие без особенностей. Наследственность неотягощена. Аллергоанамнез не отягощен. Anamnesis morbi: Болен с января 2019г. (2 г. 9 мес.), когда впервые появился приступообразный влажный кашель, одышка. Данные эпизоды появились вскоре после перенесенной кори. Проходил лечение по поводу обструктивного бронхита, внебольничной двусторонней пневмонии по месту жительства, с положительным эффектом, однако, одышка сохранялась. Впервые поступил в НМИЦ ЗД в возрасте 3 лет (июль 2019 г.) в связи с очередным обострением бронхолегочного процесса, проводилась в/в и ингаляционная антибактериальная (АБ) терапия с положительным эффектом. Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективного осмотра, данные лабораторно-инструментального исследования, выставлен диагноз: синдром Вильямса-Кэмпбелла. В дальнейшем госпитализации носили регулярный характер. При осмотре: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Физическое развитие среднее, гармоничное. Кожные покровы смуглые с серым оттенком, чистые, умеренно влажные, периорбитальный цианоз. Грудная клетка бочкообразной формы, нижняя апертура развернута. Деформация концевых фаланг пальцев верхних и нижних конечностей по типу "барабанных палочек" и "часовых стекол" +2. Выраженная одышка в покое в виде втяжения яремной ямки и межреберных промежутков, участия мышц живота. Частый продуктивный кашель, мокрота желтого цвета. Перкуторно: коробочный звук во всех отделах. Аускультативно в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, диффузные разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 34 дв/мин. SpO₂=91% без O₂. По данным лабораторного исследования – анемия легкой степени тяжести, нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ 24 мм/час. СРБ 29,14 мг/л. Посев аспирата мокроты: высеив N.influenzae, обильный рост. По данным КТ ОГК – отрицательная динамика, КТ-картина врожденного порока развития бронхов (СВК), признаки хронического обструктивного бронхита, распространенных баллонизирующих бронхоэктазов

обоих легких. Проведена в/в АБ-терапия цефтриаксоном 56 мг/кг/сут и азитромицином 14 мг/кг/сут, ингаляционная АБ- и муколитическая терапия тиамфеникола глицинат ацетилцистеинатом 14 мг/кг/сут по тиамфениколу. В терапию добавлен бронхолитик, кислородотерапия 3 л/мин, прикладная кинезотерапия, массаж грудной клетки, дыхательная гимнастика. Отмечалась положительная динамика в виде улучшения самочувствия ребенка, увеличения двигательной активности, купирования ДН, уменьшения сухих свистящих хрипов, изменения характера и частоты кашля (сухой, редкий). Ингаляционная АБ-терапия, бронхолитическая и муколитическая продолжены после выписки.

Выводы. Представленное наблюдение демонстрирует необходимость настороженности в отношении врожденных пороков развития бронхолегочной системы, трудных в быстрой диагностике, значимо ухудшающих качество жизни пациента и имеющих серьезный прогноз.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕДКОГО СИНДРОМА ЮНИСА-ВАРОНА

Орбец А.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Гуменюк Ольга Игоревна
ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет
им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Введение и актуальность. Синдром Юниса–Варона (клеидокраниальная дисплазия с микрогнатией, отсутствием больших пальцев и дистальной афалангией) – редкое аутосомно - рецессивное мультисистемное заболевание с поражением скелета, эктодермальной ткани, сердца и дыхательной системы. Впервые синдром он был в 1980-х годах Эмилио Юнисом и Умберто Вароном, с тех пор во всем мире было зарегистрировано около 15 случаев заболевания.

Цель демонстрации. Представить клинические особенности редкого генетического синдрома Юниса-Варона у ребенка раннего возраста.

Описание наблюдения. Девочка, 07.02.2018 г.р., от третьей патологически протекавшей беременности на фоне фетоплацентраной недостаточности, хронического пиелонефрита, нейроциркуляторной дистонии, вторых преждевременных родов на 30 недели гестации, путём операции Кесарево сечение. Вес при рождении составил 1190 г, рост 40 см, оценка по шкале Апгар 2/2/3. Состояние при рождении расценивалось как тяжёлое, за счет гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы, синдрома тонусных нарушений, находилась на искусственной вентиляции легких в течение двух месяцев. Психомоторное развитие: голову держит с 11 месяцев, самостоятельно не сидит, не стоит и не ходит, близких узнает, имеются затруднения при глотании. В возрасте одного года отмечались приступы тонико-клонических судорог, резистентные к противосудорожной терапии. При проведении компьютерной томографии головного мозга выявлены гипоплазия мозолистого тела, дилатация боковых желудочков, неполное слияние задней дуги С1.

Наблюдается неврологом с диагнозом: детский церебральный паралич (атонически-астатическая форма, тетрапарез). Эпилепсия (локализация: левая и правая височно-теменно-затылочная область).

При осмотре обращают на себя внимание множественные стигмы дизэмбриогенеза: микросомия, микрофтальм, колобома радужки и птоз справа, антимонголоидный разрез глаз, асимметрия лица, дисплазия ушных раковин (чашеобразные) воронкообразная деформация грудной клетки, гипертелоризм сосков, вальгусная деформация стоп. На осмотр реагирует плачем, скрипит зубами. Передвигается по типу перекачивания, вдоль опоры, выраженная мышечная гипотония. Импрессивная речь: обращенную речь не понимает (не слышит), экспрессивная речь представлена отдельными слабомодулированными звуками. Кожные покровы мраморные. Частота сердечных сокращений 117 в минуту, дыхания – 27 в минуту. Физическое развитие: рост 86 см, масса тела 12 кг, физическое развитие соответствует возрасту 24 месяцев, SDS роста -3,5 сигмы. У ребенка выявлена гепатомегалия, атрофия зрительного нерва, нейро-сенсорная тугоухость IV степени.

Проводилась молекулярно-генетическое обследование: хромосомный матричный анализ, поиск частых мутаций, вызывающих атрофическую нейропатию Лебера – патологии не выявлено. При проведении полногеномного секвенирования выявлен патогенный вариант в экзоне 23 из 23 гена FIG4 в гетерозиготном состоянии. Патогенные варианты в гене FIG4 приводят к синдрому Юниса-Варона. Диагноз: синдром Юниса-Варона.

Заключение, выводы. У пациентки многочисленные патологические признаки являются проявлением одного генетического синдрома. Окончательный диагноз был поставлен на основании результатов полногеномного секвенирования. В данном клиническом случае у ребенка выявлены следующие признаки синдрома, описанные в литературе: микросомия, патология органа зрения, гипоплазия мозолистого тела, тугоухость, трудности с кормлением, мышечная гипотония, лицевые дисморфии, эпилептические судороги.

Наличие диагноза детского-церебрального паралича в сочетании с другими клиническими проявлениями является показанием для проведения молекулярно-генетического обследования пациента.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МЮНКЕ

Федотова А.О.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Гуменюк Ольга Игоревна
ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет
им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Введение и актуальность. Синдром Мюнке – синдромальный краниосиностоз, характеризующийся односторонним или двусторонним синостозом венечных швов, макроцефалией, задержкой развития,

брахидактилией, коническими эпифизами, сращением костей запястья и предплюсны, глухотой. Наследуется по аутосомно-доминантному типу с неполной пенетрантностью и ассоциировано с мутациями в гене FGFR3.

Цель демонстрации. Представить клинические особенности редкого генетического синдрома Мюнке у ребенка раннего возраста.

Описание наблюдения. Девочка 19.01.2017 г.р., родилась от третьей беременности (1-ая - аборт, 2-ая закончилась рождением здоровой девочки) на фоне ОРВИ, гестоза, анемии, вторых срочных родов на 38 неделе гестации. Масса при рождении 3830 г, длина тела 54 см, по шкале Апгар 8-9 баллов. После рождения наблюдалась неврологом с диагнозом «Энцефалопатия, синдром гипертензии». С первого года жизни отмечается задержка психомоторного и речевого развития: сидит с года, ходит с двух лет, в речи простые слова, фразовой речи нет. Отмечались два эпизода судорожных приступов с закатыванием глаз с потерей сознания. Наследственность: не отягощена. При осмотре обращают на себя внимание: рыжий цвет волос, короткая шея, круглое лицо, запавшая переносица, телекант, вздернутый нос, удлиненный фильтр, брахидактилия и коническая форма пальцев, избыточная масса тела, мышечная гипотония. У пациентки минимальный словарный запас, моторная неловкая, не умеет быстро бегать, часто падает при ходьбе, нарушение зрения (снижена острота зрения, косоглазие), нарушено поведение (частые истерики). При проведении магнитно-резонансной томографии головного мозга выявлено диффузное расширение субарахноидальных пространств, преимущественно слева, атрофическая редукция левого гиппокампа, истончение мозолистого тела, атрофическая редукция объема зрительных бугров обеих сторон. По данным электроэнцефалографии - высокий уровень фокальных эпилептиформных и патологических медленно-волновых нарушений в правой гемисфере во время сна. Проводился дифференциальный диагноз с врожденным нарушением N-гликозилирования, митохондриальными заболеваниями (исследование спектра трансферринов и поиск частых мутаций мДНК патологии не выявило). При проведении полногеномного секвенирования обнаружена мутация в гене FGFR3, которая приводит к развитию синдрома Мюнке. Диагноз: синдром Мюнке.

Заключение, выводы. Данный клинический случай демонстрирует пациентку с множественными симптомами: наличием стигм дизэмбриогенеза, задержки психомоторного и речевого развития, нарушения зрения, эпилепсии, которые обусловлены мутацией в одном гене. Для подтверждения генеза сочетанной патологии необходимо проведение молекулярно-генетического исследования.

ОТНОШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ К ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРОТИВ COVID-19

Рудякова В.С., Журавлева В.В., Ганджальян Д.А.

Научный руководитель: Гулян Марина Владимировна

Цель. Проведение онлайн-опроса среди родителей по поводу их отношения к вакцинации детей, учитывая при этом их образованность, анализ полученных результатов.

Материалы и методы. Опрошено 55 человек, в возрасте от 18 лет и старше 45 лет. **Результаты.** было установлено, что большинство родителей зрелого возраста, имея достаточную образованность, выступают против вакцинации своих детей, обосновывая это, в своем большинстве, недостаточной защитой от инфекций. По нашему мнению, причиной такого результата является получение информации из интернет-источников, а не напрямую от медицинских работников, которая не соответствует действительности.

Выводы. Таким образом, необходимо доступно доносить до родителей информацию о вакцинации: о компонентах вакцины, пути введения, возможных побочных эффектах и осложнениях, а также методах оказания помощи при этом. Важно убедить родителей, что вакцина единственный метод защиты их детей против инфекций, в том числе COVID-19.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОГО НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА (СИНДРОМА АЛЬПОРТА) У ДЕВОЧКИ

Зверева И.А.

Научный руководитель: Деева Юлия Витальевна
ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет имени
академика И.П. Павлова Минздрава России

Введение. Синдром Альпорта (СА) – это генетическое заболевание, возникающее в результате мутаций в генах, кодирующих альфа-3, альфа-4 и альфа-5 цепи коллагена 4 типа. СА является X-сцепленным и может передаваться аутосомно-рецессивным или аутосомно-доминантным образом. Частота регистрации в мире - 1 на 50000 новорожденных. Патология характерна для мальчиков, у девочек встречается крайне редко. По эпидемиологическим данным в США имеют данную патологию от 30000 до 60000 человек, в России частота СА среди детской популяции составляет 17:100000 населения

Цель. Представить клинический случай СА, выявленного у девочки в возрасте 8 месяцев, второго случая в семье

Материалы и методы. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации (форма 112/у).

Демонстрация клинического случая: Девочка от 4 беременности, 2-х срочных родов путём кесарева сечения, масса тела при рождении 2970 гр, длина

49 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Беременность протекала с токсикозом легкой степени, на фоне анемии.

Девочка находилась на грудном вскармливании до 1 года. Физическое, психомоторное развитие формировалось по возрасту. Семейный анамнез: у матери – хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, миопия высокой степени, рак щитовидной железы (оперирована до беременности); у бабушки (со стороны матери) – хроническая почечная недостаточность, тугоухость (со слов - приобретенная); у бабушки (со стороны матери) – тугоухость (со слов - приобретенная); у брата - в 11 лет диагностирован СА

В возрасте 1 месяца у ребенка появились патологические изменения в анализе мочи: л - 16-18 в п/зр, эр - 20-25 в п/зр, при нормальных показателях общего анализа крови. После проведенной терапии фурагином и канефроном отмечается улучшение показателей мочи: л - 0-1 в п/зр, эр - отсутствуют. В возрасте 2-х месяцев (после перенесенного ОРВИ) отмечалась незначительная протеинурия (0,033 г/л), дальнейшем - периодически спонтанная протеинурия (до 0,066 г/л), лейкоцитурия (до 18 в п/зр) и микрогематурия (до 20 в п/зр). УЗИ почек без патологии.

В возрасте 8 месяцев девочка была госпитализирована в РДКБ г. Москвы, где был диагностирован СА, без нарушения функции почек. Назначено: диетотерапия для профилактики фосфатурии, Магне В6, ингибитор костной резорбции (ксидифон) на 1 месяц

В возрасте 1 г 3 мес, при повторной госпитализации в РОДКБ г. Москвы, отмечались протеинурия, гематурия. УЗИ почек в пределах нормы. Фильтрационная и концентрационная функции почек сохранены. Выписана в удовлетворительном состоянии с симптоматической терапией для дальнейшего наблюдения по месту жительства. Ребенку назначено: ингибиторы АПФ (энап длительно, под контролем АД), Магне В6, ксидифон (по схеме), канефрон.

В дальнейшем и по настоящее время изменения в анализе мочи сохраняются: протеинурия - до 1,65 г/л, лейкоцитурия - до 8 в п/зр, периодически макрогематурия. Клинический и биохимические анализы крови в норме.

Выводы. Диагноз СА был поставлен на основании отягощенного семейного анамнеза ребенка и характерных изменений в анализе мочи. Случай интересен редкой встречаемостью у девочек, очень ранним проявлением и прослеживаемой наследственностью.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЦЕРОИДНОГО ЛИПОФУСЦИНОЗА II ТИПА У РЕБЁНКА

Сологуб М.А.

Научный руководитель: Пизнюр Инна Владимировна
ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет имени
академика И.П. Павлова Минздрава России

Цель. представление клинического случая нейронального церроидного липофусциноза 2 типа

Материалы и методы. Анализ первичной медицинской документации ребенка Н., 6 лет.

Результаты. Пациентка Н., 23.06.2015. Ребенок от 4-й беременности (1-я беременность – мальчик, здоров; 2-ая – мед. аборт; 3-я – девочка, здорова), с угрозой прерывания со 2 триместра. Ребенок от 3-х самостоятельных родов на 39 сроке гестации. При рождении: МТ - 3150 г, рост - 49 см. По Апгар 8/9 баллов. НПР: голову держит с 3 мес., переворачивается со спины на живот и обратно с 4 мес., сидит с 6 мес., ходит с 10 месяцев; гулит с 6 мес., в 1 год - слоги, с 2-х лет – простые предложения. В 2 г. 11 мес. на фоне полного здоровья отмечена однократная рвота, адверсия взора вверх, клонические подергивания конечностей, утрата сознания. В 3 г. 4 мес. развился пароксизм: цианоз носогубного треугольника, утрата сознания, подергивание конечностей. Выставлен диагноз: эпилепсия. На фоне приема Депакин-хроносфера 100 мг/сут - приступы сохранялись. В связи с отсутствием ответа – повышена доза до 150 мг/сут. В 3 г. 6 мес. – состояние без улучшений, сохранялись приступы эпилепсии. Была увеличена доза Депакин-хроносферы до 400 мг/сут. В 3 г. 7 мес. - добавлен Топиромат 200 мг/сут. В 3 г. 9 мес. из-за увеличения числа приступов - замена терапии (Кеппра 500 мг/сут). В 4 г. 1 мес. – госпитализирована в РДКБ г.Москва, с судорожным синдромом, утратой навыков. В центре были получены результаты генетического анализа крови - выявлена мутация в гене АТРР 1. В 4 г. 4 мес. получала лечение в отделении мед. генетики РДКБ, скорректирована терапия (Вальпроевая кислота 540 мг/сут; Леветирацетам 900 мг/сут), назначена Церлипоназа-альфа - 300 мг.

Выводы. Трудность диагностики данной патологии заключалась в отсроченном проведении молекулярно-генетического обследования на панели эпилепсии, что следует проводить при раннем начале приступов у детей, без выраженных структурных изменений коры головного мозга и наличия эпилептиформности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОЖНОГО МАСТОЦИТОЗА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Захарова А.В.

Научный руководитель: ассистент, Пизнюр Инна Владимировна
ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет имени
академика И.П. Павлова Минздрава России

Введение. Мастоцитоз – редкое гетерогенное заболевание, при котором происходит избыточное накопление и пролиферация тучных клеток в тканях и органах, в том числе в коже и костном мозге. У детей проявления болезни в основном ограничиваются кожей, у взрослых заболевание носит системный характер и затрагивает костный мозг и другие внутренние органы.

Цель. Представление клинического случая мастоцитоза у пациента в возрасте 9 месяцев.

Материалы и методы: Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка Н.

Результаты. Пациент Н., 2020 г. рождения. Мальчик от третьей беременности, вторых срочных родов. При рождении масса тела - 2640 г, длина тела – 47 см, окружность головы – 33 см, окружность груди – 31 см, оценка по шкале Апгар - 7/8. Ребёнок выписан на 5 сутки. В период новорожденности отмечалась неонатальная желтуха. Находился на грудном вскармливании до 2 месяцев. Профилактические прививки БЦЖ-М в роддоме. В дальнейшем ребёнок не прививался из-за отказа матери. Аллергологический анамнез не отягощен. Генеалогический анамнез: хронический пиелонефрит у матери; старшая дочь здорова.

В возрасте 2 месяцев при плановом осмотре в детской поликлинике у ребёнка отмечалась лёгкая иктеричность кожных покровов. В общем анализе крови отмечалась анемия 1 степени (Hb-101 гл), эозинофилия (12%), общий анализ мочи – без патологий, копрограмма – в норме. В биохимическом анализе крови – снижение общего билирубина за счет непрямого (36,1-4,3-31,8 ммоль/л). УЗИ органов брюшной полости, тазобедренных суставов, нейросонография без патологии. ЭхоКГ- открытое овальное окно, гемодинамика в норме. Мальчик осмотрен специалистами: неврологом – выявлена мышечная дистония, хирургом – выявлена паховая грыжа справа, офтальмологом – здоров.

В 2,5-месячном возрасте у ребёнка на коже живота, в области левого верхнего квадранта появились высыпания. Элементы диаметром 0,5-0,7 см, неправильной формы, багрово-красного цвета, склонные к слиянию, возвышающиеся над поверхностью кожи. Высыпания периодически краснели и набухали при трении, купании в теплой воде. Педиатром по месту данные высыпания были расценены как гемангиома в области живота

В 3 месяца ребёнок консультирован дерматологом. На коже при трении элементов отмечалось их покраснение и набухание, что свидетельствовало о положительном симптоме Дарье — Унны. Был выставлен диагноз: Мастоцитоз. Пигментная крапивница. Назначен внутрь фенистил в возрастной дозировке на 2 недели, наружно – эмоленты

В возрасте 4 месяцев, отмечалось появление двух новых багрово-красных элементов неправильной формы справа, склонных к слиянию, диаметром 0,5 см

Выводы. Благоприятный исход заболевания характерен для детей с типичным течением болезни и при возникновении его в возрасте до 2 лет. У половины детей с кожными формами мастоцитоза регистрируют отсроченный регресс высыпаний, что вызывает крайнее беспокойство у родителей. Из-за вероятности перехода в старшем возрасте кожного мастоцитоза в системный необходимо осуществлять диспансерное наблюдение за ребёнком, страдающим этим заболеванием. Под маской местного процесса может скрываться

системная патология, поэтому своевременная диагностика мастоцитоза у детей очень важна. Благоприятный исход заболевания характерен для детей с типичным течением болезни и при возникновении его в возрасте до 2 лет. У половины детей с кожными формами мастоцитоза регистрируют отсроченный регресс высыпаний, что вызывает крайнее беспокойство у родителей. Из-за вероятности перехода в старшем возрасте кожного мастоцитоза в системный необходимо осуществлять диспансерное наблюдение за ребёнком, страдающим этим заболеванием. Под маской местного процесса может скрываться системная патология, поэтому своевременная диагностика мастоцитоза у детей очень важна.

**НАПРАВЛЕНИЕ «НЕОНАТОЛОГИЯ».
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ.
КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ**

РАННИЕ НАСТОРОЖИВАЮЩИЕ СИМПТОМЫ ПРИ БИЛИАРНОЙ АТРЕЗИИ У НОВРОЖДЕННЫХ

Исаева М.Х.

Научный руководитель: д.м.н, профессор, Дегтярева Анна Владимировна, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Введение. Билиарная атрезия (БА) - самое частое врожденное холестатическое заболевание печени, основным методом лечения которой является операция Касаи. Эффективность лечения, главным образом зависит от сроков ее проведения. Вместе с тем, отсутствие ярких клинических симптомов при рождении и низкая настороженность врачей приводят к поздней диагностике и повышают вероятность развития жизнеугрожающих состояний.

Цель. на основании анализа клинико-лабораторных и инструментальных проявлений БА в течение первого месяца жизни, разработать схему обследования новорожденных детей, направленную на повышение ранней диагностики заболевания.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование 170 детей с установленным диагнозом билиарная атрезия, которым была выполнена операция Касаи (n-163) и/или трансплантация печени (n-7). Проанализированы клинические проявления заболевания (желтуха, размеры печени и селезенки, цвет стула), данные лабораторно-инструментальных исследований (общий и прямой билирубин, результаты ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости) в неонатальный период, определен возраст на момент проведения операции, а также оценена частота развития геморрагического синдрома. Статистическая обработка данных выполнена при помощи программы IBM SPSS Statistics 26 (США).

Результаты. Операция Касаи проведена 163 детям, средний возраст на момент проведения операции составил $78,5 \pm 21,6$ дня. У большинства детей отмечалась желтуха (81% – на 1-й нед, 11% – >7-го дня). Патогномичным симптомом являлась ахолия стула (53,6% – на 1-й нед, 27,6% – со 2–3-й нед, 18,8% – нет данных). Лишь у 61% детей исследовался сывороточный уровень билирубина, у 16% – его прямая фракция, у всех обследованных детей показатели были повышены. У 97% детей размеры печени не были увеличены в неонатальном периоде. УЗИ органов брюшной полости на 1 нед. жизни было проведено только 58 (34%) детям. У 30 (52%) детей отмечалось уменьшение просвета желчного пузыря (ЖП) и у 28 (48%) ЖП при проведении исследования не визуализировался. У 19% детей в возрасте 22 ± 4 дня отмечался геморрагический синдром. До 30 дней жизни был поставлен диагноз БА и проведена операция только 1 ребенку, в 31-60 дней – 32 детям, 61–90 дней – 77 детям, 91–120 дней – 44 пациентам и 9 пациентам в возрасте >121 дня жизни.

Выводы. В нашем наблюдении выявлен высокий процент поздней диагностики БА, в неонатальный период диагноз установлен только 1 ребенку. У большинства детей с БА в течение первого месяца жизни отмечалась желтуха в сочетании с обесцвеченным стулом. У 19% детей первым клиническим

симптомом явился геморрагический синдром обусловленный дефицитом витамин-К зависимых факторов свертываемости крови. У всех детей с БА выявлено повышение прямой фракции билирубина, однако, данное исследование было выполнено только у 16% детей. При проведении ультразвукового исследования у всех детей выявлены неспецифические УЗ изменения в виде отсутствия визуализации ЖП и уменьшения просвета ЖП, однако, такая УЗ картина может встречаться и у здоровых детей, так как исследование в родильном доме часто проводится после кормления. На основании полученных результатов и обобщенных данных литературы нами была разработана схема обследования новорожденных с желтухой, направленная на повышение ранней диагностики БА, которая включает в себя 3 основных показателя:

1. С целью правильной оценки цвета стула в родильном доме и на протяжении 1 месяца жизни после выписки родителям на руки выдается адаптированная карта стула новорожденного (Рис. 1).

2. При оценке гипербилирубинемии у новорожденных с желтухой проводится оценка прямой фракции билирубина наряду с общей. Повышение прямого билирубина более чем на 20% от уровня общего >17 ммоль/л, свидетельствует о высоком риске холестатического заболевания печени, в том числе БА.

3. У детей с желтухой и обесцвеченным стулом УЗИ органов брюшной полости должно проводиться после 4-х часовой голодной паузы.

Рисунок 1. Карта стула новорожденного.



Отдел неонатологии и педиатрии
ФГБУ «Национальный Медицинский Исследовательский Центр
Акушерства, Гинекологии и Перинатологии им. В.И. Кулакова» МЗ РФ

КАРТА СТУЛА НОВОРОЖДЕННОГО

Цвет стула новорожденного малыша имеет большое диагностическое значение при серьезных врожденных заболеваниях желчевыводящих путей. Очень важным является своевременная диагностика в течение 1-го месяца жизни.



ДОРОГИЕ РОДИТЕЛИ

Обращайте внимание на цвет стула ребенка каждый день в течение первого месяца жизни.

В случае, если цвет стула соответствует цифрам 1, 2 или 3, сообщите об этом вашему педиатру и пришлите фото стула на электронный адрес:

marina.gautier@gmail.com
Марина Сергеевна Готье

annadim@yahoo.com
Анна Владимировна Дегтярева

annapuchkova@mail.ru
Анна Александровна Пучкова

КОНТАКТЫ:

г. Москва,
ул. Академика Опарина, 4,
+7 (495) 438-2600
+7 (495) 438-2501

НЕКОТОРЫЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

Храповицкая К.А., Насута А.И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Янковская Надежда Ивановна,
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь

Введение. В настоящее время бронхолегочная дисплазия (БЛД) рассматривается как полиэтиологическое хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у новорожденных, главным образом глубоко недоношенных детей, в результате интенсивной терапии респираторного дистресс-синдрома и/или пневмонии. Проблемы данной патологии приобретают все большую актуальность во всем мире [1]. В настоящее время БЛД встречается в основном у детей, родившихся ранее 32 недель гестации. Однако информация о распространенности заболевания среди детей, рожденных до 32 недели и на сроке 32 недели гестации и более, противоречива – показатель варьирует в различных странах мира у детей с массой тела менее 1500,0 при рождении в широком диапазоне от 5 до 97%. Несмотря на достаточное количество факторов риска БЛД, большинство из них трудно определимы в клинической практике. Остается нерешенной проблема оценки клинически значимых маркеров этого заболевания [2].

Цель. Выделить ведущие маркеры развития бронхолегочной дисплазии у детей.

Методы и методы. Проведен ретроспективный анализ 140 карт стационарного пациента недоношенных младенцев, находившихся на II этапе выхаживания в УЗ «ГОДКБ» в период с 2015 по 2020 годы. В основную группу включено 100 детей с БЛД, в контрольную – 40 новорожденных без БЛД. Данные исследования статистически обработаны с использованием прикладного пакета программы «MS Excel 2010».

Результаты. При проведении анализа документации было установлено, что средний возраст матерей в основной ($30,03 \pm 5,47$ лет) и контрольной ($29,95 \pm 5,76$ лет) не имел достоверных различий. У 34,0% женщин основной группы беременность осложнилась преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, что достоверно чаще (10,0%), чем в контрольной ($p < 0,05$). 88,0% матерей из основной группы потребовалось оперативное родоразрешение, что почти в 5 раз чаще, чем в группе сравнения – 17,5%, ($p < 0,05$). Длительный безводный промежуток, более 6 часов, наблюдался лишь в основной группе беременных (11,0%). Срок гестации, масса и длина тела младенцев распределились следующим образом: $29,7 \pm 3,2$ и $33,4 \pm 1,5$ недели ($p < 0,05$), $1311,0 \pm 610,0$ г и $1908,0 \pm 390,0$ г ($p < 0,05$), $36,87 \pm 6,3$ см и $42,7 \pm 5,3$ см ($p < 0,05$) в основной и контрольной группах соответственно. У 33,0% недоношенных основной группы была диагностирована задержка внутриутробного развития (ЗВУР), что значительно превышает этот показатель в группе сравнения – 7,5% ($p < 0,05$). В основной группе в 2 раза больше новорожденных (60,0%) нуждались в дополнительной подаче кислорода (FiO_2 больше 30%), чем в группе сравнения – 30,0% ($p < 0,05$). Кроме того, 43,0% детей

из основной группы потребовалась респираторная поддержка, в группе сравнения этот показатель был равен 7,5% ($p < 0,05$). Отмечена значительная разница в продолжительности ИВЛ, от $37,2 \pm 6,9$ дней в контрольной и $4,2 \pm 1,8$ дня в группе сравнения ($p < 0,05$). В процессе лечения у 75,0% недоношенных основной группы развилась анемия, в группе сравнения ее частота составила 27,5%, что достоверно реже, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

Выводы.

1. Результаты данного исследования показали, что основными маркерами развития БЛД у недоношенных детей являются: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, длительный безводный промежуток, оперативное родоразрешение, срок гестации, физическое развитие, ЗВУР, респираторная поддержка с подачей O_2 больше 30% и ее длительность, анемия.

2. Сочетание названных маркеров у беременных позволяет отнести новорожденных детей к группе высокого риска развития БЛД уже в первые сутки жизни. Воздействие на данные факторы риска имеет практическое значение для осуществления превентивной помощи беременным и их новорожденным младенцам.

НОВОРОЖДЕННЫЕ И НЕДОНОШЕННЫЕ ДЕТИ: ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Гутт А.М.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Бурлуцкая Алла Владимировна
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава
Росии, Краснодар, Россия

Введение. Преждевременное рождение младенцев является одной из основных причин высокой заболеваемости и детской смертности новорожденных. В последние десятилетия в развитых странах частота преждевременных родов колебалась в диапазоне 5 – 10% от числа родившихся детей. По данным Минздрава РФ за последние годы (2017-2019 гг.) в России родилось раньше срока около 6% от общего количества новорожденных. Помимо этого, в России наблюдается стабильно высокий процент выживаемости недоношенных новорожденных. В 2019 в организациях родовспоможения системы здравоохранения родилось 89,7 тысяч недоношенных детей, из них удалось реабилитировать 87,5 тысячи, то есть 97,5%. Одной из главных причин высокой заболеваемости и детской смертности после рождения является недоношенность младенцев, то есть состояние недоразвития детей, родившихся на сроке беременности до 37 недель.

Цель. Оценка состояния здоровья недоношенных новорожденных детей.

Материалы и методы. В нашей работе проведено ретроспективное исследование 35 историй болезней отделения «Патологии новорожденных и недоношенных детей» ГБУЗ БСМП МЗ КК. Из медицинских карт стационарного больного (форма № 003/у) получены данные анамнеза жизни и заболевания детей, объективные показатели, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты. В исследовательскую группу вошло 35 новорожденных, большинство из них были мальчики - 65%, девочки составили 35%. Всего 48% детей родились доношенными, 52% - недоношенными. При определении сроков гестации большая часть (88,89%) составили недоношенные со сроком гестации от 34 до 37 недель. Способ родоразрешения у 54,2% матерей был кесаревом сечением.

Анализ акушерского анамнеза показал, что у 17,1% матерей во время беременности диагностирована патология почек и мочевыделительной системы, у 8,6% беременность протекала на фоне анемии, у 5,5% - выявлен гестационный диабет, 8,6% матерей ВИЧ-инфицированы, 8,6% - имеют гепатит С, дополнительно выяснено, что эти матери являются наркозависимыми.

Нормальные показатели массы тела при рождении имели 44% детей, в эту группу вошли доношенные новорожденные, 33% детей родились с низкой массой (менее 2500г до 1500г), 23% - с очень низкой массой тела (1500 – 1000г).

Анализ показателей по шкале Апгар выявил, что большая часть новорожденных имели удовлетворительное состояние при рождении, 54% детей имели 8-10 баллов, 43% - легкую асфиксию (6-7 баллов), 3% - умеренную (4-5 баллов).

Проведен анализ диагнозов при выписке новорожденных из отделения. У 95% детей диагностирована внутриутробная пневмония, у 71% - поражения центральной нервной системы, тимомегалия выявлена у 37,1%, у 20% - открытое овальное окно, у 11,4% - диабетическая фетопатия, у 2,8% - анемии смешанного генеза, у 2,8% - гемолитическая болезнь новорожденных.

Определена структура перинатального поражения центральной нервной системы у новорожденных: значительную долю занимает церебральная ишемия (65,71%), синдром вегето-висцеральной дисфункции (11,43%), гипоксия геморрагического генеза (8,57%), синдром церебральной депрессии (8,57%), поражение головного мозга смешанного генеза (8,57%).

Основная часть новорожденных отделения «Патологии новорожденных и недоношенных детей» (95,5%) находились на искусственном вскармливании, только 11,43% детей – на смешанном, естественное вскармливание в исследовательской группе никто не получал.

Выводы. Большая часть новорожденных отделения «Патологии новорожденных и недоношенных детей» рождаются недоношенными (88,89%), более половины новорожденных детей имеют низкую и очень низкую массу тела при рождении, у подавляющего большинства (более 90%) отмечается внутриутробная пневмония и перинатальное поражение центральной нервной системы.

БЕРЕМЕННОСТЬ И COVID-19 - ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Галимзянов И.И., Шукруллоев Н.Р., Жогина А.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Хайруллина Гузель Равиловна
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Введение. На сегодняшний день наиболее актуальной проблемой является инфекция, вызванная новым коронавирусом Sars-cov-2 и объявленная ВОЗ

11 марта 2020 года пандемией. Группой риска являются беременные женщины, поэтому врачи всего мира все больше уделяют внимания анализу влияния данной инфекции на течение беременности, родов и перинатальные исходы.

Данные по 100000 беременным, которые вошли в систематический обзор зарубежной литературы, показали возможность вертикальной передачи инфекции у 5,3% и частоту рождения Covid-позитивных новорожденных в 8% случаев. Самыми частыми осложнениями перинатальных исходов являются: дистресс-синдром плода (26,5-30,0%), низкая масса тела при рождении (25,0%), асфиксия новорожденных (1,4%). Госпитализация детей в отделение интенсивной терапии требуется в 43% случаев, а перинатальная летальность составляет 0,35-2,2%.

Цель. Изучить влияние перенесенной пациенткой коронавирусной инфекции во время беременности на состояние новорожденного.

Задачи. изучить истории родов пациенток, реконвалесцентных covid-19 и выявить основные осложнения у новорожденных.

На базе одного из акушерских отделений ГАУЗ ГКБ г. Казани было проведено ретроспективное исследование 4421 историй родов, где были отобраны 67 пациенток, реконвалесцентных Covid-19, и 21 пациенток с физиологическим течением беременности и родов (контрольная группа).

67 пациенток были разделены на 3 группы в зависимости от срока беременности, на котором они перенесли коронавирусную инфекцию: I триместр – 5 чел, II триместр – 11 чел, III триместр – 51 чел. Средний возраст составил 29,5 лет. У 68,6% женщин произошли роды через естественные родовые пути, путем операции кесарева сечения – у 31,4%. При гистологии плаценты у 8,9% пациенток была выявлена гипоплазия, у 8,9% - воспаление, 2,9% - базальный децидуит. Всего родились доношенными 67 новорожденных. Среднее значение по массе тела составило – 3120 г, по росту - 51,9 см, по шкале Апгар: на 1 минуте – 7,2 балла, на 5 минуте – 8,3 баллов. У 35,8% новорожденных были выявлены следующие перинатальные осложнения: мелкие ателектазы - 17,9%, морфофункциональная незрелость - 14,9%, врожденная пневмония - 10,4%, гемолитическая болезнь новорожденных - 7,4%, изолированная тромбоцитопения – 5,9%, врожденный стридор - 4,4%. Наибольшее количество осложнений – 22,3%, было выявлено у новорожденных, чьи матери перенесли коронавирусную инфекцию в III триместре беременности, а во втором и первом триместрах - 7,4% и 6,1% соответственно. В группе у 21 женщины с физиологическим течением беременности и родов среднее значение по массе тела новорожденного и по шкале Апгар были достоверно выше, чем у исследуемой группы.

Таким образом, у женщин, перенесших covid-19 во время беременности, риск развития перинатальных осложнений был достоверно выше, чем в контрольной группе: у 35,8% были выявлены осложнения преимущественно дыхательной системы, что требует дальнейшего изучения и наблюдения за состоянием этих детей в течение первых лет жизни.

ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ МАТЕРИ И СТАНОВЛЕНИЕ ИММУННЫХ ОРГАНОВ И РАЗВИТИЯ ПОТОМСТВА В ПЕРИОД ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Хасанов Б.Б.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Тухтаев Кодир Рахимович
Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан.

Введение. В последние годы, несмотря на проводимые лечебно-профилактические мероприятия, частота различных экстрагенитальных заболеваний у женщин детородного возраста увеличивается. Прежде всего, это относится к поражениям гепатобилиарной системы вследствие перенесенных вирусных гепатитов. Хронические поражения печени матери обуславливают у потомства различные изменения гематологических показателей, клеточного и гуморального иммунитета, морфологические критерии этих процессов все еще остаются малоизученными. Поэтому целью нашего исследования явилось изучение в эксперименте влияния хронического гелиотринного гепатита на развитие потомства и структурно-функциональное становление их органов иммунной системы.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на 50 половозрелых самках белых беспородных крыс массой 170-190 г. Животные разделены на 2 группы (по 25 крыс в каждой): опытную и контрольную. Модель гелиотринного гепатита получали по общепринятой методике. Всего в исследования включены 84 детеныша от самок контрольной и 61 от самок

опытной групп. Крысята были декапитированы под легким эфирным наркозом на 1, 3, 7, 14, 21 и 30-е сутки после рождения. Кусочки тимуса, мезентериальных лимфатических узлов, селезенки и Пейеровых бляшек фиксировали в 12% нейтральном формалине или жидкости Буэна и заливали в парафин. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином и использовали для морфологических и морфометрических исследований.

Результаты. Как показали результаты нашего исследования, представленные в таблице, хронический токсический гепатит (ХТГ) матери способствует отставанию в росте у потомства, выраженное в уменьшении массы тела на 1-3 сутки после рождения и длины тела животных, отмеченные на 7-14 сутки после рождения. Также установлено снижение массы тимуса и печени крысят на 1-3 сутки и уменьшение массы селезенки вплоть до 14 суток после рождения.

Морфологические исследования показали, что у новорожденных крысят от матерей с ХТГ дифференцировка тимуса на корковое и мозговое вещество достаточно отчетливо выражена, но заметно снижена плотность распределения клеток в корковом веществе. По сравнению с контрольной группой число лимфобластов уменьшилось на 15%, малых лимфоцитов - на 20%. Эта тенденция сохранялась и в последующие сроки постнатального развития тимуса. Отмечается увеличение числа деструктивных тимоцитов и значительно чаще, встречаются крупные макрофаги с плотными включениями в цитоплазме, по-видимому, это признак усиленного тимоцитоллиза. В периферических органах иммунной системы опытных крысят отмечалась значительная задержка постнатального

формирования структурно-функциональных зон. На 7-14-е сутки опытов в паренхиме лимфатического узла нет четкого формирования границ коркового и мозгового вещества, отмечается значительное расширение субкапсулярных синусов. Отсутствие сформированных лимфатических фолликулов в этот период характерно также для селезенки и Пейеровых бляшек. На 14-е сутки у крысят опытной группы отмечалось только формирование небольших лимфоидных фолликулов в периферических органах, тогда как у крысят контрольной группы выявлялись достаточно сформированные лимфатические фолликулы. Даже к 21-м суткам постнатального периода у крысят опытной группы лимфоидная ткань лимфатических узлов, селезенки, Пейеровых бляшек оставалась гипоплазированной, без четких границ различных структурных зон лимфатических фолликулов.

Выводы.

1. При ХТГ матери происходит отставание в росте и развитии крысят на 1-3 сутки после рождения, проявляющиеся в снижении массы тела, отставании в росте и снижении массы тимуса, печени и селезенки.

2. У крысят, рожденных от матерей с ХТГ, на фоне гипоплазии тимуса формирование лимфоидной ткани периферических иммунных органов существенно замедляется.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ НА ОСНОВЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Назаренко А.О.¹, Сидоренко Е.Е.^{1,2}, Мигель Д.В., Суханова И.В.¹, Останина И.А.¹

Научный руководитель: к.м.н., Сидоренко Евгений Евгеньевич,

1 ГБУЗ «Научно-практический центр специализированной медицинской помощи
детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого», Москва, Россия

2 ФГБОУ Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия

Введение. Ретинопатия (офтальмопатия) недоношенных является одной из главных проблем офтальмологии. Сегодня ее называют «трагедией на всю жизнь» и «всеобщей проблемой медицины» (Сидоренко Е.И., 2021). «Золотым стандартом» лечения ретинопатии недоношенных является лазеркоагуляция аваскулярных зон сетчатки. Однако регресс заболевания достигается не у всех детей даже в случае своевременно и адекватно проведенного вмешательства: эффективность коагуляции достигает 98% при классическом течении РН и лишь 70% - при «задней агрессивной» форме (Асташева И.Б.2010, Осипова Н.А., 2016, Сайдашева Э.Р.), в связи с чем офтальмологами всего мира продолжают поиски новых эффективных методов лечения.

В 2011 году на кафедре офтальмологии педиатрического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова впервые в России начали исследовать возможность использования ингибиторов сосудистого эндотелиального фактора роста для лечения ретинопатии недоношенных. Однако данных о развитии глаз

детей после проведенного метода лечения недостаточно, что делает актуальным проведение дальнейших исследований в этой области офтальмологии.

Цель. Изучить отдаленные результаты лечения ретинопатии недоношенных ингибиторами сосудистого эндотелиального фактора роста

Материалы и методы. В группу исследования вошли 20 детей в возрасте от 1 до 3 лет, в анамнезе у которых был ретинопатия недоношенных 3 «плюс» болезнь или «задняя агрессивная форма», пролеченная ингибиторами ангиогенеза. Всем детям было проведено ультразвуковое исследование В-сканирование с оценкой эхогенных внутриглазных структур, с использованием датчика высокого разрешения на установке В-Scan Plus (Accutome, США)

Результаты. Оптические среды прозрачные у 20 пациентов. Помутнения капсул хрусталиков ни у одного пациента обнаружено не было. Оболочки глазного яблока прилежат у всех детей. Экскавация диска зрительного нерва не расширена. Фиброзных включений не отмечается у 100%. Изменений стекловидного тела после интравитреального введения ингибиторов сосудистого эндотелиального фактора роста не было обнаружено. Деструкции стекловидного тела отсутствовали.

Выводы. Нам удалось подтвердить физиологичное развитие глаз 20 детей, соответствующее возрастным нормам, с помощью безболезненного и безопасного ультразвукового исследования глаз, что подтверждает возможность использования ингибиторов СЭФР в качестве терапии ретинопатии недоношенных.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ ВСЛЕДСТВИЕ НЕОНАТАЛЬНОЙ ВОЛЧАНКИ У ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Савельева Е.И.¹

Научные руководители: к.м.н., доцент, Крог-Йенсен Ольга Александровна^{1,2};
д.м.н., доцент, Никитина Ирина Владимировна²

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

²ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Введение и актуальность. Неонатальная волчанка (НВ) является редким заболеванием и развивается лишь у 1-2% новорождённых у матерей, страдающих системной красной волчанкой (СКВ), синдромом Шегрена или другими ревматическими заболеваниями. Около 50% всех случаев НВ протекает в виде атриовентрикулярной блокады (общепопуляционная частота - 1 случай на 20.000 новорождённых). При этом у 20% детей с кардиальными проявлениями НВ поражение миокарда не ограничивается только структурами проводящей системы: у них также могут диагностироваться жизнеугрожающие осложнения (кардиомиопатия и эндокардиальный фиброэластоз). В настоящее время в мировой литературе нет описания клинических случаев кардиальных проявлений НВ у глубоконедоношенных новорожденных, отсутствуют унифицированные подходы к ведению таких пациентов.

Цель демонстрации. Описание клинического случая НВ с кардиальными проявлениями у глубококонедошенного новорожденного с относительно благоприятным исходом в возрасте 24 месяцев жизни.

Описание наблюдения. Глубококонедошенная девочка массой тела 980г, гестационный возраст (ГВ) 25 недель, родилась путём операции экстренного кесарева сечения в связи с ухудшением состояния плода (снижение ЧСС до 70). Данная беременность первая. Мать о своем ревматическом заболевании до рождения ребенка не знала, однако при детальном сборе анамнеза выяснено, что несколько раз в течении жизни у нее регистрировалась изолированная тромбоцитопения, расцененная как «неясного генеза». В 1 триместре беременность осложнилась угрозой прерывания, гестационным сахарным диабетом на 8 неделе гестации. С рождения у ребенка наблюдалась брадикардия 50-70 без тенденции к восстановлению, проведена ЭКГ, по результатам которой выявлена АВ-блокада III степени. Диагноз НВ был подтвержден наличием Anti-Ro антител у матери и ребенка. В связи с наличием систолической дисфункции миокарда консилиумом с участием кардиологов было принято решение о начале введения дексаметазона, однако в связи с развитием тяжелой гипергликемии, стероидная терапия была отменена. На 30 сутки жизни повышение в динамике уровня биохимических маркеров повреждения миокарда (NT-proBNP, МВ-КФК) при отсутствии эхографических признаков кардиомиопатии, что было расценено как возможное течение антитело-ассоциированного миокардита, начато лечение глюкокортикостероидами (ГКС), но курс был прерван на 42 сутки жизни в связи с развитием грибковой инфекции. Уровни маркёров повреждения миокарда снизились до нормативных в возрасте 56 суток жизни.

Помимо этого, в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) у ребёнка зарегистрировано течение врожденной пневмонии, инвазивного микоза и приобретенной цитомегаловирусной инфекции, были проведены 5 курсов антибактериальной и 1 курс антимикотической терапии с учетом чувствительности выявляемой микрофлоры, противовирусная терапия с положительным эффектом. Клиническое состояние ребёнка в неонатальном периоде осложнилось развитием ДВС-синдрома (лёгочное кровотечение и внутрижелудочковое кровоизлияние II степени), формированием бронхолегочной дисплазии средней степени тяжести, длительным функционированием гемодинамически значимого артериального протока. Длительность респираторной терапии составила 75 суток. Ребенок выписан домой без дотации кислорода и развития инвалидизирующих осложнений на 130-е сутки жизни. Показаний к постановке кардиостимулятора на протяжении всего периода наблюдения не было. В 24 месяца психомоторное развитие по возрасту, этап формирования экспрессивной речи, ЧСС 62 уд/мин, ночью – до 43 уд/мин.

Выводы. Мультидисциплинарное ведение, своевременное выявление и обоснованное лечение осложнений неонатального периода позволили не только избежать летального исхода у глубококонедошенного ребёнка с сочетанной патологией, включавшей в себя кардиальные проявления НВ, но и обеспечить выживаемость без инвалидизирующей патологии.

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ПАРАХ МАТЬ-РЕБЕНОК В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Огаркова Е.А.³, Инполитов А.Л.¹, Савельева Е.И.¹

Научные руководители: к.м.н., доцент, Крог-Йенсен Ольга Александровна^{1,2};
д.м.н., доцент, Никитина Ирина Владимировна²

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

²ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

Введение. Инфекционно-воспалительные заболевания остаются одной из основных причин летальных исходов у новорожденных. Комплексное микробиологическое обследование новорожденного при рождении и матери перед родами является единственным наиболее полным источником информации о предполагаемом спектре бактериальных и грибковых возбудителей врожденных инфекций. Однако в настоящее время в мировой литературе недостаточно данных, свидетельствующих о взаимосвязи наличия условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) в родовых путях матерей с последующим выявлением идентичных УПМ у новорожденных, развитием врожденных инфекций и их осложнений.

Цель. Оценить диагностическую значимость комплексного микробиологического обследования (в парах мать-ребенок) среди пациентов отделения реанимации новорожденных (ОРИТН).

Материалы и методы. Данное ретроспективно-проспективное наблюдательное исследование включало 271 новорожденного ребенка гестационного возраста (ГВ) 24-42 недели. Все дети поступили в ОРИТН из родильного блока в первые 2 часа жизни в период с 10.01.2020 по 10.04.2021 г. Всем новорожденным сразу после рождения собирался биологический материал из трёх локусов (образцы крови, отделяемое со слизистой оболочки зева и ануса) для микробиологического исследования (МИ) с использованием микроскопического и культурального метода, с видовой идентификацией микроорганизмов *MALDI-TOF-MS* анализом. Ретроспективно у каждого пациента оценивались данные обследования матери (МИ отделяемого цервикального канала или влагалища), проведенного до родоразрешения. Оценивалась взаимосвязь результатов комплексного МИ со следующими показателями: развитие раннего неонатального сепсиса (РНС) или пневмонии, осложнений неонатального периода и летальных исходов; необходимость проведения искусственной вентиляции лёгких, антимикробной и кардиотонической терапии и их длительность. Также оценена взаимосвязь со значениями оценки тяжести состояния по шкалам NEOMOD и nSOFA; и значениями лабораторных маркёров системной воспалительной реакции на 1 и 3 сутки жизни новорожденных (СРБ, лейкоцитоз, лейкопения, нейтрофилёз, нейтропения, тромбоцитопения).

Результаты. По результатам ретроспективного фрагмента МИ у матерей до родоразрешения проведено в 47% случаев (127/271). Соответственно, в

окончательный анализ было включено 127 пациентов, у матерей которых МИ проведено в полном объеме. Медиана ГВ новорожденных составила 35 недель (Min-Max 24-42), массы тела – 2398 гр (Min-Max 397-4404). Обнаружение УПМ отмечено у 63% (80/127) матерей. Совпадение УПМ матери и новорожденного отмечено в 7% (9/127) случаев. Положительный результат гемокультуры выявлен только у 2 новорожденных данного исследования, при этом МИ их матерей показало отсутствие роста УПМ. Статистически значимой взаимосвязи наличия УПМ у матерей с развитием ранних неонатальных инфекций и их осложнений обнаружено не было. Однако, по данным регрессионного анализа совпадение УПМ у матери и ребенка (обнаруживаемое лишь в 7 % пар мать-ребенок) является независимым статистически значимым фактором развития РНС и пневмонии ($p=0,03$, ОР=6,1, ДИ 1.2-30,2). Видовой состав УПМ, выявленных в парах мать-ребенок при их совпадении, был представлен *E. coli* ($n=3$), *Candida* sp ($n=3$) *Enterococcus* sp. ($n=3$), *Enterobacter aerogenes* ($n=1$), *Streptococcus agalactiae* ($n=1$). При этом обнаружение *E. coli* и/или *Candida* sp и у матери, и у ребенка, явилось независимым статистически значимым фактором реализации некротизирующего энтероколита у недоношенных пациентов ($p=0,038$, ОР=12,6, ДИ=1,8-42,8).

Выводы. Комплексное микробиологическое обследование в парах мать-ребенок среди пациентов ОРИТН имеет диагностическую значимость в отношении РНС и НЭК при условии выявления идентичной флоры у матери и ребенка. Сам факт наличия роста УПМ при МИ матери в случае отрицательных результатов МИ у ребенка не является прогностическим фактором развития ранних неонатальных инфекций и не влияет на тяжесть состояния новорожденных, частоту осложнений и показатели летальности.

ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА У ДЕТЕЙ С РИСКОМ РЕАЛИЗАЦИИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Бесько М.В., Чигирь Ю.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь

Научный руководитель: ассистент, Синица Лилия Николаевна

Введение. Частота внутриутробного инфицирования новорожденных остается высоко несмотря на успехи перинатальной медицины. Для предупреждения возникновения инфекционных осложнений в раннем неонатальном периоде необходимы надежные биомаркеры, позволяющие проводить эффективную оценку риска реализации. Прокальцитонин (ПКТ) зарекомендовал себя как один из наиболее объективных маркеров бактериальной инфекции с чувствительностью и специфичностью, достигающей в отдельных группах до 100%.

Цель. Оценить динамику изменения уровня прокальцитонина у детей из группы риска по реализации внутриутробной инфекции в зависимости от реализации инфекционного заболевания в течение первых 3-х суток жизни.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 83 медицинских карт стационарного пациента детей, рожденных в УЗ «ГОКПЦ» в 2014-2021 гг. Все новорожденные были отнесены в группу риска по реализации внутриутробной инфекции (ВУИ). Первую группу составили 64 ребенка, у которых врожденная инфекция реализовалась в нетяжелой форме, дети не нуждались в реанимационной интенсивной терапии. Вторую группу составили 19 младенцев, у которых риск ВУИ не реализовался.

Для статистического анализа данных применяли пакеты прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 10.0. Нулевая гипотеза отвергалась на уровне значимости $p \leq 0,05$ для каждого из использованных тестов.

Результаты. В 1 группе от 1 беременности родилось 30 (46,9%) детей, от 2-й – 17 (26,6%), от 3-й – 10 младенцев (15,6%), от 4-й и более беременностей – 7 (10,9%) детей. При оценке паритета родов установлено, что 1 роды были у 37 (57,8%) женщин, 2 роды – у 15 (23,4%), от 3 родов родилось 10 детей (15,6%), а от 4 и более родов – 2 ребенка (3,13%). Путем кесарева сечения родилось 34 ребенка (78,1%), через естественные родовые пути – 30 (21,87%). Число женщин, проживающих в городах – 53 (82,8%), жительниц сельской местности – 11 (17,2%). Мальчиков было 35 (53,84%), девочек – 29 (46,16%). Масса тела при рождении составила $Me=3350,0$ (2775,0; 3675,0) грамм. 100% детей 1 группы родились с оценкой по Апгар 8 и более баллов.

Анализ антенатального анамнеза во 2-й группе: первая беременность – 8 (42,11%) детей, вторая – 8 (42,11%), третья – 1 младенец (5,26%), четвертая и более беременностей – 2 (10,53%) детей. При оценке паритета родов установлено, что первые роды были у 8 женщин (42,11%), вторые – у 9 (47,37%), от третьих родов родилось 2 детей (10,53%). Путём кесарева сечения родилось 12 детей (63,16%), через естественные родовые пути – 7 (36,84%). Число женщин, проживающих в городах 18 (94,74%), жительниц сельской местности – 1 (5,26%). Мальчиков родилось 9 (47,37%), девочек – 10 (52,63%). Масса тела при рождении составила $Me=3500$, (3100; 3600) грамм. 1 ребенок родился с оценкой по Апгар на первой минуте ниже 8 баллов.

Поскольку всем исследованным детям проведено определение ПКТ дважды: в 1-е и на 3-и сутки жизни, – нами проанализирована динамика его изменения. В 1-й группе младенцев уровень ПКТ в сыворотке крови в первые сутки жизни составил $Me=5,67$ (1,46; 18,10) нг/мл, на третьи сутки $Me=1,46$ (0,27; 6,69) нг/мл, $p=0,003$. Во 2-й группе ПКТ в сыворотке крови при рождении составил 3,93 (0,76; 10,76) нг/мл, а к 3-м суткам жизни – 0,28 (0,19; 0,73) нг/мл, $p=0,019$. При межгрупповом сравнении установлена статистически значимая разница между уровнем ПКТ, определенном на 3- и жизни, $p=0,02$.

Выводы. Установлено, что уровень ПКТ у детей обеих групп статистически значимо выше в 1-е сутки, чем на 3-и. Таким образом, у детей с нетяжелыми формами врожденной инфекции уже к 3-м суткам жизни происходит снижение ПКТ, однако медленнее, чем в группе детей без реализации ВУИ ($p=0,02$).

ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ТЕЛА РЕБЕНКА С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ В 40 НЕДЕЛЬ ПОСТКОНЦЕПТУАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Зенкова К.И.

Научный руководитель: д.м.н., Скворцова Вера Алексеевна,
ФГАУ НМИЦ здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Введение и актуальность. Достаточное обеспечение питательными веществами является одним из важнейших факторов, влияющих на рост и развитие детей, рожденных с массой тела менее 1000 г (экстремально низкая масса тела, ЭНМТ), поскольку при их выхаживании возникают особые сложности в достижении целевых показателей дотации белкового, жирового и углеводного субстратов, обусловленные тяжестью состояния недоношенного ребенка и сниженной толерантностью к энтеральной нагрузке. В соответствии с существующими стандартами вскармливания недоношенных детей, необходимо повышенное поступление основных нутриентов, однако всё чаще высказываются опасения в связи с возможностью негативного влияния такого подхода на метаболическое здоровье. Для сравнительной оценки возможного риска метаболических нарушений и потенциальной пользы высокой дотации белка и энергии для развития нервной системы предлагается помимо стандартных антропометрических показателей учитывать состав тела, а именно количество жировой (FM) и безжировой (FFM) массы.

Цель. Демонстрация необходимости комплексной оценки нутритивного статуса детей с ЭНМТ при рождении.

Описание наблюдения. Ребенок Б. поступил в отделение патологии новорожденных детей (ОПНД) НМИЦ здоровья детей в состоянии средней степени тяжести в возрасте 2 месяцев постнатального возраста (33 недели постконцептуального возраста). Из анамнеза известно, что ребенок родился на сроке гестации 25,4 недели с массой тела 485 г, длиной 24 см (z-score по шкале Fenton: масса тела к возрасту -2,05; длина к возрасту -4,16; окружность головы к возрасту -1,74). APGAR 1/4/5 баллов. Тяжесть состояния была обусловлена крайней незрелостью и инфекционными осложнениями. Неоднократно проводились курсы антибактериальной, антифунгальной терапии. Длительно находился на ИВЛ (23 суток), до 2,5 месяцев сохранялась кислородозависимость. С рождения получал полное парентеральное питание с постепенным увеличением энтеральной нагрузки по мере стабилизации состояния. На момент поступления в ОПНД масса тела - 1268 г, длина - 37 см, окружность головы 27 см (Fenton z-scores: масса тела к возрасту -2,37; длина к возрасту -3,07; окружность головы к возрасту -2,76; Intergrowth-21 z-scores -3,01; -3,89; -3,78 соответственно). Проводилось постепенное наращивание энтеральной нагрузки с последующим переходом на полное энтеральное питание в возрасте 2 месяцев 5 дней постнатального возраста. Уровень поступления основных нутриентов составлял: белки 3,4 г/кг/сут, жиры 6,7 г/кг/сут, углеводы 13,8 г/кг/сут. Калорийность рациона - 135 ккал/кг/сут. За время наблюдения отмечались стабильные прибавки массы и длины тела: за 24 дня пребывания в отделении ребенок прибавил 520 г и 5 см, после выписки домой за 30 дней +1000 г и +3 см. При повторном

поступлении в 40-41 неделю постконцептуального возраста на фоне удовлетворительной динамики массо-ростовых показателей у ребенка сохранялось значительное отставание физического развития по данным Fenton z-scores: масса тела к возрасту -1,97; длина к возрасту -3,21; окружность головы к возрасту -1,11; по шкале Intergrowth-21 z-scores -1,71; -3,93; -1,58 соответственно. С целью комплексной оценки нутритивного статуса проведено исследование состава тела (содержания FM и FFM) методом воздушной бодиплетизмографии на аппарате Pea Pod. Относительное содержание FM составило 19% (548 г), FFM – 81 % (2340 г), что свидетельствует о накоплении избыточной жировой ткани, несмотря на сохраняющийся дефицит веса у ребенка.

Заключение, выводы. Данное наблюдение свидетельствует о важности комплексной оценки нутритивного статуса недоношенных детей, в том числе с ЭНМТ при рождении.

Повышенное содержание жировой массы на фоне сохраняющегося отставания физического развития может свидетельствовать не об избыточном, а напротив, недостаточном поступлении нутриентов, преимущественно белка. Это предположение соответствует концепции программирования питанием – формировании депо жира на фоне дефицита поступления нутриентов.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Архиреева А.А., Петрунина А.И., Гафаров А.В., Паикова В.С.

Научный руководитель: старший преподаватель кафедры педиатрии,
Дементьева Юлия Назымовна,

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Введение. Последние годы острой социально-значимой проблемой всего мира, включая Российскую Федерацию, остается новая коронавирусная инфекция COVID-19.

С начала пандемии во всем мире выявлено более 434 млн случаев заражения, в РФ - более 16 млн, в Ульяновской области – более 166 тыс случаев. И до сих пор ежедневное выявление новых случаев заражения не является единичным случаем, а встречается в каждом уголке мира.

Как известно, весь спектр внимания направлен на людей старшего возраста, пенсионеров, и действительно, по статистике, среди новорожденных реже встречаются осложнения и преобладают бессимптомные или легкие формы заболевания COVID-19. Однако детский организм не всегда готов к атаке новой для всего человечества инфекции, и тяжелые формы болезни все же встречаются.

Цель исследования. Изучить особенности течения COVID-19 у новорожденных детей.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни новорожденных детей, рожденных от матерей с подтвержденным диагнозом COVID-19. Дети были разделены на 2 группы: 1 группа - дети и матери имели подтвержденный лабораторно диагноз новая коронавирусная инфекция, 2 группа – дети с отрицательным ПЦР.

Результаты. Распределение детей по полу было сопоставимо в обеих группах. Паритет беременности и родов, течение беременности, возраст матерей не имели статистических различий. При оценке клинического течения заболевания у матерей обеих групп отмечается схожая клиническая картина с преобладанием симптомов лихорадки, кашля, ДН, гораздо реже – изменения со стороны ЖКТ. У новорожденных обеих групп достоверных различий в антропометрических данных при рождении установить не удалось, большинство беременностей, из взятых нами случаев были доношенными. В большинстве случаев у детей с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией заболевание протекало в легкой форме, в структуре клинических проявлений отмечались пневмония и катаральные проявления (5%), лихорадка и кожные высыпания (15%).

У детей обеих групп отмечались с одинаковой частотой встречаемости желтушный синдром и поражения гипоксического характера, кашель не отмечался. Среди изменений в лабораторных исследованиях преобладал лимфоцитоз и моноцитоз. Терапия госпитализированных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, проводилась согласно современным клиническим рекомендациям. При оценке продолжительности сохранения положительного ПЦР анализа у новорожденных 1 группы медиана составила 8 дней (4,5-15). Продолжительность госпитализации у детей обеих групп была сопоставима и составила у детей с положительным ПЦР 14,0 дней (11,0 – 18,5) и 12,5 дней (9,8 – 21,2) у детей без коронавирусной инфекции.

Выводы. Среди госпитализированных новорожденных детей с диагнозом новая коронавирусная инфекция COVID-19 преобладали легкие формы заболевания, не имеющие осложнений.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ

Пашинцева А.Н.

Научный руководитель: д.м.н., Скворцова Вера Алексеевна,
ФГАУ НМИЦ здоровья детей Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Исследования двух последних десятилетий, проведенные в различных странах, показали глобальный характер проблемы недостаточности витамина D. Известно, что все недоношенные дети рождаются с относительно низким уровнем 25(OH)D. Данные о более высокой потребности недоношенных детей в данном витамине в настоящее время отсутствуют. Тем не менее, установлено, что низкая концентрация 25(OH)D ассоциируется с повышенной потребностью в респираторной поддержке и ее продолжительностью у детей после преждевременных родов. Исследователи предполагают, что витамин D следует назначать при достижении объема энтерального питания не менее 100 мл/кг в сутки, однако время начала дотации и профилактическая доза витамина D, которая должна использоваться при выхаживании детей, родившихся раньше срока, в настоящее время окончательно не установлены.

Цель. Изучить содержание 25(OH)D в сыворотке крови недоношенных детей, родившихся при сроке ≤ 31 недели гестации.

Материалы и методы. Обследовано 79 недоношенных детей, родившихся с гестационным возрастом 22 – 31 неделя. Постнатальный возраст на момент обследования находился в пределах от 1 месяца 1 недели до 6 месяцев. Все дети, независимо от характера вскармливания (материнское молоко + обогатитель грудного молока, смешанное и искусственное вскармливание), получали витамин D в дозе 1000 МЕ и более. Использован спектрофотометрический метод определения 25(OH)D в сыворотке крови на иммунохимическом автоматическом анализаторе Cobas e411, который позволяет установить концентрацию витамина D в пределах от 0 до 70 нг/мл. При более высоком уровне регистрировалось значение ≥ 70 нг/мл.

Результаты. Установлено, что на фоне приема витамина D в дозе 1000 МЕ и выше концентрация 25(OH)D в сыворотке крови недоношенных детей, равная или превышающая 70 нг/мл, обнаружена у 45 детей, что составило 57%. Среди остальных детей средний уровень 25(OH)D составил $41,6 \pm 16,8$ нг/мл.

Выводы. Получены предварительные данные, свидетельствующие об отсутствии недостаточности витамина D у недоношенных детей, рожденных ≤ 31 недели гестации при использовании данного витамина в дозе ≥ 1000 МЕ. Повышенное содержание 25(OH)D (≥ 70 нг/мл) в сыворотке крови 57% недоношенных детей первого полугодия жизни указывает на необходимость дифференцированного подхода к его назначению. Регулярный контроль данного показателя в динамике позволит своевременно корректировать дозу витамина D.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ В КИШЕЧНИКЕ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ЭНТЕРОКОЛИТЕ

Ким Л.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Желев Виктор Александрович
ФГБОУ ВО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава
России, Томск, Россия

Введение. Некротизирующий энтероколит (НЭК) остается одной из сложных проблем неонатологии и детской хирургии. Несмотря на достаточно длительное изучение заболевания, летальность сохраняется на уровне 40% и выше, что требует дальнейшего изучения данной патологии.

Цель. Изучить значение уровня белка, связывающего жирные кислоты кишечника (I-FABP) в ранней диагностике и прогнозе НЭК.

Материалы и методы. Выполнено проспективное исследование. Включено 28 недоношенных новорожденных с гестационным возрастом менее 35 недель и весом менее 2000 гр, которые находились на лечении в областном перинатальном центре г. Томска. Новорожденные были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 18 недоношенных новорожденных с симптомами и признаками НЭК. Вторая группа состояла из десяти недоношенных новорожденных

в качестве контрольной группы. Всем недоношенным новорожденным проводилось клиническое обследование, рентгенография брюшной полости и измерение уровня I-FABP в сыворотке крови. Полученные данные проанализированы в программе SPSS Statistics.

Категориальные данные были представлены в виде числа и процентов с использованием критерия хи-квадрат или точного теста Фишера для их анализа. Количественные данные были проверены на нормальность с использованием критерия Шапиро-Уилка. Использовались критерий Стьюдента для нормально распределенных переменных, Манна-Уитни, тест Краскала-Уоллиса для непараметрических данных.

Результаты. При клиническом обследовании детей с НЭК в 90% случаев было выявлено нарушение толерантности к энтеральному питанию (повышенное количество остаточного содержимого в желудке), наличие крови в стуле у 45% детей. По результатам рентгенологического исследования обнаружено: дилатация просвета кишечника у 9 (50%) новорожденных, фиксированная петля у 6 (33%), пневмоперитонеум у 3 (17%). В общем анализе крови статистически значимая разница отмечена в уровне гемоглобина (г/дл) ($p < 0,006$, $10,35 \pm 1,28$ против $12,20 \pm 1,44$) и уровне количества тромбоцитов ($p < 0,001$, $97,83 \pm 45,47$ против $227,80 \pm 49,44$). Уровень I-FABP был значительно выше в группе пациентов с НЭК ($p < 0,001$). Что касается сывороточного I-FABP в соответствии со стадией Белла на момент постановки диагноза НЭК, обнаружено, что средний уровень I-FABP в сыворотке крови при 2 стадии значительно выше, чем при стадии 1, а средний уровень I-FABP в сыворотке крови на стадии 3 значительно выше, чем на стадии 1 и 2.

Выводы. Уровень I-FABP в сыворотке был выше у недоношенных новорожденных с НЭК по сравнению с контрольной группой; также уровень I-FABP в сыворотке увеличивался в соответствии с тяжестью НЭК. Таким образом, последовательные измерения уровня I-FABP в сыворотке может быть полезным маркером для ранней диагностики и прогнозирования тяжести заболевания при НЭК.

ТЕЧЕНИЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА НОВОРОЖДЁННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Синякина В.Ю., Рустянова Д.Р.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Жирнов Виталий Александрович
ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава
России, Самара, Россия

Введение. Беременность - это период, когда мать и плод подвергаются сильному физиологическому стрессу. Когда беременность осложняется эндокринными нарушениями, такими как заболевания щитовидной железы (ЩЖ), вероятность неблагоприятных исходов для матери и плода может быть

огромной. Одним из осложнений при заболеваниях ЩЖ могут явиться преждевременные роды (ПР), влекущие за собой череду патологических состояний у новорожденного.

Цель. Целью нашего исследования является анализ особенностей течения неонатального периода недоношенных детей, родившихся от матерей, имеющих патологию щитовидной железы.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ историй родов, историй болезни детей, прошедших курс реабилитации в отделении выхаживания недоношенных детей МПЦ г. Тольятти. В основную группу исследований вошли 23 ребенка, родившихся от матерей с патологией щитовидной железы, контрольную составили 10 детей, родившихся от условно здоровых матерей.

Результаты. При исследовании течения беременности в первой и второй группах были отмечены такие заболевания, как анемия, превалирующая в первой группе в 2 раза (70% и 35%), кольпит (20% и 28,6%). Отличительной особенностью женщин с заболеваниями ЩЖ явилось частое наличие лекарственной аллергии, вирусных заболеваний во время беременности. Хроническая фетоплацентарная недостаточность (26%) и хроническая гипоксия плода (5%) наблюдалась только у женщин из основной группы. Синдром задержки развития плода (СЗРП) 1 и 2 степени был выставлен в основной группе (40%), что в будущем может повлечь за собой определенные последствия для новорожденного. Внимание стоит уделить угрозе прерывания беременности, которая отягощала гестационный период (75%) матерей исследуемой группы и (12%) контрольной группы. Наибольший процент угрозы прерывания приходится на 1 триместр, что составляет (45%), при чем в (10%) угроза была неоднократной. Первая половина беременности контрольной группы протекала без особенностей. При исследовании систем и органов новорожденных мы обнаружили, что со стороны нервной системы в (100%) случае во всех группах стоит диагноз перинатального поражения центральной нервной системы (ППЦНС) разной степени тяжести, однако во 2 группе процент развития двигательных нарушений ниже (78%), чем в основной группе (100%). Субэпидимальная киста была обнаружена в (45%) и (21,4%) случаях соответственно. Отличительной особенностью является наличие у детей задержки внутриутробного развития по гипотрофическому типу (25%), данная патология отсутствует у контрольной группы детей.

Вывод: таким образом, мы можем сделать вывод, что заболевания щитовидной железы матери увеличивают риск преждевременных родов, отягчают течение гестации, а также оказывают неблагоприятные влияния на развитие патологических состояний у новорожденных. Необходимо проведение качественной прегравидарной подготовки у пациенток, страдающих эндокринными заболеваниями, а также создание превентивных методов профилактики патологических состояний ЩЖ.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРКОАГУЛЯЦИИ И ИНГИБИТОРА СЭФР У ДЕТЕЙ С ЗАДНЕЙ АГРЕССИВНОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ НЕДОНОШЕННЫХ

*Коварда А.Р., Новгородова Т.А., Логвинова С.Л., Печенина Д.Н.,
Мишанина В.А., Булдаков И.А.*

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

Научные руководители: к.м.н., доцент Асташева Ирина Борисовна; к.м.н., доцент, Сидоренко Евгений Евгеньевич

Введение. Ретинопатия недоношенных (РН)- это вазопролиферативное заболевание глаз недоношенных детей. Наиболее тяжелой формой РН является задняя агрессивная РН (ЗАРН), в ряде случаев приводящая к слабовидению и слепоте. До последнего времени единственным методом лечения являлась лазеркоагуляция сетчатки (ЛКС), эффективность которой составляет 95%. В 2020 году было утверждено к применению при РН введение ингибитора сосудистого эндотелиального фактора роста (СЭФР). Актуальным является сравнение эффективности ЛКС с новой методикой.

Цель. Сравнение эффективности лечения ЗАРН при помощи ЛКС и введения ингибитора СЭФР.

Материалы и методы. Нами был проведен сравнительный анализ историй болезни 92 человек (184 глаза) с ЗАРН. Из них ЛКС была проведена у 58 человек (116 глаз)- 1 группа, 34 детям (68 глаз) проведена интравитреальная инъекция Ранибизумаба в дозе 0,5 мг- 2 группа. При оценке результатов использовались следующие показатели: стабилизация заболевания, нормализация периферии сетчатки после лечения, время анестезиологического пособия. Для расчетов использовались: критерий χ^2 Пирсона, средняя арифметическая взвешанная (M), среднее квадратичное отклонение, доверительный коэффициент Стьюдента. Статистический анализ проведен помощью программы Statistica.

Результаты. Стабилизация заболевания отмечалась у 81 ребенка (162 глаза). В 1 группе- у 48 детей (96 глаз)-82,7%. Из них полная стабилизация- у 37 человек (74 глаза)- 77,1%. Частичная стабилизация с последующей реактивацией процесса в сроках более 1 месяца- у 11 человек (22 глаза)- 22.9%.

Стабилизация во 2 группе наблюдалась у 33 детей (66 глаз)- 97%. Из них полная- у 27 человек (54 глаза)- 81,8%, у 6 человек (12 глаз)- 18,2% частичная стабилизация.

В результате вычислений сравнили полученные значения критерия χ^2 с критическим: $8.876 > 5.991$ -следовательно, эффективность введения ингибитора СЭФР по сравнению с ЛКС при ЗАРН достоверно больше, при $p < 0.05$.

Состояния сетчатки после лечения: в 1 группе у всех детей было выявлено наличие атрофических очагов на большой площади, которые приводили к сужению поля зрения у всех детей. После введения ингибитора СЭФР полная нормализация периферии сетчатки наблюдалась у 9 человек-27,3%, сохранение аваскулярных зон, сосудистых аномалий у 24 детей-72,7%.

В результате вычислений сравнили полученные значения критерия χ^2 с критическим: $29,455 > 6,55$ - Следовательно, частота нормализации периферии

сетчатки достоверно больше при введении ингибитора СЭФР, чем ЛКС, при $p < 0.001$.

Средняя величина времени анестезиологического пособия в 1 группе- $65 \pm 10,85$ мин. Во 2 группе- $7,5 \pm 1,19$ мин. Следовательно, различие между двумя показателями достоверно при $p < 0.001$.

Преимущественное введение ингибитора СЭФР нами отмечено при нарушении визуализации сетчатки (при непрозрачных средах и кровоизлияниях), отеке сетчатки.

Выводы. 1) Эффективность введения ингибитора СЭФР при ЗАРН достоверно выше, при $p < 0.05$. 2) Нормализация сетчатки после введения ингибитора СЭФР происходит достоверно чаще, при $p < 0.001$. 3) Время анестезиологического пособия при введении ингибитора СЭФР достоверно ниже, чем при ЛКС при $p < 0.001$. 4) Преимущество ингибитора СЭФР при нарушении визуализации сетчатки и ее отеке. 5) Учитывая новизну методики введения ингибитора СЭФР, функциональные и структурные исходы этой манипуляции подлежат дальнейшему изучению.

РОЛЬ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТДЕЛЯЕМОГО СО СЛИЗИСТОЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

Огаркова Е.А.³, Инполитов А.Л.¹, Савельева Е.И.¹

Научные руководители: д.м.н., доцент, Никитина Ирина Владимировна²; к.м.н., доцент, Круг-Йенсен Ольга Александровна^{1,2}

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

²ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России

³ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Информативность микробиологического исследования (МИ), отделяемого со слизистой верхних дыхательных путей (ВДП) и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в первые сутки жизни у новорожденных различного гестационного возраста (ГВ) в комплексной диагностике ранних неонатальных инфекций, остается недостаточно изученной.

Цель. Определить диагностическую значимость МИ, отделяемого со слизистой ВДП и ЖКТ в 1-е сутки жизни (с/ж) у новорождённых, находящихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН).

Материал и методы. В исследование были включены новорождённые ГВ 24 - 42 недель ($n=271$), поступившие в 1-е с/ж для обследования и лечения в ОРИТН в период с января 2020 по апрель 2021 года. Новорождённым при поступлении собирался биологический материал из трех локусов (отделяемое со слизистой оболочки зева и ануса, образцы крови) для проведения МИ с использованием классического микроскопического и культурального метода и последующей видовой идентификацией условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) с помощью современных протеометрических методов (*MALDI-TOF-MS*

анализ). По результатам обследования новорождённые были разделены на 2 группы в зависимости от наличия роста УПМ в посевах отделяемого слизистой зева/ануса: группа I - 53 новорождённых, у которых обнаружен рост УПМ, группа II - 218 новорождённых с отрицательным результатом МИ. Сравнение проводилось в подгруппах в зависимости от ГВ пациентов (а) <33, б) 33-36 и в) ≥ 37 недель). Оценивалась взаимосвязь наличия роста УПМ в МИ в первые сутки жизни со следующими показателями: развитие раннего неонатального сепсиса (РНС), пневмонии, осложнений неонатального периода (ДВС-синдром, внутрижелудочковые кровоизлияния, перивентрикулярная лейкомаляция) и летальных исходов; необходимость проведения искусственной вентиляции лёгких, антимикробной и кардиотонической терапии, а также и их длительность. Также оценена взаимосвязь результатов МИ с показателями оценки тяжести состояния по шкалам NEOMOD и nSOFA и значениями лабораторных маркёров системной воспалительной реакции (СВО) (СРБ, лейкоцитоз, лейкопения, нейтрофилёз, нейтропения, тромбоцитопения) на 1 и 3 сутки жизни новорождённых.

Результаты. Сравнимые подгруппы не различались по антропометрическим данным, оценкам по шкале Апгар, NEOMOD и nSOFA. Охват антенатальной стероидной профилактики в группах был сопоставим. Доля детей, родившихся путем операции кесарево сечение, была одинаковой в подгруппах ГВ <33 недель и значительно ниже у новорождённых ГВ ≥ 33 нед с положительными результатами первичного МИ. Частота развития РНС, а также уровень СРБ были статистически значимо выше среди новорождённых ГВ <33 недель и наличием роста УПМ (4/7 в подгруппе Ia vs 3/50 в IIa, $p=0,02$). Проведенный логистический регрессионный анализ показал, что наличие роста *Escherichia coli* и/или *Candida sp.* в посевах отделяемого ВДП и ЖКТ у недоношенных пациентов в 1 с/ж является статистически значимым, прогностическим фактором развития некротизирующего энтероколита (НЭК) среди недоношенных детей (ОР 5,2. ДИ 1,8-14,7, NPV 98%, PPV 20%, $p=0,032$). Среди детей более старшего ГВ взаимосвязи наличия роста УПМ в отделяемом ВДП и ЖКТ с развитием ранних неонатальных инфекций, частотой осложнений, тяжестью состояния на 1-е и 3-е с/ж, а также уровнями маркеров СВО и их динамикой выявлено не было.

Заключение. МИ отделяемого ВДП и ЖКТ в 1-е с/ж у новорождённых ОРПН имеет высокую диагностическую значимость в отношении РНС исключительно у недоношенных новорождённых ГВ <33 недель. Также выявлена прогностическая значимость колонизации ВДП и/или ЖКТ *Escherichia coli* и/или *Candida sp.* в 1 с/ж в плане высокого риска последующего развития НЭК у недоношенных детей. У доношенных пациентов обнаружение роста УПМ в МИ отделяемого ВДП и ЖКТ не является диагностически значимым фактором реализации ранних неонатальных инфекций и их осложнений, что, вероятно, обусловлено более высокой колонизационной резистентностью слизистых по сравнению с недоношенными пациентами.

ДИНАМИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Хапрова И.О.

ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия)

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Коротаева Наталья Владимировна,

Введение. Появление новых методов лечения и выхаживания новорожденных, внедрение в практику большого количества новейших технологий, улучшение оказания реанимационной помощи новорожденным способствует увеличению количества детей, рожденных морфологически незрелыми. Это можно рассматривать как фактор риска, который в дальнейшем может привести к повышению заболеваемости среди детей данной группы. При преждевременных родах многие органы не достигают своего окончательно формирования. Это в полной мере относится и к почкам. При преждевременных родах нефрогенез является незавершенным, так как окончательное формирование почек заканчивается после 32-36 недели гестации. Результатом этого является уменьшение количества функционирующих нефронов, что в дальнейшем может привести к развитию ХБП (хронической болезни почек). Также имеются данные, которые демонстрируют взаимосвязь между уменьшением количества нефронов в почках у недоношенных детей и развитием в более старшем возрасте АГ (артериальной гипертензии), что существенно сказывается на качестве жизни.

Цель. Провести динамический мониторинг функционального состояния почек у детей, рожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела, и гестационным возрастом менее 37 недель.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 134 новорожденных ребенка, находившихся на стационарном лечении в Бюджетном учреждении здравоохранения Воронежской области Воронежская областная клиническая больница №1 «Перинатальный центр» в период с 2018-2020 гг.

Критериями отбора являлись: масса тела при рождении менее 1500 г, отсутствие аномалий почек и мочевыводящих путей. На участие в данной работе было получено согласие законных представителей.

При оценке функционального состояние почек учитывалась также парентеральная нагрузка (количество белка и жидкости). Функция почек оценивалась исходя из концентрации креатинина в сыворотке крови (параметр, анализируемый из биохимического анализа крови с помощью аппарата HumaStar 600 кинетический метод-метод Яффе), СКФ (определяемая по формуле Schwartz с использованием коэффициента $k=0,33$).

Определение статистически достоверной разницы показателей (результатов анализов) в группах проведено с помощью t-тестов (статистических тестов). Статистическая обработка данных проводилась с использованием языка программирования Python и набора прикладных библиотек pandas и scipy.

Результаты. Проводя анализ показателей парентерального питания, в частности количества белка, получаемого новорожденными установлено, что в первую неделю жизни уровень белка постепенно увеличивался, но никогда не

превышал рекомендованный базовый уровень в 3,5 г/кг/сут. У всех обследуемых новорожденных, количество поступающего белка снижалось со 2 по 8 неделю, составляло с 3,33 г/кг/сут до 2,17 г/кг/сут. Количество жидкости получаемой в первую неделю постнатальной жизни увеличивалось от 1-х до 7-х суток во всех исследовательских группах. Количество жидкости, получаемое со 2 по 8 неделю постнатальной жизни, также увеличивалось. При динамической оценке функционального состояния почек у недоношенных детей было выявлено, что диурез в большей степени увеличивался к концу первой неделе жизни у детей, с большей массой тела при рождении. Уровень креатинина в сыворотке крови, как еще один показатель функционального состояния почек значительно снижался также у детей с большей массой тела при рождении. При оценке уровня СКФ было выявлено увеличение скорости клубочковой фильтрации с взрослением.

Вывод. Проведенное исследование показало, что показатели, отражающие функциональное состояние почек (диурез, СКФ, уровень креатинина в сыворотке крови) изменялись более значимо у детей, имеющих большую массу тела при рождении. Из этого следует, что функциональное состояние почек у недоношенных детей напрямую связана с массой тела при рождении.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ

Горохова Д.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н.С. Кольцова

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава
России, Самара, Россия

Введение. Одна из частых проблем недоношенных детей, формирующих инвалидность, - ретинопатия недоношенных (РН) – вазопролиферативное заболевание глаз преждевременно рожденных из-за незрелости структур глаза (сетчатки). Нарушение онтогенетического васкулогенеза сетчатки, который завершается лишь к моменту рождения ребенка 40 нед гестационного возраста, проявляется аваскулярными зонами (в норме) на периферии сетчатки глазного дна недоношенных детей. Такие изменения свидетельствуют о недоразвитии сетчатки, незавершенности васкуляризации и риске развития РП в дальнейшем. Дифференциация подходов к лечению и профилактике РП недоношенных детей основана на Федеральных протоколах МЗ РФ: осмотр специалистом для определения степени РН проводится в зависимости от срока гестации и особенностей состояния ребенка (в 30-31 нед постконцептуального возраста) при медикаментозно расширенном зрачке методом обратной бинокулярной офтальмоскопии с использованием набора линз (+20 дптр, +28 дптр. и /или с помощью ретинальной педиатрической камеры). При динамическом наблюдении за развитием РН необходимо отмечать тип течения РН с учетом стадии и зоны локализации патологического процесса в соответствии с дополнением к Международной классификации РН (2003) для определения прогноза развития заболевания и планирования лечебных мероприятий. Так, при РН тип I (неблагоприятное течение РН) необходимо планировать проведение лазерной или криокоагуляции сетчатки, а при типе II (благоприятное течение РН) – продолжить

наблюдение за течением заболевания. Детям с РН 2 ст назначают инстилляци дексаметазона, эмоксипина, инъекции ретиналамина, в пороговых стадиях выполняется лазеркоагуляция сетчатки.

Самарский Перинатальный Центр (СПЦ) - ведущее учреждение 3-го уровня современных принципов маршрутизации беременных при угрозе преждевременных родов: за 2020г из 759 детей, получающих лечение на 2-м этапе выхаживания в СПЦ, более 60% были преждевременно родившиеся, из них каждый четвертый - со сроком гестации менее 32 нед (то есть высокой группы риска по РП). Соблюдение стандартов профилактики, раннее проведение криокоагуляции позволяет максимально сохранять зрение нашим «торопыжкам».

Цель. Определение факторов риска развития тяжелых форм РП у недоношенных детей для разработки рекомендаций по эффективной профилактике РП на разных этапах выхаживания.

Материалы и методы. Недоношенные дети были разделены на 4 группы: первую группу составили 12 человек с РН 1 ст, во 2-ую группу вошли 11 детей с РН 1 ст «плюс» болезнь, в 3-ю- 4 недоношенных РН 2 ст «плюс» болезнь, а в 4-ю – 5 младенцев с наиболее неблагоприятным вариантом РП- ЗАРН («Задняя агрессивная ретинопатия недоношенных»). Проводился анализ анамнестических данных течения беременности и родов, клинических проявлений постнатальной дизадаптации, особенностей питания, лабораторно-инструментальных показателей.

Результаты. Было выявлено, что наиболее тяжелые формы РП развиваются при сочетании нескольких факторов риска: глубокой недоношенности (менее 28 нед и вес менее 1000г), длительного проведения ИВЛ с жесткими параметрами (более 3-х дней), с развитием тяжелых форм бронхолегочной дисплазии, генерализованной внутриутробной инфекции, внутрижелудочковых кровоизлияний. При оценке всех выявленных факторов риска развития РП дети из 3 и 4 групп имели 4-5 баллов

С 2021г в г.Самара началось применение интравитреальное введение препарата генной инженерии, содержащего ингибиторы фактора роста эндотелия сосудов (vascular endothelial growth factor — VEGF), фрагменты моноклональных гуманизированных антител к эндотелиальному фактору роста А– Ранибизумаба (торговое название Луцентис). Пока 11 детей сроком гестации 26,5-29 нед в возрасте 1-2 месяца (постконцептуальный возраст 29-30 нед) прошли лечение Луцентисом. Данные об эффективности препарата еще незначительно достоверные по сроку проведения терапии для обобщения, но можно отметить хорошую переносимость препарата (все дети процедуру перенесли без осложнений), динамическое наблюдение в течении нескольких месяцев показывает отсутствие прогрессирования РП.

Выводы. Таким образом, профилактика и лечение ретинопатии недоношенных детей в Самарском ПЦ отвечает всем современным мировым требованиям и дает надежду на сохранение не только жизни, но и зрения всем родившимся детям.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПЕРИОДА НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА МАНИФЕСТАЦИИ COVID-19 У ИХ МАТЕРЕЙ

Крошкина Д.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Панина Ольга Сергеевна
ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет
им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Введение. Инфекция SARS-CoV-2 у беременных, как и другие вирусные инфекции, может оказывать неблагоприятное воздействие на плод. Современные исследования подтверждают, что в большинстве случаев инфицирование новорожденных вирусом SARS-CoV-2 происходит постнатально, однако, в случае манифестации инфекции в III триместре беременности, возможна и вертикальная передача вируса ~ в 30% случаев.

Цель. Изучить особенности течения раннего периода неонатальной адаптации у детей исследуемой группы и их взаимосвязь со сроками манифестации COVID-19 у матерей.

Материалы и методы. Основную группу составили 30 новорожденных, родившихся в период с 22 октября 2021 г. по 4 февраля 2022 г. от матерей, перенесших COVID-19 в III триместре беременности. Группу сравнения составили 30 новорожденных, родившихся от матерей, перенесших COVID-19 в I-II триместре беременности. Критерии включения в исследование: наличие документально подтвержденной инфекции COVID-19 у матери - выявление РНК вируса SARS-CoV-2 методом ПЦР в мазке из носоглотки во время беременности. Из исследования были исключены: дети с антенатально установленными врожденными пороками развития. Статистическую обработку данных выполняли с использованием пакета прикладных программ Statistica. Для оценки количественных признаков использовали парный *t*-критерий Стьюдента (*t*-test). Различия считали статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Анализ медицинской документации выявил, что 60% новорожденных основной группы и 55% - группы сравнения составили мальчики, на девочек пришлось 40% и 45% соответственно. 45% новорожденных основной группы и 60% - группы сравнения родились в срок, в то же время 55% и 40% новорожденных – раньше срока, а именно 25% и 5% - ранее 28 недели, 20% и 10% - в промежутке от 28 до 32 недели, 10% и 25% - в промежутке от 32 до 37 недели. Среди недоношенных новорожденных основной группы 50% составили дети с ЭНМТ, 30% - ОНМТ и 20% - с НМТ, в то же время среди недоношенных группы сравнения 67 % составили новорожденные с НМТ, 25% - с ОНМТ и лишь 8% - с ЭНМТ. В ходе проведения сравнительной характеристики неврологических нарушений были получены следующие результаты: ЦИ II-III степени и ВЖК в 2 раза, церебральная лейкомаляция в 3,5 раза и перивентрикулярные псевдокисты в 6 раз чаще встречались среди детей основной группы, чем среди детей группы сравнения. ($p < 0,05$). Среди детей основной группы чаще встречались тяжелые дыхательные нарушения: 75% детей родились в тяжелой асфиксии, 60% - имели ДН 2-3 степени, у 50 % - развился РДС, у 30% по данным рентгенографии была зафиксирована пневмония и 65% - нуждались в

проведении ИВЛ. Помимо этого у детей основной группы по данным ЭХО–КГ было зафиксировано: в 20% - ВПР ДМЖП, у 65% - открытое овальное окно и у 55% – ОАП, величина дефекта в среднем составила 8 мм, ($p < 0,05$).

Выводы. В целом, ближайшие исходы для новорожденных, родившихся от матерей, перенесших COVID-19 в I-II триместре беременности достаточно благоприятные. Однако, в настоящее время стало известно, что экспрессия рецепторов АПФ в тканях плаценты достигает пика к III триместру беременности, в этом случае SARS-CoV-2 может инфицировать плаценту, индуцируя прерывание беременности. Также, учитывая васкуло- и нейротропную активность вируса, ранний период адаптации новорожденных может осложняться тяжелыми дыхательными, неврологическими и кардиологическими осложнениями, требующими комплексного подхода к терапии и последующей реабилитации.

«ВИРТУАЛЬНЫЙ ГОСПИТАЛЬ» В НЕОНАТОЛОГИИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Порошина А.А., Цечоева Т.К.

Научные руководители: д.м.н., профессор Дегтярёв Дмитрий Николаевич^{1,2};
к.м.н., доцент кафедры неонатологии Крог-Йенсен Ольга Александровна^{1,2}

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

²ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И.Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. В настоящее время благодаря научно-техническому прогрессу появляется множество инструментов, позволяющих повысить эффективность процесса обучения в медицине. Одним из них является «геймификация»-технология адаптации игровых методов к неигровым процессам с целью достижения большей мотивации, обеспечения повторения материала, запоминания сложных алгоритмов и объективизации оценки знаний. «Геймификация» в медицинском образовании реализуется через различное программное обеспечение для моделирования клинических ситуаций («виртуальный пациент» или «виртуальный госпиталь»). Внедрение «виртуального госпиталя» в области неонатологии – это уникальная возможность отработки редких ситуаций, которые у новорожденных при отсутствии своевременного и грамотного ведения могут привести к инвалидизирующим осложнениям и летальному исходу. Однако в настоящее время отсутствуют базы готовых неонатальных симуляционных сценариев, соответствующих реальным клиническим ситуациям и актуальным клиническим рекомендациям.

Цель. Оценить возможность разработки симуляционных кейсов для программы «виртуальный пациент» на основании клинических задач, используемых в подготовке к аккредитации по специальности «Неонатология».

Материалы и методы. В данном исследовании использован неонатальный модуль ПО DrSim-virtual patient simulator (Accurate solutions), обеспечивающий моделирование клинических ситуаций с возможностью осмотра новорожденного,

мониторинга витальных функций и выбора обследований, манипуляций, лечения. Клинические ситуации для DrSIM-Virtual patient simulator были созданы на основании предварительно разработанных задач, используемых для подготовки к аккредитации. Проанализировано 120 задач различного уровня сложности, для первого пилотного этапа разработки выбрано 20 тем с наименьшим количеством переменных (гипогликемия, полицитемия, транзиторное тахипноэ новорожденных, анемия, неонатальная желтуха). Каждая клиническая ситуация была разбита на последовательные шаги согласно алгоритму. Также в каждый симуляционный кейс были добавлены аудио-, видео-, фото- файлы обезличенных данных реальных пациентов и используемого оборудования. Все правильные варианты ответов были подкреплены актуализированными ссылками на соответствующие клинические рекомендации (КР).

Результаты. Разработано и загружено в DrSim 20 симуляционных кейсов. Особое внимание уделено систематизации базы медиафайлов (4 аудиофайла, 30 изображений и более 15 видеофайлов). Каждая симуляционная задача протестирована 2-мя обучающимися Центра и одним практикующим неонатологом; после внесенных корректировок кейсы подготовлены к апробации онлайн.

Выводы. Разработка симуляционных кейсов для «виртуального госпиталя» на основании клинических задач для аккредитации по специальности «неонатология» является реализуемой задачей в рамках развития онлайн-обучения на кафедре. Однако в процессе подготовки симуляционных сценариев требуется адаптация используемых данных согласно форме, представленной в ПО, и экспертная оценка несколькими неонатологами. Неоспоримыми преимуществами созданных неонатальных симуляционных кейсов являются: персонификация в соответствии с образовательными целями кафедры и действующими КР, возможность использования реальных клинических данных в неограниченном количестве, дополнительная база фото-видео-аудио-материалов.

ВЛИЯНИЕ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ НА ПРОГНОЗ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Дроздова А.С., Зайцева Н. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор кафедры пропедевтики детских болезней Аминова Альфия Иршадовна
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Введение. Данная научная работа раскрывает проблематику стратегии энтерального питания у новорожденных детей с некротизирующим энтероколитом (НЭК), а также ее влияние на течение заболевания. На основании данных и обследований были выявлены факторы риска со стороны матери и ребенка. Установлено значение и влияние стартового питания после рождения в контексте рассматриваемого заболевания. Результаты данной

работы могут быть использованы во врачебной деятельности специалистов для профилактики и лечения развития НЭК у новорожденных.

Цель. Оценить влияние стратегии энтерального питания у новорожденных детей с некротизирующим энтероколитом (НЭК) на прогноз течения заболевания.

Материалы и методы. Одноцентровое обсервационное проспективное аналитическое когортное исследование 186 младенцев в возрасте от 2 дней до 2 мес. (96 мальчиков, 90 девочек) с установленным диагнозом НЭК различной степени тяжести, находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных ДГКБ №9 им. Г.Н.Сперанского МЗ РФ г. Москвы в 2016–2018 гг. Пациенты были распределены на 2 группы в зависимости от тяжести заболевания (Walsh и Kliegman): группа I – 124 (66,7%) новорожденных с легким течением НЭК (степень 1А, Б и 2А) и группа II – 62 (33,3%) пациента с тяжелым течением (степень 2Б и 3А, Б).

Результаты. Установлено, что факторами риска со стороны матери для развития тяжелых форм НЭК у новорожденных являются: возраст матери старше 40 лет (ОШ = 1,40, 95% ДИ 0,83–2,17), вспомогательные репродуктивные технологии (ОШ = 2,62, 95% ДИ 1,79–3,66), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОШ = 1,80, 95% ДИ 1,03–2,97), инфекционные заболевания во время беременности (ОШ = 1,37, 95% ДИ 0,69–1,90). Ранжирование факторов риска со стороны ребенка позволило выявить причинно-следственную связь с такими факторами, как бактериологическое обсеменение биосред (ОШ = 2,80, 95% ДИ 1,3–4,0), бактериемия, вирусемия (ОШ = 5,80, 95% ДИ 2,99–7,13), гестационный возраст 30–32 нед. (ОШ = 2,35, 95% ДИ 1,01–3,94), которые были значимыми только для легких форм НЭК. Диагностировано минимальное количество тяжелых случаев при комбинации грудного вскармливания и парентерального питания (16,7%), чаще формирование тяжелого НЭК отмечалось при стартовом кормлении в течении 5 дней грудным молоком (26,3%), молочной смесью (33,3%), сочетании грудного молока и смеси (5%) или у детей, не получавших кормление в связи с тяжелым состоянием после рождения (33%) ($p < 0,05$). Минимальное количество тяжелых НЭК выявлено среди детей, остающихся после 5-го дня на естественном (11,1%) и смешанном (11,1%) вскармливании ($p < 0,05$), максимальное – у детей, которые стартовали с энтерального питания и были переведены на искусственное вскармливание (50%). В случае длительного нахождения ребенка на энтеральном питании тяжелое течение НЭК выявлялось в три раза чаще ($p < 0,001$).

Выводы. Установлено, что частота формирования тяжелого НЭК зависит от характера стартового питания после рождения. Риск развития тяжелых форм НЭК снижается у новорожденных на грудном или смешанном вскармливании, при комбинации грудного вскармливания и парентерального питания, коротких курсах энтеральных пауз, чередовании энтерального кормления и энтеральных пауз. Полученные результаты могут быть использованы в практической деятельности неонатологов и педиатров для профилактики и лечения возможных осложнений развития НЭК у новорожденных детей.

ТЯЖЕЛАЯ АСФИКСИЯ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗВЕНО В РАЗВИТИИ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА

Клименко А. О.

Научный руководитель: Бец Ольга Георгиевна

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава
России, Курск, Москва

Введение. Понятие родового травматизма включает в себя различный спектр патологических изменений в организме новорожденного, причиной, или сопутствующим состоянием которых является тяжелая асфиксия. Она может играть существенную роль в качестве патогенетического звена возникновения родовой травмы. Данная патология, объединяет в себе нарушение целостности мягких тканей, костной системы, центральной и периферической нервной системы новорожденного ребенка, которая возникает во время родов, но полностью проявляется только через несколько часов после них. Продолжительная внутриутробная гипоксия, тяжелая интранатальная асфиксия увеличивают вероятность родового травматизма даже при нормальном течении родового акта. Из этого следует четкая закономерная патогенетическая цепь родовой травмы, обусловленная ускорением родов различными способами, которое ведет к асинклитическому вставлению головки и плечиков, что далее сопровождается изменениями головного мозга (несимметричным натяжением мозжечкового намета, мостовых вен, сдавлением мозга), спинного мозга, костных структур и др. Так же родовой травматический фактор, который вызывает не только механические повреждения, но и различные нарушения церебральной гемодинамики, является важнейшим перинатальным фактором, способствующим развитию ДЦП и других поражений нервной системы у детей.

Актуальность. Тяжелая асфиксия является высоким фактором риска родового травматизма новорожденных в качестве патогенетического звена и составляет порядка 41,9%.

Цель. Выявить и изучить особенности клинического статуса и результатов инструментальных исследований у новорожденных детей с различными видами родовых травм, а также определить закономерность возникновения родовой травмы новорожденных в зависимости от тяжелой асфиксии

Предмет исследования: тяжелая асфиксия как возможно патогенетическое звено возникновения родового травматизма у новорожденных.

Материалы и методы. В ходе научной работы был проведен ретроспективный анализ 81 истории новорожденных с наличием тяжелой асфиксии, а также элементами родового травматизма, 81 медицинская карта стационарного больного этих детей, находящихся на базе областного перинатального центра г. Курска в период с 2014 года по 2020 год. Группы были сформированы методом случайной выборки. Основным критерием отбора являлось наличие тяжелой асфиксии у новорожденных. Анализ данных строился на основании выявления количества новорожденных с родовой травмой, определения вида родоразрешения, а также соотношения новорожденных из данной выборки по полу и сроку родоразрешения. Также в исследование была использована группа контроля, созданная с помощью рандомизированного

исследования и включающая в себя 21 новорожденного (13 мальчиков и 8 девочек) без развития тяжелой асфиксии и родовых травм.

Результаты. Было определено, что в исследовании приняло участие 46 новорожденных мальчиков, что составило 56,25% и 35 новорожденных девочек – 43,75%.

Среди всех исследуемых путем кесарева сечения были рождены 28 новорожденных, подавляющее большинство – 53 новорожденных появились на свет естественным путем, что в процентном соотношении составило 34,375% и 65,625% соответственно. Во второй группе 80,9% детей родились в естественных родах.

Следующим пунктом в нашем анализе являлось определение срока родоразрешения исследуемых. Интерпретируя полученные данные, выяснилось, что 48 новорожденных появилось в срок (59,3%), а 33 ребенка были рождены на сроке 34-36 недель беременности, что составило - 40,7%. Дети второй группы были рождены на сроках 39-40 недель беременности (98,2%).

Нами определено, что среди всех новорожденных, рожденных с родовым травматизмом: кефалогематома наблюдалась у 12 новорожденных (31,5%), натальная спинальная травма и перелом теменной кости были зафиксированы у троих новорожденных и составили по 7,8%. Меньше всего было зафиксировано переломов правой ключицы – у двух новорожденных (5,2%) и переломов плечевой кости – у одного (2,6%).

Выводы. После проведения анализа структуры родового травматизма на основе историй болезни, было выявлено следующее: кефалогематома является самой частой родовой травмой среди всех исследуемых (31,5%), второе же место делят между собой натальная спинальная травма и перелом теменной кости, встречаемости которых по отдельности составила 7,8%, что совпадает с мировой статистикой, так как по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), различные родовые травмы случаются у 8-11% новорожденных, а микроповреждения получают до 75% малышей

Нами было также установлено, что подавляющее большинство – 53 новорожденных появились на свет естественным путем, и при оценке полученных данных по виду родоразрешения, мы сделали вывод о том, что у именно эти дети имеют большую вероятность получения родовой травмы, чем дети, рожденные путем кесарева сечения.

У детей с тяжелой асфиксией вероятность возникновения родового травматизма выше, чем у детей без него. Это было доказано в нашей статье с помощью сравнения двух групп исследуемых (первая группа включала в себя детей с тяжелой асфиксией и родовым травматизмом, вторая же группа представляла собой группу контроля), а именно сравнение статистических показателей: срок гестации, баллы по шкале Апгар, вес, рост, окружность головы и грудной клетки. Исходя из этого, было доказано, что тяжелая асфиксия является фактором риска возникновения родового травматизма

На основании полученных данных мы можем спрогнозировать вероятность возникновения родовой травмы у детей, рожденных в состоянии тяжелой асфиксии

Таким образом, в данной статье нами была рассмотрена группа новорожденных, которые подверглись явлению тяжелой асфиксии, что, в свою очередь, возможно, привело к возникновению родовой травмы, и дана оценка таких показателей как: пол новорожденных, вид и срок родоразрешения

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ С ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ, ЯДЕРНОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ДРУГИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Румбешт С.А., Морозова Е.М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры патологии человека,
Фокина Марина Анатольевна
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России,
Москва, Россия

Введение. В Российской Федерации в настоящее время гемолитическая болезнь новорожденных (ГБН) диагностируется у 0,9-1,0% детей. Серьезными осложнениями ГБН являются гемолитическая анемия, ядерная желтуха. С анемией связано гипоксическое повреждение центральной нервной системы, сердца и печени. Осложнения могут привести к снижению качества жизни детей, а ядерная желтуха – к ранней инвалидизации.

Цель. Изучить этиологию, патогенез, клинические проявления, методы профилактики, принципы лечения ГБН. Материалы и методы: электронные научные и медицинские журналы, статьи из медицинской базы данных PubMed. Результаты: показана взаимосвязь ГБН с развитием анемического синдрома и гипоксии, ядерной желтухи, синдрома холестаза и других проявлений. Рассмотрены формы заболевания, принципы постановки степени тяжести и осложнения. Указана специфическая и неспецифическая профилактика, методы диагностики и современные методы лечения.

Материалы и методы. Использовались электронные научные и медицинские журналы. Были изучены статьи из медицинской базы данных PubMed.

Результаты: Показана взаимосвязь анемического синдрома и гемической гипоксии с клиническими проявлениями и тяжестью заболевания, а также взаимосвязь заболевания с развитием гемолитической желтухи, корреляция с клиническими проявлениями и методами лечения.

Выводы. Представление о гемолитической болезни новорожденных на современном уровне позволит будущим врачам акушерам-гинекологам правильно проводить профилактику, назначать обследования и лабораторные исследования женщинам, планирующим беременность, и беременным женщинам. Это позволит своевременно поставить диагноз и снизить риск развития осложнений у ребёнка в дальнейшем, и, следовательно, уменьшить риск ранней инвалидизации детей и снижения их качества жизни.

**НАПРАВЛЕНИЕ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ».
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ РАБОТЫ.
КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ**

ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДА ОПЕРАЦИИ КАСАИ У ДЕТЕЙ С БИЛИАРНОЙ АТРЕЗИЕЙ

Исаева М.Х.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Дегтярева Анна Владимировна
ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства,
гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова Министерства
здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Введение. В структуре неонатального холестаза ведущее место занимает билиарная атрезия (БА) и составляет 25-45%. Портоэнтеростомия (ПЭ, операция Касаи) в настоящее время является золотым стандартом лечения БА.

Эффективность операции широко варьирует и составляет 20-40%. Основными критериями эффективности операции являются: появление окрашенного стула после операции (п/о), купирование желтухи, снижение уровня ОБ <34 мкмоль/л в течении 3-6 месяцев. Факторы влияющие на эффективность лечения до конца не изучены.

Цель. Сравнить клинико-лабораторные, ультразвуковые показатели до операции (д/о) и в ранний п/о период у детей с различным исходом ПЭ и построить прогностическую модель эффективности ПЭ.

Материалы и методы. В исследование вошло 166 детей с БА, которым была проведена ПЭ. В зависимости от эффективности ПЭ все дети были разделены на 2 группы.

Проведено сравнение клинических данных в 2 группах: срок гестации, масса тела при рождении, возраст на момент проведения ПЭ, показатели физического развития на момент проведения операции. Проведена оценка и сравнение степени выраженности фиброза по шкале Десмет. Клинические параметры: р-ры печени и селезенки д/о и на 14±3 стуки п/о. Лабораторные данные: количество тромбоцитов, альбумин, ГГТ, ХЭ, ХС, ЩФ, БО, БП, АЛТ, АСТ, фибриноген, МНО, ТВ, ПТИ и индекс APRI оценивались за 1-3 дня д/о и на 14±3 сутки п/о.

Были оценены и сравнивались УЗ данные, всем детям УЗИ проводилось за 3-7 дней д/о: толщина стенок ЖП, длина и ширина ЖП, размеры фиброзной площадки, диаметр воротной вены, диаметр печеночной артерии, индекс резистентности печеночной артерии, индекс Допа/Двв, размеры печени: правая доля передне-задний размер, левая доля передне-задний размер, длина и ширина селезенки. Статистическая обработка данных выполнена при помощи программы IBM SPSS Statistics 26 (США).

Результаты. Операция была эффективна у 69 (42%) пациентов-I группа, у 97 (58%) детей операция оказалась неэффективной-II группа.

При проведении сравнительного анализа клинико-лабораторных и ультразвуковых данных д/о между 2 группами статистически значимые различия были выявлены по уровню ХС ($p=0,018$). Проведенный анализ продемонстрировал, что уровень ХС д/о в группе с эффективной операцией был статистически значимо ниже, чем в группе с неэффективной. УЗ параметры д/о не имели статистически значимых различий у детей с различными исходами ПЭ ($p>0,05$). При сравнении частоты эффективности в зависимости от выраженности

фиброза по шкале Десмет у исследуемых статистически значимых различий не выявлено ($p=0,876$). Значимые различия выявлены по уровню ХС ($p=0,004$), ЩФ ($p=0,019$) ОБ ($p<0,001$), ПБ ($p<0,001$), а также АСТ ($p=0,038$) на 14 ± 3 сутки п/о, в группе с эффективной операцией показатели были статистически значимо ниже. На основании выявленных различий в 2 группах, была разработана прогностическая модель для определения вероятности эффективности операции Касаи методом бинарной логистической регрессии.

Полученная регрессионная модель является статистически значимой ($p<0,001$). Исходя из значений регрессионных коэффициентов, вероятность эффективности операции Касаи увеличивается при снижении показателей ХС $<5,41$ ммоль/л и ПБ $<56,3$ мкмоль/л, через 2 недели п/о, а также при более низкой степени фиброза. В дальнейшем проводился анализ ROC-кривых AUC составила $0,86\pm 0,04$ (95% ДИ: $0,78-0,95$). Чувствительность и специфичность модели составили 78,8% и 78,4%, соответственно.

Выводы. При исследовании предикторов д/о статистически значимые различия были выявлены в содержании ХС, а в п/о периоде: по уровню ХС, ЩФ, ПБ, ОБ и АСТ. Однако, при построении прогностической модели наиболее значимыми параметрами оказались ХС и ПБ на 14 ± 3 сутки п/о, а также степень фиброза печени. Значимость данных факторов была подтверждена ROC-анализом. Таким образом, уровень ХС $<5,41$ ммоль/л и уровень ПБ $<56,3$ мкмоль/л, на 14 ± 3 п/о в сочетании с минимальной степенью фиброза, свидетельствуют о высокой вероятности эффективности ПЭ.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВЫХ ОБРАЗЦОВ АППЛИКАЦИОННЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ ИМПЛАНТОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ IN VITRO

Северинов Д.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Липатов Вячеслав Александрович, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск, Россия

Введение. Тактика детского хирурга при повреждениях печени является одним из актуальных вопросов детской абдоминальной хирургии. Как правило, действия оперирующего хирурга определяются характером травмы и направлены, в первую очередь, на обеспечение эффективного гемостаза.

Цель. Исследование кровоостанавливающей активности (эффективности) новых образцов локальных губчатых аппликационных гемостатических имплантов в эксперименте in vitro.

Материалы и методы. Использовали новые образцы гемостатических губок (всего 7 групп согласно числу тестируемых образцов) на основе натрий-карбоксиметилцеллюлозы с технологическими модификациями, такими как химическая перезарядка, различные пластификаторы и добавление лекарственных средств (аминоуксусная и салициловая кислоты). Исследования проводили на базе лаборатории экспериментальной хирургии и онкологии

научно-исследовательского института экспериментальной медицины на базе ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России с соблюдением международных и отечественных норм гуманного обращения с лабораторными животными (под контролем регионального этического комитета). В качестве объекта исследования использовали нативную кровь 10 здоровых доноров-добровольцев, которую забирали из кубитальной вены непосредственно в момент эксперимента. В эксперименте оценивали изменения времени свертывания крови и определение массы и объема кровяного сгустка по разработанным методикам. Различия между группами определяли с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни и считали значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. Аминоуксусная и салициловая кислоты, входящие в состав образцов № 6 и № 7, в наибольшей степени усиливают гемостатическую активность полимерных губок по сравнению с другими исследуемыми образцами. Образцы № 2 и № 3 показали минимально положительный результат, что позволяет судить о низких кровоостанавливающих свойствах декстрина (образец № 3), а также частичной «перезарядке» химическим способом (образец № 2).

Выводы. Все экспериментальные образцы статистически значимо сокращают время образования кровяного сгустка, объем и массу сгустка крови по сравнению с нормальными показателями свертывания. Образцы № 6 и № 7 уменьшают время свертывания крови по сравнению с образцом № 1. Образцы № 2 и № 5 уменьшают массу сгустка по сравнению с контролем, а образцы 3, 4, 6 и 7 – ее увеличивают.

ПРИБРЕТЕННАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У РЕБЕНКА

Коновалова А.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Цепелев Виктор Львович
ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Введение и актуальность. Проблема лечения детей с инородными телами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) по-прежнему актуальна, в связи с повышением частоты проглатывания деталей от игрушек, монет, батареек в разные возрастные периоды. За последние 3 года наблюдения в нашей клиники, случаи инородных тел ЖКТ участились на 30,5%. Так же стали появляться хирургические вмешательства, причиной которых являются магнитные инородные тела.

Цель демонстрации. Представить клинический случай позднего выявления и успешного лечения ребёнка с тонкокишечной непроходимостью, вызванной магнитными инородными телами желудочно-кишечного тракта.

Описание наблюдения. Мальчик Т. 3 года, болен с 01.01.2022 г, когда появилась многократная рвота, желудочным содержимым, родители самостоятельно давали смекту, без эффекта. 03.01.2022 г вызвали бригаду

скорой медицинской помощи, ребенок доставлен в Краевую инфекционную больницу, где выставлен диагноз: Инфекционный гастроэнтероколит, неуточненной этиологии, средней степени тяжести Экзикоз? Брыжеечный мезоденит. 07.01.2022г появились боли в животе, ребенок был осмотрен хирургом, где данных за хирургическую патологию найдено не было, а после ректального осмотра у ребенка отошел замаскообразный обильный стул, в большом количестве впервые с 31.12.2021 г, так же прекратилась рвота. В вечерние часы ухудшилось общее состояние, ребенок стал вялый, не разговаривал, лежал на левом боку в позе "эмбриона" дежурный врач перевел больного в реанимационное отделение, где ребенку была выполнена рентгенография органов брюшной полости, на которой выявлены признаки кишечной непроходимости и инородные тела. Мальчик перегоспитализирован в отделение анестезиологии и реанимации Краевой детской клинической больницы. При поступлении ребенка состояние оценено, как тяжелое, за счет выраженного экзикоза, водно-электролитных нарушений. При осмотре живота, обращают внимание на себя конструированные, расширенные, перистальтирующие «маятникообразно» петли кишечника в верхних отделах живота. При ректальном осмотре ампулы прямой кишки пустая, через верхнюю стенку пальпируются шарообразные инородные тела. При сборе анамнеза у родителей удастся выяснить, что мальчик в течении трех дней до начала заболевания играл самостоятельно с пластилином и разными мелкими игрушками, в составе которых имеются магнитные и металлические конструкторы разных цветов и размеров. После предоперационной подготовки оперирован. При выполнении средне-срединной лапаротомии, к ране предлежат перераздутые петли кишечника, при дальнейшей ревизии определяются спавшиеся петли тонкого и толстого кишечника, обращает на себя внимание "сращение" между собой петель подвздошной кишки, при пальпации определяются округлые тела, которые при разделении магнитным притяжением сдавливают стенки кишечника между собой, затем последние были разделены и в зоне стояния инородных тел обнаружены перфорационные отверстия, из которых поступает тонкокишечное содержимое, в двух сегментах стенка кишки некротически изменена. Принято решение о сегментарной резекции подвздошных кишок, первый анастомоз был наложен на расстоянии метра, второй - 15 см от илеоцекального угла, так же при ревизии участка кишки между наложенными анастомозами, обнаружены 5 единичных перфорационных отверстия, которые были ушиты.

17.01.2022 г ребенок был переведен в отделение хирургии, где функция желудочно-кишечного тракта полностью восстановилась, 21.01.2022 г ребенок с выздоровлением выписан домой.

Заключение. Представленный клинический случай отражает важность пристального сбора анамнеза и дифференциально-диагностического поиска при наличии диспепсического синдрома.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДЕСТРУКТИВНО-ПРОДУКТИВНОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У РЕБЕНКА

Бегларян А.А.¹, Макеев А.В.²

¹*Ординатор II года кафедры детской челюстно-лицевой хирургии
МГМСУ им. А.И.Евдокимова*

²*К.м.н., ассистент кафедры детской челюстно-лицевой хирургии
МГМСУ им. А.И.Евдокимова*

Научный руководитель: д.м.н. профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой детской челюстно-лицевой хирургии, Топольницкий Орест Зиновьевич
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Минздрава России, Кафедра детской челюстно-лицевой хирургии, Москва, Россия

Введение и актуальность. Хронический остеомиелит челюстей у детей в России встречается часто, с преимущественным поражением нижней челюсти. По этиологии хронический остеомиелит у детей можно разделить на первично-хронический (неодонтогенный, небактериальный или «стерильный») и одонтогенный (бактериальный). Одонтогенный остеомиелит отличается воспалительным генезом и диагностируется с помощью сбора анамнеза, клинической и рентгенологической картин. В данной статье мы рассмотрим клинический случай деструктивно-продуктивного остеомиелита у ребенка в дошкольном возрасте и регенерации костной ткани при данной патологии после проведения хирургического вмешательства в объеме удаления патологических очагов с последующим образованием дефекта протяженностью от зуба 3.2 до второго этажа ВНЧС.

Цель демонстрации. описать клинический случай регенерации костной ткани у ребенка с хроническим деструктивно-продуктивным остеомиелитом нижней челюсти.

Описание наблюдения. Пациентка Д., 6 лет, поступила в наш стационар с жалобами на боль и отек в области нижней челюсти справа. Из анамнеза: 4 месяца назад пациентке был удален зуб 8.5 по поводу периодонтита, также была выполнена периостотомия в области нижней челюсти, получено сукровично-гнойное отделяемое, произведена ревизия послеоперационной области, вскрытие абсцесса подчелюстной области справа. Пациентка была направлена в Клинический центр «Челюстно-лицевой, пластической хирургии и стоматологии» МГМСУ им. А.И. Евдокимова».

Локальный статус при поступлении: конфигурация лица изменена за счет отека правой околоушно-жевательной, поднижнечелюстной областей. Визуализируется свищевой ход в поднижнечелюстной области справа с установленным ранее перчаточным дренажем. Открывание рта ограничено до 1 сантиметра. В полости рта: отсутствие причинного зуба 8.5 и зуба 4.6. Сглаженность переходной складки в области нижней челюсти справа, свищевой ход, открывающийся наружу, при зондировании получено гнойное отделяемое в объеме 2 миллилитра. По данным КЛКТ определялись как выраженные очаги

литической деструкции, так и фрагментированные луковичные периостальные наслоения. По данным УЗИ – признаки образования жидкостного характера мягких тканей поднижнечелюстной области. Поставлен диагноз: «Хронический деструктивно-продуктивный остеомиелит тела и ветви нижней челюсти» Проведена секвестрэктомия и удаление грануляционных тканей. При этом образовался дефект нижней челюсти протяженностью от зуба 3.2 до второго этажа ВНЧС. Интероперационно визуализировались отдельно лежащие костные фрагменты тела и ветви нижней челюсти, удалены, произведена ревизия раны, фрагмент венечного отростка ветви нижней челюсти визуализировать и удалить интероперационно не представлялось возможным по причине реактивного изменения окружающих мягких тканей. При проведении КЛКТ в послеоперационном периоде визуализируется костный фрагмент в подвисочной области (предположительно фрагмент венечного отростка). По данным КЛКТ через полгода после секвестрэктомии наблюдается частичное восстановление нижней челюсти по ходу дефекта с мезиальной и с дистальной сторон по типу восстановившегося тела нижней челюсти, имеющего кортикальную пластинку с двух сторон. Длина регенерата составила практически 3,25 см, что соответствует длине тела нижней челюсти с противоположной стороны. Также наблюдается построение регенерата, имитирующего головку мышечного отростка и венечный отросток. Протяженность дефекта в настоящее время значительно уменьшилась по сравнению с послеоперационным.

Заключение и выводы. На основе данного клинического случая можно предположить, что при должном послеоперационном ведении пациента с хроническим деструктивно-продуктивным остеомиелитом нижней челюсти после удаления воспалительных очагов с нарушением непрерывности нижней челюсти с сохранением костных участков, не имеющих очагов литической деструкции возможна регенерация костной ткани ввиду сохранности надкостницы, что позволит проводить дальнейшие реконструктивные операции в меньшем объеме.

ВЛИЯНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ БЛОКАТОРОВ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ НА ТЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Рогова А.А., Каличкин И.А.

Научный руководитель: к.м.н., доц. Шабалдин Никита Андреевич
ФГБОУ ВО Кемеровский Государственный Медицинский Университет,
Кемерово, Россия

Введение. Главной патогенетическим звеном болезни Пертеса является развитие прогрессирующей остеодеструкции. Приоритетным направлением в лечении является хирургическая коррекция формы головки бедренной кости с увеличением степени костного покрытия вертлужной впадины. На процесс деструкции кости при этом влияния не оказывается. Взгляд на консервативную терапию мало изменился за последнее столетие. Она остается труднопрогнозируемой и неэффективной при субтотальных и тотальных формах.

При этом в последнее время активный научный интерес проявляется в области изучения новых тактик антирезорбтивного терапевтического воздействия на процесс остеодеструкции, путем коррекции межклеточных и внутриклеточных сигнальных путей активации остеокластогенеза и остеобластогенеза.

Цель. Изучить течение хирургически индуцированного асептического некроза головки бедренной кости при применении терапии моноклональными блокаторами провоспалительных цитокинов в модельном эксперименте на крысах линии Вистар.

Материалы и методы. Модельный эксперимент был проведен на 18 крысах линии Вистар. Животным была проведена хирургическая операция по наложению плотной лигатуры вокруг шейки бедренной кости для создания асептического некроза. Крысы были разделены на 3 группы по 6 животных. Первая группа – группа контроля, не получала специфического лечения после индукции асептического некроза. Вторая группа получала моноклональный рецепторный блокатор IL-6, препарат сарилумаб, из расчета 15мг/кг в виде 3 инъекций с интервалом 2 недели. Третья группа получала препарат энбрел, являющийся ингибитором связывания ФНО- α с его рецепторами, по той же схеме.

Через 8 недель после начала эксперимента проведено биохимическое (ЩФ, кальций, фосфор), иммунологическое исследование крови (уровень IL-6, TNF- α), а также гистологическое и рентгенологическое исследование костной ткани. Животные были выведены из эксперимента путем декапитации.

Результаты и обсуждение. Фармакологическое действие генно-инженерных препаратов у крыс оценивалось по снижению концентрации провоспалительных цитокинов в иммунологическом исследовании крови. У групп получавших сарилумаб и энбрел концентрация провоспалительного цитокина, соответствующего фармакологическому действию, была снижена по отношению к группе контроля.

Восстановление локомоторных функций определялось путем измерения амплитуды шага. Крысы помещались в подкрашенную спиртовым раствором бриллиантового зеленого жидкость и отпускались на бумагу. Через 4 недели после наложения лигатуры у животных, получавших препарат сарилумаб, длина шага на стороне поражения и интактной стороне не имели значимых отличий (75 мм и 80 мм). В то же время крысы группы контроля и получавших препарат энбрел имели значимое отличие в длине шага на стороне асептического некроза и интактной стороне (60 мм и 80 мм соответственно).

Биохимическое исследование крови показало статистически значимое снижение уровня ЩФ у группы животных, получавших препарат сарилумаб (147,72 ЕД/л), что является показателем снижения остеорезорбции.

Наиболее яркие изменения препаратов бедренной кости у крыс контрольной группы. Макроскопически шейка бедренной кости истончена, головка склерозирована. Рентгенологически определяется остеопороз проксимального отдела бедренной кости, снижение высоты эпифиза. У крыс второй группы макроскопически препарат бедренной кости наиболее соответствовал здоровой

конечности. Рентгенологически - незначительное снижение костной плотности и высоты эпифиза.

Гистологически у крыс группы контроля отмечались более выраженные изменения костной ткани, включающие дистрофические изменения межклеточного, костного, хрящевого вещества, разрастание плотной соединительной ткани, гибель значительной части клеток. У группы животных, получавших препарат сарилумаб, костная и хрящевая структуры наиболее сохранены.

Выводы. Препараты моноклональных блокаторов провоспалительных цитокинов позволяют купировать асептическое воспаление при манифестации остеодеструкции. Наиболее перспективное направление в исследовании коррекции нарушений метаболизма костной ткани при манифестации процесса остеолитического является препарат моноклонального блокатора IL-6.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ: ВЕДЕНИЕ УРИНОПИОГЕМАТОКОЛЬПОСА У ПАЦИЕНТКИ С ДИСГЕНЕЗИЕЙ ГОНАД

Голубкова В.М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, главный внештатный специалист
гинеколог детского и юношеского возраста Москвы,
Караченцова Ирина Васильевна,
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение и актуальность. Под термином «нарушение полового развития» понимаются те врожденные состояния, когда анатомическое строение гонад не соответствует хромосомному полу ребенка или имеет неправильное анатомическое строение вследствие расстройства формирования половых органов в антенатальном периоде. Данная нозология встречается в популяции с частотой 1 на 4500 живорожденных детей. При этом, лишь 20% пациентов имеют конкретный генетический дефект, остальные - нормальный хромосомный набор и признаки вирилизации (ВГКН).

Цель демонстрации. Продемонстрировать сложность ведения пациенток с данной нозологией.

Описание наблюдения. Пациентка Ч., 13 лет, экстренно госпитализирована в приемное отделение ДГКБ по месту жительства с жалобами на боли в нижних отделах живота, возникшие накануне вечером, лихорадку до 38 С. Из анамнеза: врожденная дисгенезия гонад, кариотип 46XY, при рождении зарегистрирована в женском паспортном поле. В возрасте 1 г. 4м. проведен 1 этап феминизирующей пластики, двухсторонняя гонадэктомия в гинекологическом отделении РДКБ. Дальнейшее наблюдение детским гинекологом и эндокринологом – по м/ж. В возрасте 10 лет начата гормональная заместительная терапия.

В приёмном отделении произведено ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ ОМТ): полость матки расширена до 6,5 см, позади мочевого пузыря определяется образование 110x67x77мм, с мелкодисперсной двухфракционной взвесью, предполагаемый объем - 307 мл. Заключение: эхографическая картина гематокольпоса. Принято решение о проведении поисковой пункции гематокольпоса, содержимого не получено. Пациентка госпитализирована в хирургическое отделение, назначена антибактериальная, спазмолитическая и анальгетическая терапия. В динамике производилось УЗИ ОМТ: полость матки и шейка расширены до 85x82x123мм. Предполагаемый объем содержимого - 418 мл.

Родителями был подписан информированный отказ от госпитализации, ребенок был доставлен в клинику, где девочка была оперирована ранее. Результаты лабораторного обследования на момент выписки: лейкоцитоз $23,5 \times 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок 128 мг/мл.

Ребенок экстренно госпитализирован в РДКБ в отделение детской гинекологии, состояние по заболеванию тяжелое. В приемном отделении ОАК (cito): лейкоцитоз $23,69 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез 86,6%, С-реактивный белок 257 мг/мл. Гинекологический осмотр: урогенитальный синус 3 степени. Ректо-абдоминальное исследование: на высоте пальца пальпируется образование до 10 см в диаметре, тугоэластической консистенции, болезненное, напряженное (уринопиогематокольпос). Произведена экстренная уретроцистоскопия, дренирование влагалища. В просвете мочевого пузыря моча с мутной примесью. Устье влагалища бужировано, установлен катетер Нелатона, выделилось зловонное содержимое с примесью старой крови. В связи с тяжестью состояния по основному заболеванию, клинико-лабораторными данными, субфебрильной температурой ребенок переведен в отделение реанимации для проведения инфузионной и антибактериальной терапии. В течение первых суток по дренажу выделилось до 500 мл зловонного геморрагического отделяемого, за последующие дни пребывания в ОРИТе – 1100 мл. На 4 послеоперационные (п/о) сутки переведена в хирургическое гинекологическое отделение РДКБ, где была произведена частичная уретро-вагинопластика. На 5(10)-е п/о сутки пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендациями по поводу будущей госпитализации для принятия консультативного решения о дальнейшем ведении пациентки.

Заключение, выводы. Данный клинический случай является уникальным, так как в литературе не описано ни одного клинического наблюдения пациентки с уринопиогематокольпосом. Пациентов с пороками развития половых органов и органов малого таза в целом, необходимо наблюдать в крупных федеральных специализированных центрах гинекологами, эндокринологами, урологами и другими специалистами. Именно междисциплинарный подход позволит добиться максимальной эффективности в диагностике и лечении данных заболеваний.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЕВОЧЕК С ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Самыгин С.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры хирургии детского возраста им.
Н.В. Захарова. Городков Сергей Юрьевич

ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И.
Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Цель. Ретроспективный анализ результатов лечения девочек с объемными образованиями брюшной полости.

Материалы и методы. С 2011 по 2021 г было 40 девочек с объемными образованиями брюшной полости, из них 23 с патологией яичников, с гонадобластомой матки-1, с некрозом кисты правой маточной трубы-1, с гематокольпасом - 3, с крестцово-копчиковой тератомой - 8, с удвоением кишки 2, с тератомой корня брыжейки тонкого кишечника - 1, дермоидная киста забрюшинного пространства, области малого таза - 1. Оперировали лапароскопически 16 (конверсия - 1). Первичная лапаротомия – у 5 по поводу опухолей яичников и матки.

Результаты. Интраоперационно у девочек с гинекологической патологией диагностировали: киста яичника, осложненная перекрутом последнего (n=10), киста яичника осложненная кровоизлиянием (n=1), киста яичника - выполнена фенестрация кисты (n=3), цистаденома яичника (n=2), цистаденокарцинома (n=1), тератома яичника с некрозом (n=2), диагностическая лапароскопия – киста яичника без макроскопических изменений (n=1), деторсия придатков, без наличия объемного образования (n=1), гонадобластома матки (n=1); гематокольпос на фоне Hymen Imperforatus (n=2), гематосальпинкс слева, осложненное сальпингитом и местным отграниченным перитонитом, полное удвоение матки (n=1). Зависимость размера образования яичника от наличия перекрута определялась при помощи коэффициента корреляции Спирмена (связь прямая, слабая, зависимость признаков статистически не значима ($p>0,05$)).

Выводы. Достоверной связи между объемом кисты и наличием перекрута яичника нет. Измененный опухолью или кистой яичник чаще перекручивается.

ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ, РЕЗУЛЬТАТЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Сухова А.А., Джумалиев З.Т.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Завьялкин Владислав Александрович
ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава
России, Самара, Россия

Введение. Распространенный перитонит – тяжелая гнойно-септическая патология, требующая своевременного хирургического вмешательства и адекватной антибактериальной терапии. Не смотря на успехи в лечении в

последние годы, появление новых препаратов и тактик ведения таких пациентов, летальность при различных формах достигает 25-30%, а при присоединении полиорганной недостаточности до 80-90%.

Цель. Анализ причин, результатов и осложнений позднего оперативного лечения по поводу распространённого перитонита у детей.

Материалы и методы. Данное исследование было проведено на базе детского хирургического отделения СОКБ им. В.Д. Середавина. Материалом послужил наш опыт лечения 339 пациентов в возрасте от 1 до 14 лет с распространённым гнойным перитонитом (РП) различной этиологии. 188 больных (55,46%) поступили в реактивной стадии, 149 в токсической стадии (43,95%), и два ребенка были госпитализированы в терминальной стадии перитонита (0,84%). Причиной послужило, прежде всего, несвоевременное обращение родителей за медицинской помощью у 162 детей (68,35%) основной группы и 63 (61,76%) контрольной группы.

Результаты. Изучая наличие интраабдоминальных осложнений, нами выявлены следующие: оментит у 193 детей с распространённым перитонитом (41,42%), у 102 (21,89%) пациентов наблюдался илеит и/или тифлит, у 69 (14,81%) межпетельные абсцессы, в 8 наблюдениях (1,72%) подпеченочный абсцесс, у 7 детей (1,50%) тазовый, в 50 наблюдениях (10,73%) имелся периаппендикулярный абсцесс. В результате лечения у 5 пациентов (1,07%) возникли несформированные кишечные свищи, ранняя спаечная непроходимость наблюдалась у 11 детей (2,36%), у 8 (1,72%) - продолжающийся перитонит. Среди осложнений со стороны передней брюшной стенки и забрюшинной клетчатки: эвентрация возникла у 6 детей (1,29%), абсцесс подкожной жировой клетчатки и нагноение послеоперационной раны наблюдался у 7 пациентов (1,50%).

Выводы. Данное исследование показывает, диагностические ошибки, позднее обращение за медицинской помощью и пренебрежение рекомендациями об обязательной госпитализации детей раннего возраста при наличии у них болей в животе – то, что в сумме с анатомо-физиологическими особенностями организма маленького пациента, могут сыграть ключевую роль в развитии РП на разных стадиях. В свою очередь - всегда риск осложнений, порой несовместимых с жизнью.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ СОАВЕ И ДЮАМЕЛЯ

Самаль Е.О., Далецкая Е.В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Дегтярев Юрий Григорьевич
УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,
Республика Беларусь

Введение. История лечения пациентов с болезнью Гиршпрунга представляет собой прогресс разных методов оперативного лечения. В ГУ «РНПЦ Детской

хирургии» с 2016 по 2021 год наиболее часто выполнялись операции трансректального низведения толстой кишки (Де ла Торре) 69 операций (73,4%). Несмотря на ее распространенность в настоящее время операции при некоторых формах болезни Гиршпрунга остаются актуальными операции Дюамеля и Дюамеля-Мартин – 24 операции (23,4%).

Цель. Воспроизвести в эксперименте операционные доступы при операции Соаве и Дюамеля и выяснить возможные причины послеоперационных неудовлетворительных результатов.

Материалы и методы. Создавали модели операций Дюамеля и Соаве путем прерывания иннервации дистального отдела толстой кишки и органов мочеполовой системы крысы. Методика операции Дюамеля: проводили разрез отступя 3 мм по задней полуокружности кожно слизистого перехода прямой кишки, зажимом осуществляли диссекцию кишки по задней поверхности на расстояние 1 см. Методика операции Соаве: провели окаймляющий разрез отступя 3 мм от кожно слизистого перехода прямой кишки, зажимом осуществляли циркулярную диссекцию кишки на расстояние 1 см.. Послойное ушивание ран проводили отдельными узловыми швами. Животные были разделены на три группы: первая с созданным экспериментальным моделью операции Дюамеля, вторая—операции Соаве, третья – контрольная группа здоровых животных. Фиксировались общее состояние животных, измерялась окружность живота крыс, кратность актов дефекации, объем и характер каловых масс, проводилось гистохимическое исследование активности ацетилхолинэстеразы в разных отделах толстой кишки. Условия содержания всех групп животных были идентичными, что позволило оценить их поведенческие особенности. Через три недели животные выводились из эксперимента методом передозировки инголяционного анестетика.

Для анализа клинической картины и использованных методов диагностики и лечения проводили анализ историй болезни пациентов с болезнью Гиршпрунга, находившихся на лечении в ГУ «РНПЦ Детской хирургии».

Результаты. У животных первой группы среднее количество кала в сутки составило 37,5; у животных второй-36; контрольной -44. Удаление плотного содержимого достигалось компрессией живота крыс. У животных первой и второй группы отмечался несформированный, глинообразный характер кала, объясняемый обтеканием сформированного плотного калового камня, у животных контрольной группы при одинаковом характере кормового и пищевого режима стул был плотной консистенции. При вскрытии животных через три недели установлено: каловые массы в экспериментальной группе животных были расположены на протяжении 5 см во всей терминальной части толстой кишки (в контрольной группе – на расстоянии 2 см). Отмечалось увеличение в диаметре дистальных отделов толстой кишки у экспериментальных животных на 30% по сравнению с контрольной группой животных. Проводилось гистохимическое исследование биопсийного материала (стенка дистального отдела толстой кишки) - изучалась активности ацетолхолинэстеразы.

Выводы. Предложенные методики операции позволяют воспроизвести модели операций Соаве и Дюамеля в эксперименте, и объяснить причины неудач

в клинической практике. Причиной осложнений, возникающих после операций Соаве и Дюамеля является нарушение парасимпатической иннервации кишки и органов мочеполовой системы, возникающее при диссекции и низведении ее на промежность.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧКИ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПОЗИЦИИ РЕНТГЕНО-ПЛАНИМЕТРИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ

Пунтикова А.Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры хирургии детского возраста им. Н.В. Захарова. Городков Сергей Юрьевич – ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского Минздрава России, Саратов, Россия

Цель. Оценить дефицит почечной паренхимы при гидронефрозе (ГН) 3-4 степени у детей раннего возраста с позиции рентгено-планиметрических критериев.

Материалы и методы. 31 ребенок в возрасте 0-12 месяцев прооперирован по поводу обструкции пиелoureтерального отдела мочеточника. Односторонний ГН 4 степени выявлен у 23, двусторонний ГН 4 степени – у 3, двусторонний ГН 2-4 ст – у 5. Оперативные вмешательства выполнены в 35 случаях (у троих – с обеих сторон). Показанием к операции явился ГН 4 степени. Проведена оценка рентгено-планиметрических показателей размеров почек и почечной паренхимы в соответствии с физиологическими нормативами, оценка индекса почечной массы (ИМП) (в норме 0,2-0,3) и индекса почечной паренхимы (ИМПП) (в норме 0,17-0,18) по данным ультразвукового исследования почек, рентгеноконтрастных методов исследования (экскреторной урографии, компьютерной томографии).

Результаты. При одностороннем ГН 4 степени выявлено 3 варианта состояния почечной паренхимы: 1) дефицит паренхимы $\mu = 35\%$ ($s=5$) (при норме 50%) был у 7, что сопровождалось снижением ИМПП до 0,1. 2) нормальное значение объема почечной паренхимы $\mu = 51\%$ ($s=3$) отмечено у 7. 3) увеличение размеров почечной паренхимы $\mu = 68\%$ ($s=10$) было у 9, что сопровождалось повышением ИМПП до 0,35.

При двустороннем ГН 4 степени у 3 детей отмечено симметричное поражение: у одного из них дефицит почечной паренхимы составил 25-26%; у второго – нормальные показатели паренхимы; у одного – двустороннее увеличение паренхимы 68-70%. У 5 детей с ГН было ассиметричное поражение. У них при ГН 4 степени отмечен дефицит почечной паренхимы до $\mu=32,8\%$ ($s=2$), а при ГН 2-3 степени с контралатеральной стороны имелись нормальные значения объема паренхимы.

Выводы.

1. при 2-3 степени ГН дефицит паренхимы отсутствует.

2. при ГН 4 степени возможно 3 варианта состояния почечной паренхимы: ее дефицит (30% случаев), нормальные показатели ее объема у 30% и увеличение объема паренхимы у 60%.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЧИН ДЕНТОФОБИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Журавлева А.А., Журбенко В.А.

Научный руководитель: ассистент кафедры стоматологии кафедры стоматологии детского возраста Журбенко Вероника Александровна
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Курск, Россия

Введение. В современном мире более половины людей испытывают страх перед врачом - стоматологом несмотря на то, что на сегодняшний день многие стоматологические манипуляции являются безболезненными

Дентофобия – это страх посещения стоматолога, проведение стоматологом манипуляций, лечения. Чувство страха появляется у человека как ответ на определенный фактор опасности. Самый простой способ справиться со страхами – это избегание источника страха. Чаще всего дентофобии подвержены дети дошкольного возраста. Основной ее причиной у детей, является страх неизвестности. Это происходит из – за того, что ребенок попадает в новое место – стоматологическая клиника, а также особенностями поведения родителей, которые используют фразы «не бойся», «не волнуйся, это не больно». Произнося их, ребенок не подозревает, что есть причина для тревоги, тем самым вызывая обратную реакцию, ребенок понимает, что существует опасность страха

При установке психологического контакта с пациентом, нужно помнить о том, что у детей дошкольного возраста есть определенные периоды интеллектуального развития. В возрасте до 2 –х лет – это сенсорно - моторный период, который характеризуется первичными ощущениями манипуляций, звуков, сигналов. В возрасте от 2 –х до 6 лет – префункциональный период, характеризующийся тем, что ощущения строятся на восприятии. Дети верят во все, что видят и слышат

Дети от 2- до 6 лет – являются самыми непростыми пациентами. Они не в состоянии управлять своим поведением, ведут себя непредсказуемо. Также возможен вариант того, что дети, сидя в стоматологическом кресле, ведут себя агрессивно, тревожно. С ними, врачу – стоматологу, нужно относиться особенно, подобрав предварительно подход

Цель. Определить эмоциональный статус детей дошкольного возраста, при посещении врача-стоматолога, и выявление причин, которые способствуют развитию дентофобии у детей

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 135 пациентов в возрасте от 2 –х до 6 лет. Было предложено ответить на вопрос: «Чего больше всего вы боитесь, на приеме у врача-стоматолога?» с выбором ответа: А) Уколов; Б) Боли; В) Звук стоматологической установки; Г) Другое и Д)

не испытывает страх. Также была использована рейтинговая шкала Франкла, которая позволяет рассчитать объективную оценку степени тревожности ребенка на стоматологическом приеме. Определяют четыре типа поведения детей: F1 – полностью негативное, т.е. ребенок отказывается от лечения; F2 – негативное, т.е. ребенок принимает лечение с трудом; F3 – позитивное, ребенок принимает лечение, с осторожностью, но выполняет требования врача; F4- полностью позитивное: ребенок спокоен, проявляет интерес к проводимым манипуляциям, имеет хороший контакт с врачом.

Результаты. К первому типу Франкла, относится 52 детей (из них 80% - в возрасте 2-х лет); ко второму типу - 44 детей (от 2-х до 3 –х лет), к третьему типу – 27 детей (от 4 –х до 5 лет) и четвертый тип – 12 детей (в возрасте 6 лет)

При анализировании анкеты было выявлено, что почти 59% опрошенных детей замечали страх болевых ощущений, 25% детей сказали, что боятся уколов, 6% пациентов боятся звука стоматологической установки и 10% отметили, что боятся врача - стоматолога по другим причинам

Выводы. Наше исследование показало, из-за чувства страха дети оттягивают посещение врача - стоматолога, и приходят только лишь по острой боли

Дети, которые имеют высокий уровень тревожности, должны посещать врача – стоматолога регулярно, так как их страх возрастает с увеличением периода времени, которое прошло с последнего визита. Врач – стоматолог детский должен развивать в себе качество хорошего психолога, уметь налаживать контакт с родителями и их детьми, для того, чтобы в дальнейшем провести качественное лечение и оставить хорошее представление о выполнении стоматологических манипуляций.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ХЕЙМЛЕРА

Озден К.А., Карева Е.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры детской, профилактической стоматологии и ортодонтии, Скакодуб Алла Анатольевна; д.м.н., профессор кафедры детской, профилактической стоматологии и ортодонтии

Мамедов Адиль Аскерович

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России,
Москва, Россия

Введение. Синдром Хеймлера - редкое наследственное заболевание аутосомно-рецессивного типа, вызванное мутацией в гене фактора биогенеза пероксисом (PEX1, PEX6) [Ratbi и др., 2015]. Впервые синдром был описан в 1991 году А. Хеймлером на примере клинических случаев мальчика 11 лет и девочки 9 лет, являющихся братом и сестрой [Heimler и др., 1991]. Пациенты страдают макулярной дистрофией, нейросенсорной тугоухостью, нарушением пигментации сетчатки, а также несовершенным амелогенезом постоянных зубов [Varela и др., 2020]. К 2019 году всего по миру было зарегистрировано всего 29 пациентов с синдромом Хеймлера [Gao и др., 2019]. Низкая встречаемость может

обуславливаться недостаточной диагностикой заболевания, что, в свою очередь, может быть следствием низкой осведомленности врачей. Это негативно сказывается на качестве жизни пациентов, так как при ранней диагностике синдрома и своевременных профилактических мерах, можно избежать серьезных последствий болезни. Уникальность нашей работы заключается в том, что до этого момента данный синдром не был выявлен в России

Цель. Повысить уровень диагностики и стоматологического лечения проявлений синдрома Хеймлера, за счет междисциплинарного подхода.

Материалы и методы. В ходе исследования на базе кафедры детской, профилактической стоматологии и ортодонтии ПМГМУ им. Сеченова осуществлялось клиническое ведение пациента с синдромом Хеймлера

Результаты. Пациент Х., поступил в возрасте 14 лет с жалобами на задерживание прорезывания постоянных зубов. В ходе сбора анамнеза были выявлены сопутствующие поражения зрительного и слухового анализаторов, пациент отправлен на генетическое исследование. В результате исследования была выявлена гипоморфная мутация в гене PEX-1, соответствующая синдрому Хеймлера. Учитывая, что изначально пациент обратился с жалобой на задерживание прорезывания постоянных зубов, первоначально была проведена стимуляция прорезывания, включающая удаление временных и разрушенных зубов (1.5, 1.6, 5.3, 6.3, 7.3), раскрытие ретинированных зубов и их экстрюзия. Следующим этапом стала хирургическая коррекция фиброзного разрастания мягких тканей десны. Пациенту также проводится ортодонтическое лечение по поводу открытого прикуса и отсутствия интерпроксимальных контактов. Несовременный амелогенез пациента был скорректирован терапевтически, с использованием композитных реставраций.

Выводы. Специалистам разных сфер медицины, особенно педиатрам и стоматологам, важно быть настороженными по отношению к синдрому Хеймлера и другим редким патологиям, так как полноценное их лечение и выявление невозможно без совместной работы. Ранняя диагностика заболевания и подтверждение диагноза врачом-генетиком должны играть ключевую роль в ведении данных пациентов.

БЦЖ-ОСТИТ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Тарасовец А.А.

Научный руководитель: ассистент кафедры травматологии и ортопедии и военно-полевой хирургии, Малькевич Владимир Михайлович,
УО «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

Введение. Высокая эпидемиологическая опасность такого заболевания, как туберкулез послужила причиной того, что одной из первых вакцин, прививаемых новорожденным, является БЦЖ. Иммунизация вакциной БЦЖ относится к наиболее важным мерам профилактики туберкулеза. Состав вакцины включает в себя живые ослабленные микобактерии коровьей туберкулезной бациллы.

Вакцинация новорожденным проводится на 3-5 сутки. Иммунизация детей препаратом живых аттенуированных бактерий сопровождается опасностью развития осложнений, среди которых наиболее тяжелым является специфическое поражение костей – БЦЖ-оститы.

По данным всемирной организации здравоохранения с повышением частоты заражения туберкулезом, растет и частота осложнений после профилактических мероприятий.

Интервал между прививкой и постановкой диагноза варьирует от 5 до 36 месяцев, составляет в среднем 15,5 мес.

Осложнения после вакцинации БЦЖ встречаются с частотой 0,02–0,004% от числа привитых новорожденных, а при ревакцинации еще реже — 0,001–0,0001% от числа ревакцинированных детей и подростков. Показатели распространенности БЦЖ-оститов значительно разнятся по данным разных авторов и составляют в среднем 1:3000–1:100 000 000 (в русскоязычной литературе) и 1:100 000 (по данным зарубежных авторов).

Симптомы БЦЖ-остита начинают появляться не раньше трех месяцев после вакцинации. Общее состояние при этом удовлетворительное, может наблюдаться незначительное повышение температуры тела

Клиническая картина болезни отмечается плавным началом. Заболевание проявляется небольшой опухолью мягких тканей возле сустава, впоследствии отмечается ограничение его подвижности, в редких случаях появление абсцесса

Материалы и методы. Изучение амбулаторной карты пациента, прививочного анамнеза, медицинского наблюдения за развитием знака БЦЖ, изучение анамнеза родственников пациента о наличии поствакцинальных осложнений.

Описание наблюдения. Пациент: 3 мальчик 01.02.2019 г.р 4 ребенок в семье

Из прививочного анамнеза:

Привит 04.02.2019- БЦЖ-М, серия 328/с10318 (срок годности до 10.2019), Россия;

Медицинское наблюдение за развитием знака БЦЖ;

05.03.2019 – на месте введения вакцины БЦЖ-М папула;

16.07.2019 – на месте введения вакцины БЦЖ-М рубчик 5 мм;

14.08.2019 – на месте введения вакцины БЦЖ-М рубчик 4 мм;

Жалобы пациента: на периодические боли в правом бедре.

Анамнез заболевания: со слов матери более с августа 1.08.2020 г., когда появились боли при движении в правой ноге, ребенок отказался от опоры на правую ногу. Накануне отмечалось проявление ОРВИ с повышением температуры до фебрильных цифр.

01.08.2020 был осмотрен врачом-педиатром в приемном отделении Гомельской областной детской клинической больницы (ГОДКБ), произведена рентгенограмма тазобедренных суставов. Был поставлен диагноз: «атралгия правого тазобедренного сустава», назначено амбулаторное лечение. Принимал флемоксин, фенкарол, ибупрофен

У ребенка сохраняется хромота. 07.08.2020 Родители обращается повторно в приемное отделение ГОДКБ. Осмотрен детским хирургом, детским ортопедом-травматологом, педиатром

Была выполнена рентгенография тазобедренных и коленных суставов-патологии не выявлено

Результат Общего анализа крови (ОАК): показатели в пределах возрастной нормы лейкоциты $9,7 \cdot 10^9$ /л; Нв 113 г/л ЦП 0,75. Количество палочкоядерных лейкоцитов в норме, СОЭ 11 мм/ч. Ребенок продолжил лечение амбулаторно, получал «Зиннат перорально», ибупрофен

За период лечения сохраняется хромота, ограничение опоры на правую ногу, периодически отмечается подъема температуры до фебрильных цифр. Ребенок был госпитализирован в педиатрическое отделение, где проведено стационарное лечение с 25.08.21 по 04.09.21. Осмотрен детским ревматологом, детским хирургом, детским травматологом.

При осмотре отмечалось увеличение в объеме правого коленного сустава, боль при движении в нем, и ограничение сгибания. Анализ крови лейкоцитоз до $12 \cdot 10^9$ /л; ускорение СОЭ до 28 мм/ч, формула крови в пределах возрастной нормы. Показатели биохимического анализа сохранялись в пределах нормы. С-реактивный белок 3,9 мг/ мл. Однако отмечалось повышение ЛДГ

25.08.2020 проведено повторное УЗИ обследование обоих коленных суставов. Правый надколенник контуры ровные четкие бурсита нет, целостность собственной связки надколенника не нарушены структура однородная бурсита нет. В верхнем завороте правого коленного сустава небольшое количество жидкости до 5.5 мл, эхоструктура жидкости однородная. Синовиальная оболочка до 3.5 мм суставные поверхности бедренной и большеберцовой костей ровные, структура не изменена, гиалиновый хрящ не изменен 3-е: синовит правого коленного сустава.

25.08.20 анализ крови на аутоантитела ANA 0/3(0-1-0U) Anti CCP IgG 12.7(0-20 Uml) PR3-ANCA 2,0 (0-5) MPO-ANCA 1,2(0-5).

28.08.21 реакция Манту с 2 ТЕ вк (серия 1034 0319 до 03.21Россия) правая рука гиперемия 14 мм Диаскин тест 0.1 млвк (серия АВ 01019 до 04.21 Россия) левая рука –отрицательный.

На основании и клинико- рентгенологических данных выставлен диагноз: ювенильный идиопатический (ревматоидный) артрит, олигоартикулярный вариант, серонегативный по РА АССР, активность 2ст, рентгенологически 0 ст ФК 1-2.

Проведено стационарное лечение с 25.08.21 по 04.09.2021 получал лечение цефотаксимом в/венно 350 мг 3 р/д, ибупрофен 100 мг 3 раза в день, бетаспан 1 мг в/ суставно однократно. Преднизолон в/венно капельно от 30 до 45 мг в течение 7 дней.

После выписки продолжил прием преднизолона в дозе 6 мг в сутки в течении 1 мес до ее снижения и отмены. Ибупрофен 100 мг 3 р/д. Инъекционно Методжект 7,5 мг в/мышечно 1 раз в неделю

Согласно рекомендациям, консультирован фтизиатром 17.05.21 (повторно) для проведения иммунологических проб на туберкулез (перед назначением метотрексата по основному заболеванию – ювенильный артрит) проба Манту 2 ТЕ – папула 10x14 мм. Диаскин тест – отрицательный. Выполнена рентгенограмма ОГК 21.05.21.-легкие и сердце в норме Консультирован фтизиопедиатром выставлен диагноз : Вираз туберкулиновой пробы Назначен изониазид 150 мг в день

За период лечения ребенок жалоб не предъявлял, активен.

06.12.21 мать обнаружила опухоль в области правого коленного сустава

Ребенок госпитализирован в детское травматологическое отделение областной детской клинической больницы, где проходил стационарное лечение 15.12.21 по 11.01.22.

Локальный статус: ходит активно, без хромоты. Определяется визуально и пальпаторно на наружной поверхности нижней трети правого бедра упругоэластичное опухолевидное образование, неподвижное, безболезненное, 5x5 см. Отмечается некоторое увеличенное в объеме правого коленного сустава. Кожная температура в отмеченных областях не нарушена.

Объем движений в коленном суставе полный, безболезненный.

16.12.21 Рг ОГК очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Была проведена рентгенограмма, УЗИ правого коленного сустава, на которых была выявлена полость в дистальном метаэпифизе правого бедра, УЗИ-паракостальный затек в мягких тканях

16.12.21 проведено МРТ обследование правой нижней конечности, правого коленного сустава. На полученных изображениях в дистальном метаэпифизе правой бедренной кости определяется полость, заполненная патологическими массами неоднородной структуры, размер полости 55*26 мм. Патологические массы распространяются параоссально через кортикальный дефект кости (6 мм) в мягкие ткани задней латеральной поверхности. Размер параоссального компонента 66*33 мм. Патологический субстрат в полости коленного сустава

После введения контрастного вещества определяется его накопление преимущественно по контуру патологических масс. Прилежащие мягкие ткани отечны, подколенные паховые лимфоузлы справа увеличены до 7.7-11.7 мм в поперечнике.

Заключение: МР картина воспалительного изменения в дистальном метаэпифизе правой бедренной кости (абсцесс Броди) с формированием параоссального и внутрисуставного абсцессов.

16.12.21 Осмотрен врачом детским хирургом. Диагноз: Образование (киста)н3 правой бедренной кости больших размеров? хронический остеомиелит? реактивный инкапсулированный синовит верхненаружного заворота правого коленного сустава

Рекомендовано: проба Манту, пункция образования с бактериологическим и гистологическим исследованием материала

17.12.2021 проба Манту—папула 15x20 мм, диаскин тест отрицательный

20.12.21 Консультация фтизиатра. БЦЖ-остит? Правого бедра

Рекомендовано: иссечение натечного абсцесса с оболочками, санация полости бедра с гистологическим и микробиологическим исследованием, проведением бактериологического исследования на туберкулез Bactec, Genexper.

Операция 23.12.21: ревизия и санация гнойной полости с ее дренированием, установкой промывного дренажа, иссечение капсулы натечного абсцесса. На правое бедро и голень был установлен двухколенный стежне-спицевой аппарат для предотвращения угрозы патологического перелома бедра

В ходе операции выявлено в правом бедре и параоссально густое гнойное содержимое серого цвета, в полости кости с творожистыми массами. Удаленные костные ткани, содержимое капсулы натечного абсцесса и оболочки его направлены на гистологическое, микробиологическое исследование. Бактериологическое исследование методом Bactec, Genexper. Посев на микробную флору отрицательный.

Лабораторное исследование проведено методом GeneXpert от 24.12.2021 из ткани получены ДНК к МБТ, титр низкий, чувствительны к рифампицину при типировании выделена *M. bovis*. бактериоскопия на КУБ от 24.12.2021 – отрицательный. В дальнейшем- бактериологическое исследование на туберкулез Bactec MGIT960 посев от 24.12.21 до 04.02.2022 (завершение исследования): культура МБ не выявлена.

Проводилось в послеоперационном периоде лечение: рифампицин 150 мг. В день, изониазид 150 мг в день. Цефазолин 0,5 гр x 3 раза в сутки внутривенно. Проточное орошение правого бедра фурациллином, хлоргексидином, амикацином 210 мг ежедневно в течение 2 недель, 05.01.2022 г. дренажи удалены

Гистологическое заключение от 31.12.2021- гранулематозный остеомиелит с наличием эпителиоидноклеточных гранул казеозным некрозом гигантских многоядерных клеток по типу Пирогова-Ланганса. Данная клиническая картина характерна для туберкулезного остеомиелита (остита)

Лабораторное исследование проведено методом GeneXpert от 24.12.2021 из ткани получены ДНК к МБТ, титр низкий, чувствительны к рифампицину. при типировании выделена *M. bovis*. бактериоскопия на КУБ от 24.12.2021 – отрицательный.

В дальнейшем- бактериологическое исследование на туберкулез Bactec MGIT960 посев от 24.12.21 до 04.02.2022 (завершение исследования): культура МБ не выявлена.

Диагноз: БЦЖ остит дистального метаэпифиза правого бедра, холодный натечный абсцесс мягких тканей правого бедра. Операция 23.12.21 ревизия санация гнойной полости, иссечение оболочек параоссального натечного абсцесса установка проточного дренирования.

23.12.21 Установка аппарата внешней фиксации на правом м бедре и голени. Послеоперационный период без осложнений проводилось проточно-промывное дренирование очага инфекции с антисептиками и амикацином. 05.01.22 дренажи удалены

Осмотрен врачом фтизиопедиатром. После лабораторной верификации диагноза начата специфическая противотуберкулезная терапия. Раны зажили первично. Швы сняты. Проводится туалет кожи антисептиками в местах выхода спиц и стержней аппарата Илизарова

Выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии

Выводы. Данный клинический случай интересен тем, что пациент 3 прошел длинный диагностический путь. Это связано в первую очередь с полиморфностью симптоматики в начале развития патологии, и отсутствия специфической диагностики заболевания. Данное заболевание опасно из-за трудности его диагностики, при которой требуется совокупность анализов и исследований.

В данном клиническом случае первичный диагноз- ревматоидный артрит и назначение препаратов преднизолоном и Методжект затруднила диагностический поиск, поскольку симптоматика БЦЖ –остита приняла более стертый характер, что привело бессимптомному прогрессированию заболевания и развитию деструктивного процесса

Лечение БЦЖ-остита — это совместная работа фтизиатра и хирурга и заключается в раннем хирургическом вмешательстве с санацией очага, а также применении химиотерапии в течении 3-х месяцев в составе не менее 4-х препаратов: изониазид, рифампицин, этамбутол перорально и внутримышечно-амикацин

При выявлении деструктивных процессов в костных тканях у детей до 3-х лет, а по некоторым источникам до 4-х лет в диагностическом поиске необходимо помнить о БЦЖ-остите.

Однозначно полезным в диагностическом поиске будет являться проведение пробы Манту и Диаскин-теста. Однако постановка диагноза базируется на гистологической и бактериологической верификации с последующим типированием микобактерии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ OHVIRA (OBSRUCTED HEMIVAGINA AND IPSILATERAL RENAL AGENESIS) СИНДРОМА У ТРЕХМЕСЯЧНОЙ ДЕВОЧКИ

Савельева Ю.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры детской хирургии и урологии-андрологии им. профессора Л.П. Александрова Айрян Эдуард Каренович
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, России

Введение. Обструкция гемивагины и ипсилатеральная агенезия почки (Obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis – OHVIRA) или синдром Херлина-Вернера-Вундерлиха — редкая мальформация Мюллеровых протоков,

которая характеризуется триадой: удвоение матки, обструкция гемивагины и ипсилатеральная агенезия почки.

Мы приводим пример синдрома OHVIRA у трехмесячной девочки с тазовой дистопией и дисплазией правой почки, эктопией устья правой почки в атрезированную половину удвоенного влагалища с формированием уринокольпоса.

Описание наблюдения. Ребенок от 6 беременности, родился на 34 неделе гестации, первый из дихорионической диамниотической двойни (второй ребенок соматически здоров). Вес при рождении 2440 г, рост 43 см, 8/8 баллов по шкале Апгар. В возрасте 1 месяца пациентка перенесла первый эпизод острого пиелонефрита, по результатам ультразвукового исследования выявлена эктопия правой почки в малый таз

Выполнено комплексное обследование: УЗИ почек, цистография, экскреторная урография, компьютерная томография (КТ), цистоуретроскопия, вагиноскопия, исследование уровней онкомаркеров.

В ходе ультразвукового исследования обнаружено гипозохогенное овальное образование с четкими контурами размером 58.9x26.4x34.5 мм позади мочевого пузыря. Левая почка слегка увеличена, не дилатирована, 66x23 мм в размере, толщина паренхимы 10 мм

При проведении экскреторной урографии на серии урограмм выявлено наличие контрастных очагов в малом тазу на уровне S1-S2, определенные как эктопированная в малый таз правая почка с ослабленной функцией.

Была проведена КТ органов таза и брюшинного пространства с контрастным усилением, по результатам которой выявлено кистозное образование, по радиологическим признакам похожее на однокамерную кистозную тератому Дугласового пространства или огромный гидрокольпос, с низким накоплением контраста по периферии; в малом тазу визуализирована гипоплазированная правая почка с ослабленной функцией.

Уровни онкомаркеров (α-фетопротеин, хорионический гонадотропин) в пределах референсных значений

Цистоуретроскопия выявила смещение уретры влево; полное сдавление шейки мочевого пузыря; пролабирование задней стенки мочевого пузыря в просвет органа (смещена жидкостным образованием); устье левого мочеточника смещено к центру, подковообразной формы, не дилатировано, свободно проходимо металлическим зондом; устье правого мочеточника не визуализируется.

При вагиноскопии выявлено слепо заканчивающееся влагалище на расстоянии трех см от преддверья.

Была проведена операция, в ходе которой обнаружено опухолевидное тугоэластическое образование размером 8x7x7 см, стенки толщиной 3-4 мм, без признаков воспаления и экстенсивного роста, продолжающееся вверх в двурогую матку с визуально нормальными маточными трубами и яичниками с обеих сторон. Дугласово пространство свободно от кистозного образования, содержит

удвоенную матку. Забрюшинно рядом с мысом крестца обнаружено тугоэластическое образование ововидной формы размером 2x1 см, после рассечения брюшины визуально напоминающее почечную паренхиму. Обнаружен гипоплазированный и склерозированный мочеточник диаметром 2 мм, длиной 4-5см.

Интраоперационно рассмотрен вариант комбинации мальформации с эктопией мочеточника во влагалище и развитием уринокольпоса.

Произведена нефрэктомия дисплазированной правой почки и мочеточника с эктопированным отверстием. Под визуальным контролем со стороны промежности вскрыт уринокольпос; произведена перфорация гемивагины во вторую часть влагалища. В двойное влагалище установлен стент диаметром 12 Fr, удаленный через 15 дней.

На контрольной кольпоскопии через 2 месяца после операции влагалище свободно проходимо, без признаков стеноза.

Выводы. Данный случай и некоторые другие, описанные в литературе, не соответствуют классической триаде OHVIRA синдрома: удвоенная матка, обструкция гемивагины и агенезия ипсилатеральной почки. Детские хирурги и урологи должны быть осведомлены о редких вариантах аномалий почек и внутренних половых органов для правильной своевременной диагностики и лечения.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛИМФАНГИОМАХ ШЕЙНО-МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Заботина К.А., Жигулин Г.М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры детской хирургии и урологии-андрологии им. профессора Л.П. Александрова, Айрапетян Максим Игоревич ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет), Москва, Россия

Введение. Лимфатическая мальформация (ЛМ) - является врожденным пороком развития лимфатической системы. Развивается у эмбриона в результате секвестрации лимфатической ткани во время образования лимфовенозных мешочков, которые затем не сообщаются с остальной частью лимфатической или венозной систем. Позже секвестрированные лимфатические ткани расширяются, что приводит к образованию кист. Распространённость по данным разных авторов составляет около от 10 до 15% от всех доброкачественных новообразований у детей не зависимо от пола. Возникая во внутриутробном периоде, постепенно увеличиваясь в размерах, ЛМ становится заметной в первые годы жизни ребенка. Несмотря на доброкачественную природу образования, ЛМ может достигнуть огромных размеров, при этом сдавливая соседние жизненно важные органы и ткани приводя к нарушению их функций. Согласно последней классификации ISSVA 2018, ЛМ относится к простым

сосудистым мальформациям тип Па, подразделяется на крупнокистозную, мелкокистозную и смешанную формы, лимфовенозную мальформацию и другие редкие типы.

Актуальным и дискуссионным является вопрос хирургической коррекции обширных ЛМ сложной анатомо-топографической локализации, захватывающих несколько зон. При оперативном лечении образований такой локализации используются различные хирургические доступы: торакотомия, стернотомия, торакоскопия, комбинированные доступы. В последние годы при коррекции крупнокистозных форм области лица и шеи с успехом используют склеротерапию. Эффективность склеротерапии составляет 76-97% по данным различных зарубежных исследователей

Большое количество осложнений и рецидивов, отмеченных разными авторами при хирургической коррекции таких мальформаций, диктует необходимость поиска оптимальных методов лечения и дифференцированного подхода к выбору хирургического доступа.

В зарубежной литературе представлены единичные публикации лечения обширных ЛМ сложной анатомической локализации: средостенной и цервикоторакальной области

Цель: Улучшить эффективность лечения детей с обширными лимфатическими мальформациями шейно-медиастинальной локализации.

Материалы и методы: С 2008 года на кафедре было пролечено 22 пациента с лимфатическими мальформациями шейно-цервикальной локализации. Соотношение пациентов мужского и женского пола составил 2,5:1. Патологический процесс был локализован в верхнем средостении у 14 детей (из них 9 с цервикальной порцией), в переднем средостении – 5, в центральном средостении – 1, и в 2 случаях образование занимало оба гемиторакса. Выбор метода лечения и хирургический доступ определялся локализацией, топографоанатомическими особенностями и прогнозируемыми осложнениями. Было выполнено: склеротерапия блеомицином – 2, боковая торакотомия - 2, торакотомия (L-образным доступом) - 5, торакоскопия – 5 (из них у 3 пациентов интероперационно клипирован лимфатический проток), торакоскопия и цервикотомия – 5 и срединная стернотомия 3 пациентам.

Результаты: Интраоперационных осложнений не было. Длительность операций составила в среднем 90 минут. У 6 пациентов отмечены следующие послеоперационные осложнения: хилоторакс - 4, односторонняя релаксация диафрагмы -1 и дисфония -1. Превентивное клипирование лимфатического протока, стало эффективным способом профилактики хилоторакса и длительной хилореи. Склеротерапия при обширном процессе и сложной локализации стала эффективной альтернативой обширному хирургическому вмешательству с прогнозируемыми серьезными осложнениями. Выбранная тактика позволила достичь хорошего клинического результата у всех пациентов. Ни в одном случае нами не было отмечено рецидива заболевания.

Выводы: Дифференцированный подход при выборе метода лечения и хирургического доступа с учетом локализации и топографо-анатомических особенностей ЛМ, позволил значительно уменьшить количество осложнений и избежать рецидивов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ МИОФИБРОПЛАСТИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Суходольская О.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры детской хирургии и урологии-андрологии им. профессора Л.П. Александрова, Айрапетян Максим Игоревич ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет), Москва, Россия

Введение. Воспалительная миофибробластическая опухоль (ВМО) – это, согласно последней классификации ВОЗ, мезенхимальное новообразование с промежуточным злокачественным потенциалом (редко метастазирующее). Редкое заболевание с общей распространенностью примерно 0,04-0,7%. Данное заболевание встречается во всех возрастных группах, но чаще всего поражает людей младше 40 лет, особенно детей и подростков, более чем в 35% случаев. У новорожденных и детей грудного возраста встречается редко

ВМО представляет собой подгруппу «воспалительных псевдоопухолей» и состоит из коллагена, воспалительных и веретенообразных клеток, относящихся к миофибробластам. Данная патология в научной литературе описывается целым рядом синонимичных названий: воспалительная псевдоопухоль, плазмноклеточная гранулема, фиброксантома, фиброзная гистиоцитома, псевдосаркоматозная миофибробластическая опухоль, инвазивная фиброзная опухоль трахеобронхиального дерева и др. Такое обилие терминов вызывает трудности при сборе данных. Различия в названиях связаны со значительным спектром морфологии, проявляемой поражением и характеризующейся различным соотношением фибробластических, фиброгистиоцитарных и гистиоцитоидных клеток, а также миофибробластических компонентов, располагающихся на фоне из воспалительных клеток, в первую очередь плазматических

ВМО – новообразование, которое предоставляет исследователям большое количество данных, в большинстве своем противоречивых, по поводу своей этиологии, патогенеза, лечения и прогноза. В связи с этим очевидна необходимость проведения международных, качественно спланированных клинических исследований ВМО у детей с целью расширения знаний в области этиологии и патогенеза данного заболевания и, в соответствии с этим, разработки единых стандартов диагностики, лечения и последующего наблюдения таких больных. Также, учитывая редкость заболевания среди педиатрического

населения, в будущем может оказаться полезным включение всех известных случаев в национальный регистр

Цель. Демонстрация опыта успешного лечения воспалительной миофибропластической опухоли торакальной локализации у детей

Материалы и методы. С 2017 пролечено 8 пациентов в возрасте от 8 до 17 лет с гистопатологическим диагнозом ВМО. Гендерное соотношение 7м:1ж. Шести пациентам диагноз поставлен по результатам предварительной биопсии. Опухоль располагалась в трахеи у 1 пациента, в левом главном бронхе -1, в легочной паренхиме у 6 пациентов. Были выполнены следующие варианты хирургического лечения: циркулярная резекция трахеи и бронхов - 2, торакоскопическая лобэктомия - 2, торакотомическая лобэктомия - 1, торакоскопическая анатомическая сегментэктомия - 2.

Результаты. Интраоперационных осложнений не было. Длительность операции составила от 80 мин до 190 мин. Во всех случаях удалось удалить опухоль целиком в пределах здоровых тканей (сегментэктомия, лобэктомия). Длительность наблюдений по протоколу от 1 до 3 лет, рецидивов отмечено не было ни в одном клиническом наблюдении

Выводы. ВМО бронхолегочной локализации - редкая опухоль у пациентов детского возраста. Радикальное хирургическое вмешательство (полное удаление опухоли), является основным методом лечения и профилактикой рецидивов.

онкология

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

ЛИМФОМА БЕРКИТТА У ДЕВОЧКИ 4 ЛЕТ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Писоцкая Ю.В., Устюжанина Д.В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент, заведующая кафедрой педиатрии №2
Бурлуцкая А.В.

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава
Росии, Краснодар, Россия

Введение. Лимфома Беркитта (ЛБ) – высоко агрессивная опухоль из иммунологически зрелых В-клеток. Термин «лимфома Беркитта» впервые появился в литературе в 1963 г. У детей ЛБ составляет около 30-50% всех лимфом, средний возраст манифестации 8 лет.

Цель. Проанализировать клинический случай лимфомы Беркитта у девочки 4 лет.

Материалы и методы. Материалом явилась история болезни пациентки. Проведён ретроспективный анализ анамнестических данных, течения заболевания, лабораторной и инструментальной диагностики и лечения у пациентки 4 лет с ЛБ.

Результаты. Девочка 4 лет поступила в хирургическое отделение ГБУЗ «ДККБ» г. Краснодара в августе 2019г. с жалобами на появление округлого образования, диаметром до 3 см в области правой боковой поверхности шеи. Из анамнеза заболевания известно, что в июле 2019 г родители обратили внимание на появление округлого образования на боковой поверхности шеи справа. Ребенок был осмотрен участковым педиатром, выставлен диагноз: «Неспецифический лимфаденит неуточненный». Назначена антибактериальная терапия - без положительной динамики. В августе 2019г появились жалобы на боли в области нижней челюсти, девочка госпитализирована в хирургическое отделение ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» г. Краснодар. Состояние при поступлении средней тяжести. Астеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. В области правой боковой поверхности шеи пальпируется округлое образование до 3 см в диаметре, плотной консистенции. Проведены лабораторные и инструментальные исследования. В результате обследования выявлены признаки острого воспаления в клиническом анализе крови – лейкоцитоз (лейкоциты - $25 \cdot 10^9/\text{л}$), лимфоцитоз (лимфоциты - $9 \cdot 10^9/\text{л}$), моноцитоз (моноциты $4,7 \cdot 10^9/\text{л}$). В биохимическом анализе крови повышение СРБ до 35 мг/л (норма до 10 мг/л), повышение уровня лактатдегидрогеназы до 531 Ед/л (норма до 240 Ед/л). УЗИ брюшной полости: спленомегалия, невыраженные реактивные изменения печени, поджелудочной железы, умеренное увеличение лимфоузлов брюшной полости. Компьютерная томография шеи, грудной клетки, органов брюшной полости и малого таза: лимфаденопатия шеи, средостения. Спленомегалия. Многоочаговое поражение обеих почек. Забрюшинная лимфаденопатия. Очаговой патологии головного мозга не выявлено. В миелограмме из 3 точек: мноморфная популяция бластных клеток 70,8% с морфологическими признаками дифференцировки лимфоидной линии (L3 по FAB-классификации). Выполнена биопсия шейного лимфоузла справа. Гистологическое исследование биоптата: фрагменты опухолевой ткани, представлены клетками средних размеров, плотно прилежащих друг к другу.

Ядро округлой формы, ядерный хроматин мелкий, одно или несколько ядрышек. Клетки обладают высокой митотической активностью, при малом увеличении создается картина «звёздного неба». Микроокружение представлено мелкоклеточным лимфоцитарным инфильтратом. На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования выставлен диагноз – лимфома Беркитта. Ребёнок был переведён в отделение онкологии и гематологии для дальнейшего лечения. В отделении назначено лечение по протоколу В – НХЛ 2004 маб. (глюкокортикостероиды, цитостатические препараты). Пациентка получала курсы высокодозной полихимиотерапии. Также осуществлялся контроль клинического и биохимического анализов крови, КТ грудной, брюшной полостей и малого таза. На фоне проводимой терапии наблюдалась положительная динамика: достижение полной редукции опухоли, в клиническом анализе крови – лейкоциты снизились до $7,39 \cdot 10^9/\text{л}$, количество СРБ уменьшилось до 24 мг/л.

Выводы. Так как представленная опухоль – самая быстрорастущая из всех злокачественных новообразований, этот клинический случай показывает, насколько важна своевременная диагностика для раннего выявления заболевания.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РЕДКОЙ ДЕТСКОЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шакирова Р.Р.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Ахметов Тимур Рустемович
ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава
России, Казань, Россия

Введение. Педиатрическая практика показывает, что очаговые поражения молочных желез выявляются в среднем у 5–12% детей, а возраст колеблется от 7 до 17 лет. Среди всех случаев часто оказываются пороками развития, на истинные опухоли приходится 1%. Говоря о доброкачественных заболеваниях молочных желез, чаще всего диагностируются фиброаденома, кисты молочных желез, очаговая гиперплазия, внутрипротоковые папилломы. Злокачественные опухоли молочной железы у детей исключительно редки, основным представителем является редкий тип инвазивного рака -секреторная карцинома молочной железы (СКМЖ). Первое упоминание в литературе приходится на 1966 год, на тот момент предлагалось название «ювенильная карцинома молочной железы». На настоящий момент в мире зарегистрированы случаи и у взрослых обоих полов со средним возрастом проявления 25 лет, причём соотношение лиц мужского и женского пола 1: 6.

Цель. Изучить гистологические и иммуногистохимические особенности редкой «детской» опухоли - секреторного рака молочной железы.

Материал и методы. Изучена литература с использованием ключевых слов «секреторный рак», “secretory breast carcinoma” за последние 15 лет. Проанализирован материал патологоанатомического отделения Республиканского онкологического диспансера Республики Татарстан за 2020 год. Среди 1900 исследований рака молочной железы обнаружен 1 случай

секреторной карциномы молочной железы у девочки 5 лет, проведён анализ данного случая.

Результаты. В изученном случае гистологически опухоль состояла из микрокистозных, альвеолярных и солидных структур. На основе морфологической картины установлен диагноз «секреторная карцинома молочной железы». При иммуногистохимическом (ИГХ) исследовании опухоль оказалась «трижды негативной» по классификации Allred (не наблюдалось экспрессии эстрогеновых и прогестероновых рецепторов, белка HER2). Классически «тройной негативный» рак считается более сложной для лечения опухолью, но, по данным литературы, в случае СКМЖ напротив отличается биологически доброкачественным течением. При ИГХ исследовании выявлена экспрессия цитокератинов (ЦК) 5 / 6, белка S100. В отличие от классических «трижды негативных» карцином в данном случае индекс пролиферации был низким, 8%.

По данным литературы СКМЖ связан с характерной сбалансированной транслокацией t (12; 15) и образованием слияния генов ETV6-NTRK3. Метастазы в лимфоузлы присутствуют в 15-35% случаев при обращении. СКМЖ – опухоль с благоприятным прогнозом, вялотекущей клиникой, низкой частотой системных поражений: отдалённые метастазы очень редки, однако описаны местные рецидивы через 10-20 лет после лечения.

Вывод. Секреторная карцинома молочной железы характеризуется «тройным негативным» фенотипом, однако отличается низкой пролиферативной активностью и благоприятным прогнозом при своевременном лечении.

АНАЛИЗ КОГОРТЫ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННЫМИ СИНДРОМАМИ КОСТНОМЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ВСКМН), ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ ВОЗРАСТА НА ИСХОДЫ АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ВСКМН

Карпунина У.Д.

Научный руководитель: к.м.н., Быкова Татьяна Александровна,
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России

Введение. ВСКМН представляют гетерогенную группу редких гематологических заболеваний, характеризующихся помимо аплазии кроветворения поражением других систем органов, что обуславливает многообразие клинических проявлений и трудность постановки диагноза. Особенностью данной когорты пациентов являются высокие риски развития трансформации в миелодиспластический синдром или острый миелоидный лейкоз (МДС/ОМЛ). Основным методом лечения является аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (алло-ТГСК), а эффективность метода напрямую зависит от сроков проведения.

Цель. Оценить эффективность основных методов диагностики, частоту встречаемости ошибочных диагнозов, частоту приживления трансплантата после алло-ТГСК, выявить факторы прогноза у пациентов с ВСКМН.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 48 пациентов с ВСКМН, наблюдавшихся в НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой, из них: диагноз анемия Фанкони установлен в 31,25% (n=15), анемия Даймонда-Блекфена была выявлена в 31,25% случаев (n=15), врожденный дискератоз у 12,5% (n=6), наследственная амегакариоцитарная тромбоцитопения – 8,3% (n=4), синдром Костмана и синдром Швахмана-Даймонда составили равные доли по 6,25% (n=3), наименьшие доли составили пациенты с диагнозами дизэритропоэтическая анемия и наследственная сидеробластная анемия по 2,1% (n=1). Количество трансформаций МДС/ОМЛ-12,5% (n=6). М: Ж=1,8:1.

Результаты. Возраст дебюта клинических проявлений -2,8 лет (0-28 лет). Диагноз установлен на основании: клинико-лабораторных данных у 35,4% (n=17) пациентов; специфических тестов (ДЭБ-тест, определение относительной длины теломер) -12,5% (n=6); результатов молекулярно-генетических исследований (NGS): 52,1% (n=25). Первоначально в 20 случаях был установлен неверный диагноз. В связи с этим проводилась терапия: глюкокортикостероидами у 14 пациентов, иммуносупрессивная терапия бы назначена 2 пациентам, препараты железа принимались 2 пациентами, внутривенное введение иммуноглобулинов - 2 случая, колониестимулирующие факторы -3 пациентам, витамин В12-1 пациент. Алло-ТГСК выполнена 35 пациентам (72,9%). Период от диагноза до ТКМ составил 3,2 года (0,7-32 лет). Родственный донор был выбран в 17,2% случаев (n=6); неродственный-71,4% (n=25); гаплоидентичный-8,6% (n=3). В качестве источника стволовых клеток были выбраны: КМ-71,4% (n=26); ПСКК-25,7% (n=9). Были использованы следующие режимы кондиционирования: миелоаблативный- 9 случаев (25,7%), немиелоаблативный– 26 пациентов (74,3%). Общая выживаемость трансплантационной группы составила 51%. Факторы, влияющие на ОВ: возраст на момент диагноза: 68% vs 26% (p=0,04) в группах до 4 лет и старше соответственно; возраст на момент алло-ТГСК: 86% vs 31% (p=0,007) в группах до 5 лет и старше.

Выводы. Алло-ТГСК эффективный метод терапии пациентов с ВСКМН. Возраст на момент постановки диагноза, а также на момент выполнения алло-ТГСК значимо влияет на ОВ пациентов данной когорты.

РАЗВИТИЕ МИЕЛОДИСПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЬЮ ШВАХМАНА-ДАЙМОНДА

Имиенецкая С.К., Серегина В.А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ларина Любовь Евгеньевна
ФГБОУ ВО РНИМУ им Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Синдром Швахмана-Даймонда (СШД) – наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, обусловленное мутациями в гене Shwachman—Bodian—Diamond syndrome-gene (SBDS) на 7-й хромосоме 7q11. СШД проявляется экзокринной недостаточностью поджелудочной железы, дисфункцией костного мозга и аномалиями скелета, а также может проявляться сердечными, неврологическими аномалиями и гематологическими нарушениями. Синдром Швахмана–Даймонда является редким заболеванием, его

распространённость в мире составляет 1 случай на 75 000 человек. После муковисцидоза СШД считается второй по частоте причиной экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

Описание наблюдения. Пациентка М. 14 лет, 11.01.2022 поступила в ГБУЗ Морозовская ДГКБ ДЗМ в гематологическое отделение с ранее верифицированным диагнозом хроническая лейкоцитопения, синдром Швахмана–Даймонда. При поступлении предъявляла жалобы на впервые выявленные анемию 1-2 степени, тромбоцитопению до 61 тыс/мкл после перенесенного ОРВИ.

Из анамнеза жизни известно, ребенок от 4 беременности, в семье трое детей, все с установленным диагнозом СШД, родители имеют бессимптомную форму заболевания. Пациентка М. росла и развивалась в соответствии с возрастом, в 4 года появились симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта.

Состояние при поступлении средней тяжести, сознание ясное, цвет кожных покровов и видимых слизистых бледно-розовой окраски. Гингивиты, стоматиты не отмечались.

По клиническому анализу крови от 11.01.2022: умеренная тромбоцитопения (количество тромбоцитов $133 \cdot 10^9/\text{л}$), анемия 1 степени (гемоглобин общий 91,0 г/л, количество эритроцитов $3,58 \cdot 10^{12}/\text{л}$), относительный лимфоцитоз (относительное количество лимфоцитов 52,3%), гранулоцитопения (относительное количество гранулоцитов 30,2%), моноцитоз (относительное количество моноцитов 17,5%), норма сывороточного железа (33,80 мкмоль/л), снижение показателей липазы (5,00 ЕД/л) и панкреатической амилазы (2,30 ЕД/л). Исследование Epstein-Barr virus VCA: положительно, >200 ЕД/мл (IgG).

По данным миелограммы от 12.01.2022: бластные клетки 1,4%, гранулоцитарный росток сужен, относительно увеличено количество лимфоцитов - 16,2%, имеются признаки мегалобластного кроветворения, а также фрагментация и уродливость ядер эритрокариоцитов.

12.01.2022 получены результаты цитогенетического исследования: обнаружены комплексные хромосомные перестройки, в том числе с делецией del(5)(q31). При исследовании методом FISH в 80% ядер обнаружена делеция del(5)(q31), в 13% ядер - моносомия 7. На основании данных цитогенетического исследования был диагностирован миелодиспластический синдром, рекомендована трансплантация гемопоэтических клеток, как единственный патогенетический метод терапии.

Отмечалась положительная динамика, 20.01.2022 пациентка была выписана из стационара, с рекомендациями о дальнейшем наблюдении педиатром, гематологом, гастроэнтерологом по месту жительства. Пациентка направлена в специализированное отделение для трансплантации костного мозга.

Заключение. Синдром Швахмана-Даймонда – редкое, неизлечимое заболевание, характеризующееся различными фенотипическими проявлениями и высоким риском развития миелодиспластического синдрома. На фоне нейтропении могут наблюдаться рецидивирующие вирусные инфекции. СШД требует непрерывной терапии и строгого контроля специалистов на протяжении всей жизни.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЕЗНИ ВИЛЛЕБРАНДА У ДЕТЕЙ

Тонких В.И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Киршина И.А.

ФГБОУ ВО Омский государственный медицинский университет Минздрава,
Омск, России

Введение. Болезнь Виллебранда (БВ) – фенотипически гетерогенная коагулопатия с аутосомно-рецессивным или аутосомно-доминантным типом наследования. Заболевание связано с количественными или качественными нарушениями в молекуле фактора Виллебранда (vWF). Высокая вариабельность не только клинических проявлений со значительным количеством легких и малосимптомных форм, но и лабораторных показателей (FVIII, vWF:RCo, vWF:FVIII, vWF) при БВ обусловлена генетическими мутациями в гене vWF.

Цель. Выявить основные диагностические маркеры болезни Виллебранда у детей.

Материалы и методы. Изучены данные анамнеза заболевания 25 пациентов с гемофилией и 13 пациентов с БВ. Статистический анализ полученных данных осуществлялся с использованием STATISTICA v.10.0. Проверка статистических гипотез проводилась путем выявления различий между сравниваемыми группами заболеваний с применением р-критерия Манна-Уитни для количественных признаков и Фишера – для качественных. Пороговым уровнем значимости было принято значение р менее 0,05.

Результаты. У детей с болезнью Виллебранда (БВ) значительно больше времени затрачивалось на диагностический поиск: при БВ 0,9 [0,4; 3,0] лет против 0,0 [0,0; 0,5] лет при гемофилии (Манна-Уитни, $p = 0,006$). Ведущим триггером первого эпизода геморрагического синдрома при БВ являлось спонтанное носовое кровотечение, что принято относить к одному из главных критериев диагноза БВ (Фишера, $p = 0,0001$). В то же время при гемофилии кровоточивость была спровоцирована в большинстве случаев малыми ятрогенными вмешательствами-внутримышечное введение препаратов, вакцинация согласно национальному календарю, а также забор крови из пяточки на исследование в роддоме. В ходе анализа лабораторных исследований выявлено, что при снижении уровня vWF наблюдается опосредованное дефицитом переносчика снижение уровня FVIII за счет его ускоренного разрушения. Однако при гемофилии активность фактора свертывания опускается до более низких значений, нежели при БВ: 0 [0; 20] % при гемофилии, 50 [30; 60] % при БВ (Манна-Уитни, $p = 0,0001$). Для дифференциальной диагностики БВ и гемофилии исследовался уровень vWF, показатели которого при гемофилии в наблюдаемой группе соответствовал 90 [80; 90] %, а при БВ – 20 [10;40] %. При исследовании агрегатограммы функция тромбоцитов была устойчива у всех пациентов с гемофилией, что не сказать о БВ (Фишера, $p = 0,0006$). При проведении коагулологического скрининга у пациентов с БВ в 46% случаев наблюдалось нарушение агрегации тромбоцитов с основным индуктором – ристоцетином (vWF:RCo).

Профилактическая терапия была назначена согласно действующим клиническим рекомендациям 18 (72%) пациентам с гемофилией и 3 (23%) детям с БВ (Фишера, $p = 0,006$). Гематомы (Фишера, $p=0,016$) и гемартрозы (Фишера, $p=0,006$) как наиболее частые поводы для обращения за медицинской помощью были характерны для детей с гемофилией. Основным же проявлением БВ, требовавшим проведения терапии в условиях стационара, являлось носовое кровотечение (Фишера, $p=0,035$).

Выводы. Подозревать БВ следует у пациентов мужского и женского пола со спонтанными носовыми кровотечениями, имеющих указание в наследственном анамнезе на аналогичные симптомы у родственников обоего пола, а также на обильные менструальные кровотечения у женщин. При лабораторной диагностике БВ наблюдаются умеренное снижение уровня FVIII, значительное снижение уровня vWF и нарушение агрегации тромбоцитов с ристоцетином. Дальнейшее течение БВ у детей допубертатного возраста характеризуется рецидивами спонтанных носовых кровотечений.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК ПРИ РЕЦИДИВЕ ОСТРОГО МИЕЛОИДНОГО ЛЕЙКОЗА

Махачева Ф.А., Валиев Т.Т.

НИИ ДОГ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им Н.Н. Блохина» Минздрава России, Россия, Москва

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Валиев Тимур Теймуразович

Введение. Острый миелоидный лейкоз (ОМЛ) представляет собой крайне гетерогенную группу злокачественных новообразований гемопоэтической ткани, что делает заболевание одним из наиболее сложных для диагностики и лечения. Иммунофенотипирование бластных клеток является обязательным методом диагностики и мониторинга ответа на терапию. Несмотря на современные высокоинтенсивные программы лечения, показатели 5-летней общей выживаемости (ОВ) не превышают 75%. Рецидивы и рефрактерные формы ОМЛ являются сложной терапевтической проблемой. Формирование рефрактерности и рецидива ОМЛ связано с персистенцией остаточных опухолевых клеток — минимальной остаточной болезни (МОБ) и формированием резистентных опухолевых субклонов. Для уточнения иммунобиологических основ развития рецидива ОМЛ перспективным является изучение профиля иммунологических маркеров опухолевой клетки.

Цель. Сравнить данные иммунофенотипа при инициальном ОМЛ и в рецидиве заболевания.

Материалы и методы. В анализируемую группу включены 26 пациентов с диагнозом ОМЛ, установленным в 1998 – 2015гг., у которых в последствии развился рецидив. Средний возраст – 6,5 лет (от 1 года до 16 лет). Соотношение по полу составило 1:1. Всем пациентам был выполнен

сравнительный анализ экспрессии следующих маркеров: CD7, CD10, CD13, CD19, CD33, CD34, CD38, CD56, CD64, CD117, HLA-DR. Иммунофенотипирование (ИФТ) опухолевого субстрата костного мозга при диагностике и в рецидиве ОМЛ проводилось методом 3–8 цветной проточной цитометрии на приборах BD FACS Canto II и FACScan (Becton Dickinson).

Результаты. При сопоставлении данных ИФТ первичного ОМЛ и в рецидиве заболевания отмечено, что в 80,7% случаев происходит изменение иммунологических маркеров. Экспрессия некоторых антигенов (CD7, CD13, CD56, CD64, CD117) в рецидиве была аналогичной таковой при инициальной диагностике ($p < 0,05$). Экспрессия антигена CD10 была обнаружена при диагностике на части бластных клеток только у одного пациента, что сохранялось и в рецидиве. Экспрессия антигена CD19 в 71,4% случаев переставала определяться при рецидиве в сравнении с инициальной диагностикой ОМЛ. Экспрессия антигенов CD33, CD34, CD38, HLA-DR достоверно не коррелировала при инициальной диагностике и в рецидиве ($p > 0,05$).

Выводы. Полученные результаты сравнительного анализа косвенно подтверждают теорию клональной эволюции, согласно которой рецидив ОМЛ развивается из иммунологически отличного от первичного клона опухолевых клеток. Данные о стабильности ряда антигенов опухолевых клеток при рецидиве ОМЛ в сравнении с первичным заболеванием могут быть использованы при мониторинге минимальной остаточной болезни на основе индивидуального лейкоз-ассоциированного иммунофенотипа.

РОЛЬ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Власова В.Е., Бланкова Т.И.

Научный руководитель: д.м.н., Ушакова Татьяна Леонидовна
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Глазные симптомы могут быть первым и возможно единственным проявлением системного злокачественного заболевания. Опухолевое первичное и метастатическое поражение орбиты встречается в клинике различных онкогематологических заболеваний: лейкозов, неходжкинских лимфом, гистиоцитозов. Несвоевременное направление таких пациентов к онкологу приводит к затянутой диагностике, и, соответственно, отдаляет сроки необходимого лечения, тем самым ухудшая прогноз выживаемости.

Цель. Изучить особенности и выявить факторы несвоевременной диагностики онкогематологических заболеваний у детей с офтальмологическими симптомами.

Материалы и методы. Исследование основано на ретроспективном анализе данных 10 пациентов, находившихся под наблюдением в Национальном медицинском исследовательском центре онкологии имени Н.Н. Блохина Минздрава России с января 2010 года по март 2020 года с онкогематологическими заболеваниями, которые сопровождались поражениями орбиты. Нами оценивались клинические особенности и длительность диагностики онкологического заболевания.

Результаты. Средний возраст клинического дебюта заболевания составил 67 мес. в диапазоне с 5 мес. до 16 лет. Соотношение девочек и мальчиков 1:4.

С большей частотой поражение орбиты наблюдалось при В-клеточных неходжкинских лимфомах (6 пациентов), в структуре которых в свою очередь преобладала лимфома Беркитта (3 пациента). Т-лимфобластная лимфома диагностирована у 1 пациента, миелоидная саркома орбиты - у 1 пациента, острый миелоидный лейкоз- у 1 пациента, лангергансклеточный гистиоцитоз - у 1 пациента.

При первичном поражении орбиты опухолевые массы чаще локализовались в верхних, латеральных и верхне-латеральных отделах (у 5 из 10 пациентов). При распространении из носовых пазух, что наблюдалось у 3 пациентов с лимфомой Беркитта, отмечалось поражение нижних и нижне-медиальных отделов, у двух отмечена локализация опухоли в нижне-латеральных отделах орбиты.

Родительский интервал составил 32 дня в диапазоне от 1 до 123 дней, первичный врачебный интервал – 35 дней в диапазоне от 15 до 63 дней, онкологический интервал – 17 дней в диапазоне от 2 до 31 дня, диагностический интервал – 67 дней в диапазоне от 26 до 163 дней.

Среди глазных симптомов, впервые замеченных родственниками пациентов, в половине случаев (у 5 из 10 обследуемых) отмечалась преходящая отечность лица и век, что не вызывало настороженности у родителей и врачей первичного звена. Вторыми симптомами по частоте были экзофтальм (2 из 10) и болевой синдром (2 из 10). При обращении в специализированный центр глазная патология была выявлена у всех пациентов, при этом экзофтальм наблюдался в 7 из 10 случаев, отёк век в 5 из 10. Такие симптомы как гиперемия век, птоз, болевой синдром, новообразование, определяемое визуально и при пальпации, выявлены в единичных случаях.

Выводы. Данное исследование показывает, что основные онкогематологические заболевания, такие как лейкозы, неходжкинские лимфомы и гистиоцитозы, в дебюте своего развития могут имитировать глазную и орбитальную патологию, о чем всегда необходимо помнить не только онкологам и онкогематологам, но в первую очередь педиатрам, офтальмологам и врачам общей практики. От онкологической настороженности врача любой специальности зависит ранняя диагностика и вовремя назначенное лечение, что позитивно повлияет на исход онкологического заболевания.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОБЛАСТНЫХ ЛИМФОМ У ДЕТЕЙ

Павлова Т.Ю., Валиев Т.Т.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Валиев Тимур Теймуразович
НИИ ДОГ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России, Россия, Москва

Введение. В структуре заболеваемости детей злокачественными новообразованиями неходжкинские лимфомы (НХЛ) находятся на 3 месте и представляют собой крайне гетерогенную группу опухолей. Лимфобластные лимфомы (ЛБЛ) являются вторым по распространенности вариантом НХЛ, на долю которой приходится 25-35% всех случаев НХЛ. Большинство, 75-80% - это лимфомы Т-лимфобластного происхождения (Т-ЛБЛ), 20-25% - В-лимфобластного (В-ЛБЛ), бифенотипические ЛБЛ встречаются очень редко. Опухолевые клетки при Т-ЛБЛ, как правило, являются позитивными в отношении терминальной дезоксирибонуклеотидилтрансферазы (ТdT), CD1a, cCD3, CD7, CD34 и CD99. В опухолевой Т-клеточной популяции ЛБЛ выявлена реаранжировка генов TCR: $\alpha/\delta(14q11)$, $\beta(7q34)$ и $\gamma(7p15)$. Характерной для опухолевых клеток при В-ЛБЛ является экспрессия ТdT, CD19, CD99, PAX5 и cCD79a, переменная экспрессия CD20 и CD10, а CD3 должен быть отрицательным. Миелоидные антигены, такие как CD13 и CD33, не исключают диагноз В-ЛБЛ, но коэкспрессия миелопероксидазы является определяющей для миелоидной принадлежности опухоли.

С использованием современных программ терапии, безрецидивная (БРВ) и общая выживаемость (ОВ) детей и подростков с ЛБЛ в настоящее время составляет 80%. Однако, показатели ОВ пациентов с рецидивирующим или рефрактерным течением ЛБЛ остаются невысокими – менее 10%. С учетом того, что острые лимфобластные лейкозы (ОЛЛ) и лимфобластные лимфомы морфологически и иммунофенотипически однородны, основным дифференциально-диагностическим критерием является вовлеченность костного мозга (к/м) в опухолевый процесс. Так, при поражении $к/м > 25\%$ устанавливается диагноз ОЛЛ, а при поражении $< 25\%$ - ЛБЛ. Учитывая тот факт, что ЛБЛ - опухоль с иммунобиологических позиций схожая с ОЛЛ, стандартом лечения ЛБЛ независимо от иммунологического варианта на сегодняшний день считаются протоколы лечения ОЛЛ группы ВФМ. Оценка отдаленных результатов общей, бессобытийной и безрецидивной выживаемости проводится совместно с группой больных ОЛЛ. В современной литературе ограничена информация о комплексных клинико-иммунологических особенностях заболевания, корреляции с эффективностью терапии у пациентов с ЛБЛ.

Цель. На основании иммунологических особенностей лимфобластных лимфом из клеток-предшественниц оценить эффективность проводимой химиотерапии.

Материалы и методы. В исследование включен 21 пациент детского отделения химиотерапии гемобластозов НИИ детской онкологии и гематологии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. Лечение проводилось по протоколам ALL IC-BFM 2002/2009 в период с 2002 по 2022 гг. Проведены анализ иммунологических особенностей, степень поражения вовлеченных структур и их влияние на результат терапии.

Результаты. Средний возраст больных, включенных в исследование, составил 7,5 лет, мальчиков было в 3 раза больше девочек. Из 21 пациента с ЛБЛ 19 (90,5%) была установлена Т-клеточная природа ЛБЛ, 2 (9,5%) – В-ЛБЛ. 5-летняя ОВ составила 90,5%. Большинство пациентов с Т-ЛБЛ имели диссеминированные стадии заболевания (III-IV) - 89,5%, поражение к/м отмечено в 33,3%. Прогрессирование Т-ЛБЛ было отмечено в 1 случае, когда полихимиотерапия второй линии также оказалась неэффективной. У 1 больного после окончания лечения был диагностирован рецидив, получена вторая ремиссия и проведена аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток.

Выводы. Лимфобластные лимфомы из клеток-предшественниц представляют собой иммунологически гетерогенную группу опухолей с преобладанием (89,5%) Т-ЛБЛ. Современная интенсивная программная полихимиотерапия позволяет добиться при ЛБЛ 5-летней ОВ у 90,5% больных. Дальнейшее совершенствование схем лечения предполагает включение молекулярно-направленных препаратов, уточнение прогностических групп риска и поиск возможностей снижения токсичности проводимой терапии.

АНАЛИЗ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕПАТОТОКСИЧНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У ДЕТЕЙ

Гурьева О.Д.¹

Научные руководители: д.м.н., профессор, Валиев Тимур Теймуразович^{1,2};
д.м.н., профессор, Савельева Марина Ивановна²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России; Россия, 115478 Москва, Каширское шоссе, 23;

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; Россия, 23242, Москва, Баррикадная ул., 2/1, стр. 1

Введение. Современные программы лечения острого лимфобластного лейкоза (ОЛЛ) являются высокоэффективными и позволяют добиться многолетней выживаемости и выздоровления у 90% больных. Тем не менее, проводимое лечение сопряжено с развитием токсических осложнений. Факторами, определяющими развитие токсических эффектов цитостатического лечения являются не только химиопрепараты, но и фармакогенетические характеристики. Одним из основных препаратов, используемых в протоколах терапии ОЛЛ, является метотрексат, лечение которым осложняется развитием гепатотоксичности (ГТ). При анализе фармакогенетических показателей было показано, что ГТ может быть ассоциирована с полиморфизмами в генах *ABCB1* и *SLCO1B1*. В данном исследовании мы рассмотрим взаимосвязь однонуклеотидных полиморфизмов (SNP) генов *SLCO1B1* (T521C rs4149056) и *ABCB1* (rs4148738 C>T, rs2032582, rs1128503, C3435T rs1045642) с развитием клинически-значимой гепатотоксичности у детей, получавших терапию высокодозным метотрексатом.

Цель. Оценить связь фармакогенетических показателей с гепатотоксичностью метотрексата при терапии ОЛЛ у детей.

Материалы и методы. Объект исследования - дети с ОЛЛ (n=53), средний возраст 7,5 лет, получавшие терапию препаратом метотрексат (в дозе >1г/м²) на базе НИИ ДОиГ ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России. Для оценки ГТ применялись лабораторные методы с использованием шкал токсичности NCI (CTCAE v5.0 2018 года). Для исследования полиморфизмов генов *ABCB1* и *SLCO1B1* использован метод ПЦР в режиме реального времени (прибор Applied Biosystems StepOne Real-Time PCR System, НИЦ персонализированной медицины ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России). Материал исследования – периферическая кровь. Забор материала производился однократно, независимо от сроков терапии метотрексатом. Для статистической обработки результатов использовалась программа SPSS Statistics 21.0. Анализ ассоциаций выполнен с помощью критерия χ^2 и точного критерия Фишера.

Результаты. Среди частот полиморфизмов гена *SLCO1B1* T521C rs4149056 в исследуемой популяции преобладал вариант ТТ - 84.9%, СС - 1.9%, ТС - 13.2%. Среди частот полиморфизмов гена *ABCB1* C3435T rs1045642 в исследуемой популяции преобладал вариант ТС - 41.5%, ТТ - 34%, СС - 24.5%, гена *ABCB1* rs1128503 преобладал СС - 41.5%, СТ - 30.2%, ТТ - 26.4%, ТС - 1.9%, полиморфизма rs2032582 преобладал GG - 43.4%, где GT и TT по 28.3%, полиморфизма rs4148738 преобладал аллель ТТ - 45.3%, где СС - 28.3%, СТ - 24.5%, ТС - 1.9%. Среди частот степеней тяжести гепатотоксичности в исследуемой популяции чаще встречалась 2ст. - 35%, затем 1ст. - 24.5%, 3ст. - 17%, 4ст. - 20.8%, отсутствие ГТ было у 1.9% пациентов. Оценка токсичности проводилась в постцитостатическом периоде, а взаимосвязь с полиморфизмами указанных генов оценена с помощью таблиц сопряженности, таким образом: Хи-

квадрат Пирсона для *ABCB1C* 3435T rs1045642 и ГТ составил 7.695, p-value 0.464, для *ABCB1* rs2032582 - 10.139, p-value: 0.255, для *ABCB1* rs1128503 - 10.910, p-value 0.537, *ABCB1* rs4148738 - 13.543, p-value 0.331, для *SLCO1B1* T521C rs4149056 - 9.095, p-value 0.334.

Выводы. Приведены результаты промежуточного анализа, которые не позволили продемонстрировать статистическую значимость ассоциации между исследуемыми признаками, несмотря на имеющиеся литературные данные (Maamari D. et al.). Как было отмечено, исследование будет продолжено с целью получения окончательных результатов. Таким образом, настоящие результаты показывают целесообразность дальнейшего изучения полиморфизмов генов, обеспечивающих транспорт и метаболизм цитостатиков, т.е. фармакогенетических аспектов токсичности. Индивидуализация терапии ОЛЛ с учетом фармакогенетических показателей и своевременного назначения препаратов сопроводительного лечения, возможно, позволит снизить проявления токсичности, в частности, высокодозного метотрексата, и избежать редукций доз химиопрепаратов.

ВРОЖДЕННАЯ НЕЙРОБЛАСТОМА: ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ (ОПЫТ НМИЦ ДГОИ ИМ. ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА)

Саломатина А.С.

Научные руководители: д.м.н., заведующий отделением клинической онкологии НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева, Качанов Денис Юрьевич, к.м.н., руководитель отдела изучения эмбриональных опухолей НМИЦ ДГОИ им.

Дмитрия Рогачева, Шаманская Татьяна Викторовна.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия
НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева Минздрава России, Москва Россия

Введение. Врожденные опухоли – это доброкачественные и злокачественные новообразования, возникающие на этапе внутриутробного развития и формирующиеся к моменту рождения. Нейробластома (НБ) является самой частой злокачественной опухолью периода новорожденности и составляет 26% от всех пренатально выявленных новообразований (Isaacs 2002). Сложность пренатальной диагностики и вариабельность клинического течения НБ требуют изучения данной проблемы.

Цель исследования. Представление анализа случаев нейробластомы, выявленной внутриутробно; описание особенностей течения заболевания, а также исходов терапии; разработка алгоритма ведения нейробластомы во время беременности и после рождения.

Материалы и методы. В анализ включено 29 пациентов, находившихся под наблюдением в НМИЦ ДГОИ им. Д. Рогачева за период 01.2012 по 07.2021 гг. (115 месяцев) с диагнозом «нейробластома», впервые заподозренным во время проведения ультразвукового исследования плода. Диагноз был установлен в соответствии с международными критериями. Стадирование по International Neuroblastoma Staging System, терапия проводилась по модифицированному протоколу NB-2004.

Результаты. В исследование включены 13 (45%) мальчиков, 16 (55%) девочек. Соотношение по полу – 0,8:1. Медиана срока гестации на момент выявления патологических изменений у плода (n=25) – 36 недель (разброс 28-40 недель). Наиболее часто обнаруженная патология трактовалась как объемное образование брюшинного пространства – 20/29 (70%) случаев, из них: образование надпочечника - 8/20, образование почки – 7/20. Образование органа брюшной полости выявлено в 7/29 (24%) случаев, из них: образование печени – 3/7, 1 случай – энтерогенная киста. Образование грудной полости - 2/29 (6,9%), из них 1 случай – внелегочная секвестрация. Медиана возраста постановки диагноза НБ – 1,9 мес. (разброс 0,4-12,7 месяцев). В 21/29 (72,4%) случаях диагноз НБ был установлен до 3-месячного возраста. В 26/29 (89,7%) случаях выявлено поражение надпочечников (в том числе билатеральное – 8/26), в 1/29 (3,4%) внеорганные образования брюшинного пространства, в 2/29 (6,9%) – заднего средостения. Распределение по стадиям: 1 стадия – 17/29 пациентов (58,5%), по одному случаю – 2, 3 и 4 стадии, 4S – 9/29 (31%). Распределение по группам риска: 28/29 (96,6%) детей стратифицированы в группу наблюдения, 1/29 (3,4%) – в группу промежуточного риска. 6/27 больных группы наблюдения с 4S стадией получали химиотерапию. В 3/29 (10,3%) случаях отмечено развитие рецидива/прогрессии. На 01.07.2021 г. все пациенты живы. Медиана длительности наблюдения – 46,9 месяцев (разброс 3,5-99,6 месяцев).

Выводы. Все случаи пренатально выявленной НБ были обнаружены в третьем триместре беременности, и в большинстве случаев окончательный диагноз был установлен в первые месяцы жизни. Отдаленный прогноз у анализируемой группы пациентов хороший (общая выживаемость – 100%). Однако, учитывая развитие жизнеугрожающих симптомов у части пациентов с 4S стадией, НБ требует проведения химиотерапии. Взаимодействие акушеров-гинекологов, врачей УЗ-диагностики, неонатологов, детских онкологов позволит правильно трактовать выявленные изменения у плода, разработать эффективную маршрутизацию пациентов, определить тактику родоразрешения и ведения новорожденных, избегая агрессивных подходов у пациентов с врожденной НБ, учитывая благоприятный прогноз заболевания у данных больных.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ С ЛЕЙКОЗАМИ

Анучина А.М., Бархатова А.А., Ковальская А.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Съемщикова Юлия Павловна,
ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет Минздрава
России, Иркутск, Россия

Введение. Лечение острых лейкозов сопряжено с высоким риском побочных эффектов, что является закономерным при высокодозной химиотерапии, и часто сопровождается нежелательными лекарственными реакциями, в том числе с поражением печени

Цель. Динамическая оценка поражений печени у детей с лейкозами на протяжении нескольких лет

Материалы и методы. Нами проанализированы 16 законченных клинических случаев по историям болезни, методом сплошной выборки. Полученные данные были систематизированы с учетом длительности наблюдения у врача онколога. В среднем, на каждый клинический случай - по 9 историй болезни. Суммарное число историй болезни, которое было проанализировано – 139

Возраст детей от 1,5 до 15 лет, средний возраст – 6,5 лет. Мальчиков - 6 (37,5%), девочек – 10 (62,5%). Основной диагноз: острый лимфобластный лейкоз - 14 (87,5%), острый миелобластный - 2 (12,5%)

Все дети получали химиотерапию по блоку VFM-ALL-90 (протокол Ia, протокол Ib, протокол M, протокол II, поддерживающая терапия). Период лечения детей - с 1996 по 2005 год, терапия согласно принятому протоколу VFM-ALL-90; обследование согласно стандарту, включая биохимические и вирусологические профили, ИФА и ПЦР на вирусные инфекции, в т.ч. HBV и HCV в связи с тем, что до 1999 года отсутствовала современная система контроля донорской крови, поэтому вероятность посттрансфузионных вирусных гепатитов была высокой

Результаты. По результатам анализа имеющихся изменений оказалось, что у всех детей в процессе высокодозной химиотерапии развивался синдром цитолиза: низкая степень активности у 7 детей (44 %) , средняя степень - у 6 (37%), высокая степень активности была зафиксирована только у 3 (19 %). Для большинства случаев было характерно повышение щелочной фосфатазы – 69%, а повышение билирубина зафиксировано только у 1 ребенка.

Ультразвуковые изменения заключались в виде гепатомегалии (50%), диффузных и диффузно - очаговых изменений печени (68%) в большинстве случаев.

По окончании терапии в 11 случаях (69%) экзогенных и структурных изменений печени не выявлялось, фиксировались реактивные и диффузные изменения без нарушений гемодинамики

Данные изменения возникали в основном во время терапии по протоколу ВФМ-ALL-90 (протокол Ia, протокол Ib), несмотря на сопроводительную инфузионную и гепатопротекторную терапию. Из гепатопротекторов использовали следующие препараты и их комбинации: эссенциале - 19%, гептрал -25%, карсил -63%, урсофальк - 31%, фосфоглив - 12% случаев.

Наряду с токсическим лекарственным гепатитом у 6 детей (37) % - было выявлено инфицирование гепатитом В, у 1 ребенка - гепатит С, и в 7 случаях (44)% - гепатиты В+С. Все формы были безжелтушными. Этой группе детей в период ремиссии лейкоза назначались противовирусные препараты: ламивудин - 12%, реаферон - 62%, интрон А – 6 % случаев. В процессе динамического наблюдения (9 лет) стабильная ремиссия была достигнута у большинства, а хроническое течение вирусного гепатита В+С было сформировано только у 3 детей. Выздоровление от острого лейкоза было достигнуто в 11 случаях

Выводы. Наличие серьезных заболеваний крови, в частности, разных вариантов острого лейкоза у детей, а также сопутствующего поражения печени различной этиологии, при своевременной комбинированной терапии позволяет достигнуть стойкой ремиссии и выздоровления в большинстве случаев.

«PEDIATRIC SECTION»

THE STUDY OF THE CORRELATION BETWEEN CHORIOAMNIONITIS AND GESTATIONAL AGE IN PREMATURE DELIVERY

Shuai Lv¹, Ye Li¹, Chunyang Feng¹, Dong Li²

¹Pediatric Department, Dalian Medical University, Dalian 116044, China ;

²Neonatology Department, Dalian Women and Children's Medical Group, Dalian 116037, China.

Aim. To investigate the effect of maternal pregnancy risk factors on the occurrence of histological chorioamnionitis (HCA) and the relationship between different stages of HCA on the gestational age of preterm infants.

Methods. This is a retrospective study that included 420 singleton preterm infants born in Dalian Municipal Women and Children's Medical Center from January 2019 to January 2022, and maternal data and placental pathology examination results were collected, according to the occurrence of histological chorioamnionitis (HCA), were classified into HCA group and non-HCA group. HCA group was subdivided into 3 stages, stage (1-3) group separately. Spearman correlation analysis was used to analyze the effect of each stage of histological chorioamnionitis on the proportion of gestational age (GA) segmentation of newborns, and unordered multicategorical logistic regression analysis was used to discuss the correlation between maternal age, maternal prenatal antibiotic exposure and placental histological chorioamnionitis.

Results. A total of 420 singleton preterm infants were included in the study, which were divided into HCA group (354 cases) and non-HCA group (66 cases). In HCA group, stage 1 group (234 cases), stage 2 group (100 cases) and stage 3 group (20 cases). In the non-HCA group, the percentages of gestational age were 4.5% (3/66) for <32 weeks, 24.2% (16/66) for $32 \leq GA < 33^{+6}$ weeks, and 71.3% (47/66) for $34 \leq GA < 36^{+6}$ weeks respectively. The number in the HCA stage 1 group was 17.5% (41/234) for $GA < 32$ weeks, 29.5% (69/234) for $32 \leq GA < 33^{+6}$ weeks and 53.0% (124/234) for $34 \leq GA < 36^{+6}$ weeks; Among stage 2 group, 39.0% (39/100) for $GA < 32$ weeks, 30.0% (30/100) for $GA < 33^{+6}$ weeks, and 31.0% (31/100) for $GA < 36^{+6}$

weeks. In stage 3 group 65.0% (13/20) was for $GA < 32$ weeks, 25.0% (5/20) for $32 \leq GA < 33^{+6}$ weeks, and 10.0% (2/20) for $34 \leq GA < 36^{+6}$ weeks, respectively. It showed that Histological chorioamnionitis was correlated with premature delivery ($P < 0.001$). Multifactorial logistic regression analysis showed that maternal prenatal infection and incubation period of premature rupture of membranes were the risk factors with HCA ($P < 0.001$). While maternal age, gestation-parturition, gestational diabetes mellitus, gestational hypertension, antenatal glucocorticoids application, and prenatal antibiotic exposure were not statistically significant comparing with the occurrence of histological chorioamnionitis ($P > 0.05$).

Conclusions. The maternal high-risk factors were associated with the occurrence of HCA, including prenatal infection and premature rupture of membranes; the higher the proportion of prenatal infection, the higher the incidence of HCA; and accompanying the longer the incubation period of rupture of membranes, the higher the incidence of HCA. More importantly, placental HCA is closely related to the birth gestational age of newborns; the higher the stage of HCA, may cause the lower the gestational age.

THE EFFECT OF NEONATAL REPEATED PROCEDURAL PAIN IN RAT AND EXPRESSION OF GLUCOCORTICOID RECEPTOR

Jing Xu¹, You-Hui Wang¹, Chuan-zhe Chen², Yu Zuo*, Dong Li²

From the ¹Department of Pediatrics, Dalian Medical University, Dalian, Liaoning, China and ²Department of Neonatology, Dalian Women And Children's Medical Group, Dalian, Liaoning, China.

BACKGROUND. Neonates underwent numerous painful procedures during their administration in hospital. Repetitive procedural pain may cause adverse consequences. This study was designed to test the hypothesis that exposure to repeated procedural pain early in life resulted in the short-term effect on pain thresholds and the long-term effects on spatial memory ability at puberty. And glucocorticoid receptor (GR) plays an important role in these adverse effects.

METHODS. All newborn rat pups underwent stimulation from P0 to P7. The left hind paws of the rat pups were stimulated four times per day at hourly intervals with needle-pricking (NP) or tactile stimulation (TS). Needle-pricking stimuli mean that a single 2-mm deep sterile needle (26G) pricks rapidly to the mid-plantar surface. Rats were weighted per week after delivery to explore the effect of the repeated pain. Pain thresholds were measured using the von Frey test on P8, P15, P22, P29, P36, and P43. A series of von Frey filaments were used to identify the mechanical withdrawal thresholds (MWTs) of the bilateral paws using the up-down method. Both hind paws were measured and analyzed by MWTs. Puberty rat behavior was also evaluated by Morris Water Maze (MWM) test from P44 to P49. The place navigation test was performed to assess the learning capacity of the rats from P44 to P48. To evaluate the memory capacity for the platform location of animals, the probe trial was intended on P49. All rats were sacrificed on P50. Immunohistochemistry (IHC) was performed to analyze GR protein expression in the hippocampus.

RESULTS. All newborn rats weighed almost the same at birth (NP group: 7.400±0.350; TS group: 7.478±0.429, $p=0.679$). The body weights of rats receiving various treatments increased with age. Although the rats exposed to the needle pricking had lighter body weights, the variations among groups were not statistically significant ($F(\text{age} \times \text{group}) = 2.047, p=0.067$). In von Frey test, 50% MWT for the right hind paws in all six groups failed to yield any significant differences. 50% MWT for the left hind paws increased similarly over time, the difference between the six groups was statistically significant. In the NP group, the 50% MWT was significantly lower than those in the TS group at P15, 22, 29, 36, and 43 (P15, NP group: 0.471±0.203, TS group: 1.019±0.711, $p=0.041$; P22, NP group: 0.326±0.137, TS group: 1.525±0.761, $p<0.001$; P29, NP group: 0.794±0.370, TS group: 2.994±1.524, $p=0.001$; P36, NP group: 2.184±1.517, TS group: 3.910±2.029, $p=0.058$; P43, NP group: 3.393±1.981, TS group: 8.127±1.974, $p<0.001$). The MWM's spatial-memory training proved effective during the acquisition trials. Compared with the T group, latency in the N group was significantly higher at P44-48 (P44, NP group: 51.248±4.511, TS group: 39.170±3.286, $p<0.001$; P45, NP group: 39.734±6.075, TS group: 27.603±2.616, $p<0.001$; P46, NP group: 27.006±3.149, TS group: 20.471±2.612, $p<0.001$; P47, NP group: 21.937±3.457, TS group: 18.453±1.934, $p=0.018$; P48, NP group: 21.796±3.120, TS group: 13.600±1.780, $p<0.001$). During the probe trial phase, a substantial discrepancy was

discovered in the times to find the original platform location in two groups on P50 (NP group: 0.667 ± 0.500 , TS group: 1.556 ± 0.527 , $p = 0.002$). Quantification of IHC staining demonstrated that needle pricking during the neonatal period significantly increased OD levels in the hippocampus at puberty (P50) compared with the tactile stimulation (NP group:

0.256 ± 0.026 , TS group: 0.167 ± 0.021 , $p < 0.001$).

CONCLUSIONS. Neonatal repeated pain produce exposure caused persistent mechanical hypersensitivity and the dysfunction of spatial-memory retention in puberty, while the HPA axis through GR levels' increasing maybe the potential mechanism of it. It is critical to implement timely and effective pain management during a vulnerable period

SPECIFICITY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF BONE TRAUMA IN CHILDREN

Zhonggen Bai

Second hospital of Dalian Medical University

Background. In orthopedic surgery, child's bone trauma injury frequency is not low, and there are many differences from adults in diagnosis and treatment due to the specificity of children's bones. Therefore, it is very important for orthopedic surgeons to accurately possess the characteristics of children's bones and the principles of treatment of children's fractures.

Method. We set out to review bone injuries in children and summarized current best practice of pediatrics with regards to management.

Result. The characteristics and treatment principles of fractures in pediatrics were outlined. And the we also summarized the common misunderstandings and qualifications of orthopedic surgeons in treating child patients. Strategies for conservative and surgical management are detailed depending on the pattern of injury. The management of bone injuries with or without internal and external fixations is also reviewed.

Conclusion. Orthopedic surgeons should learn more about children's osteopathy more abundantly, raise their level of treatment technology, and further improve their treatment skills to fit children's physiological characteristics, and they should go in the direction of specialization in the pediatric orthopedics.

DISTINGUISH BETWEEN NEUROBLASTOMA AND WILMS TUMOR BY ANALYSIS OF VOLATILE BIOMARKERS IN BLOOD

Running Title: volatile biomarkers in blood in cancer patients

Lu Liu¹, Zhang Xin¹, Tiejun Guo², Zhaozhu Li¹, Shulong Yang¹

¹ Department of Pediatric Surgery, Second Affiliated Hospital of Harbin Medical University, Harbin, China.

² Department of Histology and Embryology, Harbin Medical University, 194 Xuefu Road, Harbin, China.

Background. Distinguishing abdominal neuroblastoma from Wilms tumor is critical. However, it is difficult to discriminate solid masses using standard techniques. Volatile organic compounds (VOCs) biological sample (blood and urine, tissue) analysis is a novel approach that has recently been developed for the screening and diagnosis of diseases.

Methods. A total of 27 patients (neuroblastoma and Wilms tumor) were involved in the study. In addition to the cancer group, 15 healthy volunteers were included in the study. Solid phase microextraction–gas chromatography/mass spectrometry was used to assess the blood VOCs of the study participants.

Results. The VOCs exhibited significant differences between the neuroblastoma, Wilms tumor and healthy volunteers. 6, 4, and 5 characteristic metabolites played decisive roles in sample classification respectively.

Conclusions. Neuroblastoma tumor (NBL) and Wilms tumor (WT) patients have relatively specific volatile metabolite profiles. Analyses of blood VOCs appear to be capable of distinguishing between NBL and WT patients

RESEARCH PROGRESS ON STRUCTURE AND FUNCTIONAL MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF CHILDHOOD ABSENT EPILEPSY

Running Title: magnetic resonance imaging of childhood absent epilepsy

Yanan Li, BS, Pengfei Liu, MD, PHD

Department of Magnetic Resonance, The First Affiliated Hospital of Harbin Medical University No.23 Youzheng Street, Nangang District, Harbin, Heilongjiang Province, China

Background. Childhood absence epilepsy (CAE) is a common pediatric epilepsy syndrome accounting for 10% of all pediatric epilepsies with a relatively obvious genetic predisposition. With the development of magnetic resonance imaging technology, it is possible to explore the macroscopic changes in human brain precisely and noninvasively. The purpose of this report is to use these techniques to provide pediatricians with the latest research progress in this epilepsy syndrome.

Methods. Databases were searched systematically. Study selection and data extraction were done by two authors independently. Meta-analysis was performed using a bivariate random effects model when ≥ 5 studies were included.

Results. The prevalence of CAE findings was higher in studies using high resolution MRI sequences than in those using standard resolution sequences (4.3% v 1.7%, $P < 0.001$).

Conclusions. Abnormal brain structures and functions and associated brain networks in CAE patients were recorded based on magnetic resonance imaging, providing valuable insights into the pathophysiology and degenerative processes of CAE.

EMERGENCY THERAPY OF CONVERSIONS IN PEDIATRICS

Latipov A.J

Head assistant: Abdullaeva D.A
Andijan State Medical Institute Andijan

Relevance. The problem of convulsive conditions in children is one of the important problems of modern neurology, pediatrics and psychiatry. The main task of doctors in providing emergency care is to prevent the development of status epilepticus.

Purpose of the study. The purpose of this study was to study convulsive disorders in children and unify the provision of emergency care for them.

Material and Methods. To solve the set tasks, a survey was conducted of children with convulsive disorders entering the neuro-reanimation and neurological department of the Andijan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care. 20 children under 14 years old with convulsive disorders were examined. Of these, 12 boys (60.0%), girls 8 (40.0%).

Results and discussions. In 8 (40.0%) children, convulsive states occurred in full health, in 6 (30.0%) children, convulsive states were observed at high temperatures, in 2 (10%) children, seizures were noted after a traumatic brain injury, in 4 (20.0%) of children had seizures after exercise 4 (20%) had small seizures, of the retropulsive type, which were observed only in girls during awakening from sleep, 7 (35%) had large extended seizures, of which 3 children were noted with aura, tonic, clonic phases, in 4 only with a clonic phase, in 3 (15%) myoclonic convulsive seizures, manifested by sudden jerks or jerky movements of certain muscle groups, in 6 (30%) seizures of the type of absences, with a short-term shutdown oftwitching of the muscles of the face. According to the anamnestic information, clinical examination and paraclinical examination, hereditary burden was detected in 18.0% of cases, including epilepsy in relatives in 3.4% of cases, in one of the parents in 7.7% of cases. Other mental illnesses among first-degree relatives were noted in 6.9% of cases. All children admitted to the neuro-reanimation and neurological department of the emergency center were divided into two groups. The 1st group of children was treated with traditional methods of treatment, which were as follows: possibly an early start of treatment, the complexity of therapeutic measures. Unified emergency care scheme for convulsive conditions in children. 1. Cleansing enema, then 6% chloral hydrate solution up to 15-20 ml; 2. Magnesium sulfate solution 25% up to 5 ml. in / in; 3. Mannitol solution up to 200 ml. in / in, drip or lasix solution 0.5% 0.1 mg; 4. Sodium amytal solution 5% to 5 ml. in / in; 5. Seduxen solution 0.5% to 4 ml. 20 ml isotonic sodium chloride solution or 40% glucose solution IV. In group 2 children were treated with lymphtropic administration of anticonvulsants. Seduxen solution 0.5% 0.5 ml. administered by lymphtropic inject

Conclusions. The provision of emergency care according to a unified scheme was quite effective in preventing the development of recurrent seizures. With lymphtropic administration of seduxen, the effectiveness was even more pronounced. According to the study, children who received anticonvulsant therapy with lymphtropic administration adapted more quickly after suffering seizures, their somatic and mental state improved 3-4 days earlier, and the course of treatment was reduced.

FOOD PROTEINS IN HUMAN BREAST MILK AND PROBABILITY OF IGE-MEDIATED ALLERGIC REACTION IN CHILDREN: A SYSTEMATIC REVIEW

Daria Levina, Aysylu Gamirova, Anna Berbenyuk

Scientific advisor: Daniel Munblit, MD, PhD

First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Introduction. The presence of food proteins in human milk (HM) and consequences to child health have generated great interest in the allergy field, and the presence of food proteins in HM has been linked with the exacerbation of symptoms in allergic children, although systematic reviews of randomized controlled studies on colic and eczema did not show a benefit of maternal dietary exclusions. Parents often link unspecific symptoms (eg, crying, vomiting, or rashes) in infants during breastfeeding with IgE-mediated food allergy, but the link is very rarely confirmed by an oral food

challenge.⁶ In the presence of insufficient data, development of evidence-based clinical guidelines on the treatment of children with food allergy during breastfeeding is not possible. The consequence could be inappropriate restricted maternal diets or breastfeeding cessation in routine clinical practice.

High-quality investigation of existing data into the links between maternal diet, the presence of food proteins in HM, and child food allergy is needed.

Aim. The aim of the systematic review was to summarize the available evidence regarding the presence of food proteins in HM and assess the likelihood that food protein passage in human breast milk provokes IgE-mediated food allergic reactions.

Methods: This systematic review is reported in accordance with the recommendations set forth by the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) statement. The review was registered with the National Institute for Health Research's PROSPERO (PROSPERO 2019 CRD42019126901) on April 12, 2019. Bibliographic databases (MEDLINE, EMBASE) were systematically searched from inception to November 3, 2021. The data regarding the levels of food proteins detected in HM were extracted and compared with data from the Voluntary Incidental Trace Allergen Labelling (VITAL3.0) guide to assess the probability of food-allergic individuals to experience immediate type allergic reactions on ingesting HM.

Results: A total of 8339 articles were identified after the initial literature search. After the initial screening stages by article title and abstract, 50 articles were selected for full screening. After the data extraction step, 32 articles were selected for analysis. Of these, 14 assessed the excretion of cow's milk protein, 9 assessed chicken egg protein, 4 assessed peanut protein, 2 assessed wheat protein and 3 assessed the simultaneous excretion of cow's milk and chicken egg proteins. By comparing the excretion rates of the different proteins from our selected clinical trials with ED01 (minimum dose causing a reaction in 1% of individuals with a product allergy) and ED05 (minimum dose causing a reaction in 5% of individuals with a product allergy) calculated by the international working group within the

framework of (VITAL 3.0) we have obtained the following data. Among all intervention studies, only 2 out of 10 studies exceeded ED01 in cow's milk protein (3-5 milk samples out of 458), and among the 6 studies including 1,550 milk samples, egg protein did not exceed ED01 in any of them. Thus the probability of developing an IgE-mediated allergic reaction to breast milk in women eating cow's milk, egg, peanut and wheat is estimated to be approximately $\leq 1:1000$.

Conclusion. To our knowledge, this is the first systematic review that assesses and summarizes evidence on food proteins in HM and potential for IgE-mediated allergic reactions. Our data suggest that the probability of these being IgE-mediated allergic reactions to food proteins in HM is low.

Научное издание

«ТРЕТИЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ СТУДЕНТОВ
И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ»
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
(МОСКВА, 18–19 МАЯ 2022 Г.)

Сборник тезисов

Директор Издательства *А.В. Архаров*
Дизайн обложки *Е.В. Комаровой*

Подписано в печать 18.08.22. Формат 60 × 84/16. Бумага офисная.
Гарнитура Times. Усл. печ. л. 16,39. Печать цифровая.
Тираж 100 экз. Заказ № 220802а.

Издается в авторской редакции
на основе материалов и иллюстраций, предоставленных авторами.
Отпечатано с готового макета в типографии
Издательства Сеченовского Университета.
г. Москва, Зубовский бульвар, д. 37, стр. 2.
Тел.: +7 (499) 766-44-28
Официальный сайт: www.sechenov.ru