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

ПЕРВЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФОРУМ

СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ



ИНСТИТУТ ЭЛЕКТРОННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
15-17 МАЯ 2019 Г.
МОСКВА

Федеральное государственное

автономное образовательное учреждение высшего образования

Первый МГМУ им. И.М. Сеяенова Минздрава России

(Сеченовский университет)

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Научно-практической конференции

«Первый Всероссийкий педиатрический форум студентов и молодых ученых

с международным участием»

15-17 мая 2019, Москва

ОРГАНИЗАТОРЫ

ПАРТНЕРЫ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Научно-практической конференции «Первый Всероссийкий педиатрический форум студентов и молодых ученых с международным участием», 15-17 мая 2019 г., Сеченовский Университет, Москва

Все материалы опубликованы в редакции авторов

Содержание

Направление «Педиатрия». Научно-исследовательские работы. 11

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ КАК ВЕДУЩИЙ СПОСОБ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ 11

ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ О ВОЗМОЖНЫХ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ НА ВАКЦИНАЦИЮ И О ПОСЛЕДСТВИЯХ, К КОТОРЫМ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ЕЁ ОТСУТСТВИЕ 12

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА РОССИЙСКИХ И ИНОСТРАННЫХ УЧАЩИХСЯ ВУЗОВ КРАСНОДАРА 13

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ НА РАЗВИТИЕ И СРОКИ КУПИРОВАНИЯ БРОНХООБСТРУКЦИИ ПРИ БРОНХИТЕ 14

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 15

РОЛЬ КОНТРОЛЯ СО СТОРОНЫ ВРАЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ 16

РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ПАРАТРОФИЯМИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ 18

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕПАРАТОМ ОМАЛИЗУМАБ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ 21

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ 23

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА 24

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ 26

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНСУЛИНА ДЕГЛУДЕК ПОДРОСТКОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ 27

СВЯЗЬ АЛЛЕРГОАНАМНЕЗА И РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ 29

ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ 30

РЕГУЛЯЦИЯ БИОРИТМА СОН-БОДРСТВОВАНИЕ КАК ОДНА ИЗ СОСТАВЛЯЮЩИХ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА 32

РОЛЬ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ 33

ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ САТУРАЦИИ КРОВИ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА 34

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ 36

ФАКТОРЫ РИСКА КОРОНАРОГЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА БИШКЕК 37

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ 38

ВЛИЯНИЕ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ НА ДИНАМИКУ САМОЧУВСТВИЯ ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ 39

ОЦЕНКА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ФЕКАЛЬНОГО УРОВНЯ ЗОНУЛИНА И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-А У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ 40

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РЕФЛЕКСА БАБИНСКОГО У ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 42

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ. 44

ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ 45

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ АНТИБИОТИКАМИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ 47
ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПО ДАННЫМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ СК КДКБ Г. СТАВРОПОЛЯ 48
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ 49
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА АЛЬПОРТА 50
ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВИЛЬЯМСА 52
ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АЦЕТОНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ 54
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. САРАНСК 55
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТОЦИЛИЗУМАБА У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С ДЕБЮТОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДО 2-Х ЛЕТ 57
РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИБИОТИКОВ И ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ: МНЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ 58
ГЕМИАТРОФИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА. 59
АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ УРОКУЛЬТУР ESHERICHIA COLI У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ 61
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИМВП И ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ 62
СОСТОЯНИЕ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИИ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМ. 64
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ. 65
ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ 67
ОЦЕНКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЖАЛОБ У ШКОЛЬНИКОВ 69
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ UNGAL У ДЕТЕЙ С МИКРОБНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ. 71
ФАКТОРЫ РИСТА РАЗВИТИЯ НЭК 72
ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОПСОКЛОНУС-МИОКЛОНУС 76
ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ 77
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАЛИЗУМАБА ПРИ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 78
ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ (ХРМО): СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ 80
АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕИММУННЫХ ФОРМ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ 81
ХАРАКТЕРИСТИКА МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ 83
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г.КРАСНОДАРА 85
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ 87
ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ НА ПЕРВИЧНОМ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ 88
ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ВВЕДЕНИЯ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ПАУЗЫ (ЭП) НА ДИНАМИКУ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА (НЭК) У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ. 89
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТОКСОКАРОЗОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ. ПРОБЛЕМА, ПУТИ РЕШЕНИЯ 90

ВЛИЯНИЕ НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР ХРАНЕНИЯ ГРУДНОГО МОЛОКА НА УРОВЕНЬ ВАСКУЛОЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА. 91
STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ 94
ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С МУКОПОЛИСАХАРИДОЗАМИ 95
Направление «Педиатрия» Клинические случаи 97
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ ФАНКОНИ. 97
МУКОВИСЦИДОЗ ПРОТЕКАЮЩИЙ ПОД МАСКОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО БРОНХОЛЕГОЧНОГО АСПЕРГИЛЛЕЗА 98
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ. 100
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЛИКОГЕНОЗА IXB ТИПА У ДЕВОЧКИ 1 ГОДА 103
ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЛЕДДА ПОД МАСКОЙ СИНДРОМА ЦИКЛИЧЕСКОЙ РВОТЫ 105
СИНДРОМ ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА - НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ 106
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 108
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОВЕДЕНИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ ВИРУСНОЙ ДИАРЕЕЙ. 110
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С МУКОВИСЦИДОЗОМ И ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ 111
ВТОРИЧНЫЙ СИНДРОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT, КАК ФАКТОР НАСТОРОЖЕННОСТИ ПО ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗУ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ. 113
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ФОНЕ НЕДИАГНОСТИРОВАННОЙ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА 115
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Х-СЦЕПЛЕННОЙ АДРЕНОЛЕЙКОДИСТРОФИИ 117
АТИПИЧНАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПОДРОСТКА С ОЖИРЕНИЕМ И ВРОЖДЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 119
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ 122
МАССИВНАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ДЕВУШКИ-ПОДРОСТКА 123
БОЛЕЗНЬ КРОНА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 125
ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ 127
СИНДРОМ ЭЛЕРСА-ДАНЛОСА, ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. 129
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ДЖАНОТТИ-КРОСТИ 130
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЦЕЛЬВЕГЕРА С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ У НОВОРОЖДЕННОГО 132
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ VACTERL-АССОЦИАЦИИ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА 134
Направление «Детская хирургия». Научно-исследовательские работы 136
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ВНЕДРЕНИЕ ИМПЛАНТИРУЕМОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ДИСТАНЦИОННОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ 136
ПРЕДХИРУРГИЧЕКАЯ КОРРЕКЦИЯ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА 137
ПРЕДХИРУРГИЧЕСКАЯ ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА 138
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ 139

ОПЫТ ПОЭТАПНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ПРИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ПРИВРАТНИКА У ДЕТЕЙ 140
МЕТОДЫ ДИСТАЛИЗАЦИИ БОКОВОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ 141
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НИЗКОВОЛЬТНОЙ И ВЫСОКОВОЛЬТНОЙ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ У ДЕТЕЙ. 143
КОМПЛЕКСНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКОГО ОЧАГА ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ 145
ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ 147
ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОЗНО - КИСТОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ 149
ОКАЗАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА В ПЕРИОДЕ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА 151
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОПОТОЧНЫХ НАЗАЛЬНЫХ КАНЮЛЬ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЁЛЫМИ ПЛЕВРОПНЕВМОНИЯМИ, ОСЛОЖНИВШИМИСЯ ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ, НА ФОНЕ ТЯЖЁЛЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ 153
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИЕЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ И ЛЕГКИХ ПРИ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ 155
ЛАЗЕРНАЯ ВНУТРИТКАНЕВАЯ ТЕРМОТЕРАПИЯ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ: ФОТОТЕРМИЧЕСКИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ИЗЛУЧЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИНЫ ВОЛНЫ ИНФРАКРАСНОГО ДИАПАЗОНА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) 157
ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЭПИФИЗАРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 159
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ 161
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ 162
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОКЭКТОМИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ 163
ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ 164
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПА ДЛЯ «ВИДЕОБРОНХОСКОПИИ» ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ 165
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА. 166
ИНФОРМАТИВНОСТЬ АРТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. 168
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОМФАЛОЦЕЛЕ НОВОРОЖДЁННЫХ. 169
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ «ОТКЛЮЧЕННОГО» ОТДЕЛА КИШЕЧНИКА И БЕСШОВНОГО АНАСТОМОЗА 171
ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ. 173
ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ. 174
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА 175
ОПЫТ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ 176
МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ 177
ОДНОРЯДНЫЙ ПРЕЦИЗИОННЫЙ ШОВ – ПРИОРИТЕТ В ФОРМИРОВАНИИ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ У ДЕТЕЙ 179
ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ 181
РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ 183

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КОНЦА ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА 184

СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ СО СГИБАТЕЛЬНЫМИ КОНТРАКТУРАМИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ НА ФОНЕ ДЦП. 185

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ 186

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА ЛИТИЕВОЙ БАТАРЕЙКОЙ. 187

ПЕРЕКРУТ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ГБУЗ РМ ДРКБ г. САРАНСКА 189

СООТВЕТСТВИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ 300 КОЛОНОСКОПИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 191

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ «АОРТА-ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИЯ-ШУНТ» 192

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ И КОНСЕРВАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ОНМТ И ЭНМТ 194

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЛОГИСТИЧЕСКОЙ РЕГРЕСИИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТЕРАЛЬНОГО БУЖИРОВАНИЯ И СТЕНТИРОВАНИЯ (ТУС) ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА (ПУС) У ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ. 195

ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ НА ТРАНСФОРМАЦИЮ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 196

Направление «Детская хирургия». Клинические случаи 198

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА Л. 17 ЛЕТ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ И КОМБИНИРОВАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 198

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСХОДА ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА У РЕБЕНКА 200

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИАМЦИНОЛОНА И ПРОПРАНОЛОЛА 202

УДВОЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ У МЛАДЕНЦА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ 204

ТЯЖЕЛОЕ АБДОМИНАЛЬНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ. 206

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ, КРЫЛОНЕБНОЙ ЯМКИ, КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ И ПОЛОСТИ НОСА С ДВУХ СТОРОН, БОЛЬШЕ СПРАВА У РЕБЕНКА 208

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРЕКРУТА ТЕРАТОМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. 210

СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА С ЕДИНСТВЕННЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ СЕРДЦА И КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ 211

Направление «Неонатология» 212

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ 212

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ВЛИЯЮЩИХ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ 214

ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КОНСТАНТ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ (ОНМТ) И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА (ЭНМТ). 215

ДИНАМИЧЕСКИЙ ПРЕ- И ПОСТДУКТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ 217

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕГОЧНОГО ВАЗОДИЛАТАТОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ТЕЧЕНИЕМ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ 219

УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ 221
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ НАЗНАЧЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ЭРИТРОПОЭТИНА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАННЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ У ДЕТЕЙ С МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ МЕНЕЕ 1500 Г 223
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ БЕТА 2-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО 224
ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ФОЛАТАМИ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ 225
СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ 226
МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННЫХ. 228
КОМПЛЕКСНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ 230
РОЛЬ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА И ПАРАМЕТРОВ РЕТИКУЛОЦИТОВ В ПРОЦЕССАХ ФЕРРОКИНЕТИКИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ДИНАМИКЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА 232
ПУПОЧНАЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ. ВАЖНОСТЬ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ 234
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ. 236
ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 238
ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ВВЕДЕНИЯ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ПАУЗЫ (ЭП) НА ДИНАМИКУ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА (НЭК) У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ. 240
ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНОГО И РАННЕГО ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ 241
ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ И КЛИНИКИ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ В КЫРГЫЗСТАНЕ 242
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 244
Направление «Детская онкология и гематология» 246
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЯ ПОЧКИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧКИ 246
АФП – НЕГАТИВНЫЙ РЕЦИДИВ ГЕПАТОБЛАСТОМЫ 248
НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ОНКОПЕДИАТРИИ 249
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА FV LEIDEN В СЕМЬЯХ Г. БАРНАУЛА 251
ПОДХОД К ТЕРАПИИ РЕБЕНКА 4 ЛЕТ С РАБДОМИОСАРКОМОЙ ПАРАМЕНИНГИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ СО МНОЖЕСТВОМ ОСЛОЖНЕНИЙ 253
БИЛАТЕРАЛЬНАЯ НЕФРОБЛАСТОМА У ДЕВОЧЕК ИЗ МОНОХОРИАЛЬНОЙ ТРИАМНИОТИЧЕСКОЙ ТРОЙНИ: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 255
РЕДКИЙ ВАРИАНТ ДЕБЮТА И ТЕЧЕНИЯ ЛАНГЕРГАНСОКЛЕТОЧНОГО ГИСТИОЦИТОЗА. 256
ДЕФИЦИТ X ФАКТОРА. 258
Pediatrics and Children Surgery section 260
THE ASSESSMENT OF THE EATING HABITS OF A GROUP OF ADOLESCENTS FROM THE SPORTS HIGH SCHOOL IN IASI 260
PRIMARY HYPOPARATHYROIDISM IN 16-YEAR MALE PATIENT: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW 261
VACCINATION IN CZECH REPUBLIC 263
A CLINICAL CASE OF RECURRENT, PROGRESSIVE CRANIOPHARYNGIOMA 264
FEATURES OF TYPE 1 DIABETES IN ADOLESCENTS DEPENDING ON THE AGE OF THE ONSET OF THE DISEASE 265

CASE REPORT OF CONGENITAL NEPHROGENIC DIABETES INSIPIDUS 267
NUTRITIONAL STATUS ASSESSMENT IN CHILDREN WITH SPASTIC QUADRIPLEGIA 268
BENZOCAINE-INDUCED METHEMOGLOBINEMIA: A CASE REPORT 269
DIETARY PATTERNS DURING BREASTFEEDING AND FOOD ALLERGY DEVELOPMENT 271
INTERDISCIPLINARY APPROACH TO THE TREATMENT OF CHILDREN WITH VELOPHARYNGEAL INSUFFICIENCY 272
POLYTRAUMA IN CHILDHOOD - CLINICAL CASE REPORT 274
GASTROSCHISIS MANAGEMENT CHALLENGES 275

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ КАК ВЕДУЩИЙ СПОСОБ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮШНОЙ ИНФЕКЦИИ

Карпович Г.С., Калина А.В.
Научный руководитель: Васюнин А.В. д.м.н., профессор, Татаренко Ю.А., к.м.н., ассистент
ФГБОУ ВО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Коклюш остается одной из основных причин инфекционной заболеваемости у детей во всем мире, и не редко приводит к развитию таких состояний, как: пневмония, ателектаз легкого, длительное апноэ и др. Пневмония является ведущей причиной смерти детей до 5 лет во всем мире, поэтому выявление факторов риска развития такого тяжелого осложнения коклюша, а также методов их коррекции, в том числе и на амбулаторном этапе являются актуальными вопросами педиатрии.

Цель: Изучить особенности проведения специфической иммунопрофилактики коклюша у здоровых детей и пациентов с патологией ЦНС на амбулаторном этапе.

Материалы и методы: На первом этапе исследования был проведен анализ 423 историй болезни пациентов, госпитализированных в ГБУЗ НСО ДГКБ №3 с коклюшем, в том числе, с пневмонией (n = 63), и определены факторы риска осложненного течения данной инфекции. Второй этап работы включал изучение 784 амбулаторных карт детей, наблюдающихся в одной из поликлиник г. Новосибирска, которые были разделены на две группы: в первую отнесены условно здоровые дети (n = 727), во вторую – пациенты с неврологической патологией (n = 57).

Результаты: На первом (стационарном) этапе работы были определены следующие факторы риска развития пневмонии при коклюше: отсутствие вакцинации (96% детей), отягощенный коморбидный фон со стороны ЦНС (81%) и искусственное вскармливание (72%). Наличие одного фактора, не включая вакцинацию, приводило к данному осложнению в 11,2% случаев, сочетание двух факторов (без учета вакцинации) – у 58,9% детей (p=0,001), сочетание двух факторов и отсутствия вакцинации - у 100% пациентов (p=0,02). На амбулаторном этапе исследования в первой группе вакцинированы против коклюша были 595 детей (81,8%), при этом для первичной иммунизации в 68,2% случаях использовались цельноклеточные вакцины, в 31,8% – ацеллюлярные. 132 ребенка (18,2%) не получили специфическую иммунопрофилактику данной инфекции: 116 пациентов (87,9%) - из-за отказа родителей, 16 (12,1%) - вследствие медицинского отвода. Во второй группе был привит 21 ребенок (36,8%), у 36 детей (63,2%) вакцинация не проводилась. Среди причин отсутствия иммунопрофилактики коклюша у пациентов с патологией ЦНС в 2000-2003 гг. преобладали медицинские отводы – у 9 человек (64,3%), обоснованность которых в 50% случаях была недостаточной. Отказ от вакцинации зарегистрирован у 3 детей (21,4%). В 2016-2018 гг. обоснованный медицинский отвод наблюдался у 2 пациентов (28,6%), отказ родителей был зафиксирован в 4 случаях (57,1%) и составлял основную причину отсутствия вакцинации.

Выводы: В Новосибирске в настоящее время у детей регистрируется достаточно высокий уровень заболеваемости коклюшем, в том числе осложненным пневмонией, чему способствует отсутствие вакцинации и наличие сопутствующей патологии ЦНС. Для оптимизации контроля за данной инфекцией целесообразно включение в Национальный календарь профилактических прививок второй ревакцинации в возрасте 6-7 лет, а также проведения активной санитарно-просветительской работы среди населения о необходимости выполнения специфической иммунопрофилактики коклюша у детей.

ОСВЕДОМЛЁННОСТЬ РОДИТЕЛЕЙ О ВОЗМОЖНЫХ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ НА ВАКЦИНАЦИЮ И О ПОСЛЕДСТВИЯХ, К КОТОРЫМ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ЕЁ ОТСУТСТВИЕ

Корытова В.А., Терьякина А.Б
Научный руководитель: Статова А.В., к.м.н.
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Вакцинопрофилактика - система мероприятий, осуществляемых в целях предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок. В последние десятилетия отмечается рост заболеваемости контролируемыми инфекциями в связи с недостаточным охватом прививками подлежащих контингентов детей и взрослых, высокой частотой необоснованных отказов от вакцинации законных представителей детей.

Цель: Оценить информированность родителей о возможных нежелательных реакциях на вакцинацию и о последствиях, к которым может привести ее отсутствие.

Материалы и методы: Разработана анкета для родителей, которая включала 14 пунктов, отображающих информированность респондентов о возможных нежелательных реакциях на вакцинацию и о последствиях, к которым может привести ее отсутствие. Опросник составлен в доступной для понимания форме, содержал простые вопросы, требующие однозначных ответов. В исследовании участвовало 490 человек на базе дошкольного общеобразовательного учреждения. Анкетирование являлось анонимным и добровольным. Критерием включения в исследовательскую группу было согласие родителей. На основании проведенной работы удалось оценить степень осведомленности по вышеуказанной теме.

Результаты: Проведенный анализ анонимного и добровольного анкетирования родителей показал, что 43% родителей детей некомпетентны в вопросах возможных нежелательных реакциях на вакцинацию и о последствиях, к которым может привести ее отсутствие. Из них 38% родителей считают, что отсутствие вакцинации не имеет последствий для ребенка. А 48% родителей убеждены в негативном воздействии на организм ребенка вакцинации. Эти цифры говорят о несовершенстве информированности родителей в данной области. Однако, стоит учесть, что 57% родителей достаточно эрудированны в вопросах возможных нежелательных реакций и последствиях отсутствия вакцинации, дети этих родителей в 100% случаев вакцинированы от всех инфекций, входящих в национальный календарь прививок. В этом аспекте мы видим, что данные вопросы освещаются в незначительной степени и требуют большего осведомления со стороны СМИ и медицинских работников. По результатам анкетирования 63% опрошенных изъявили желание получать больше информации по вопросам вакцинопрофилактики. Это может говорить о том, что эта тема действительно является актуальной для родителей. В вопросе пропаганды вакцинопрофилактики лидирующее место занимают врачи, на втором месте интернет и на третьем месте СМИ. Полученные данные можно интерпретировать следующим образом: вопрос вакцинопрофилактики продолжает оставаться дискутабельным среди родителей.

Выводы: Исследование показало, что родители нуждаются в более тщательном и деликатном информировании о возможных нежелательных реакциях на вакцинацию и о последствиях, к которым может привести ее отсутствие. Просвещение должно носить массовый характер. Особое значение в формировании приверженности к вакцинопрофилактике родителей имеет точка зрения компетентных медицинских работников.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА РОССИЙСКИХ И ИНОСТРАННЫХ УЧАЩИХСЯ ВУЗОВ КРАСНОДАРА

Коробкина О.Г, Чебанова И.Г.
Научный руководитель: Сутовская Д.В. к.м.н., доцент
ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Во всем мире вакцинация признана стратегической инвестицией в охрану здоровья, благополучие индивидуума, семьи и нации с выраженным экономическим и социальным эффектом. Первичная профилактика подразумевает весомые материальные вложения, так как охватывает широкие слои населения. Поэтому важно иметь правильное представление об эффективности иммунизации. Некачественно проведенные мероприятия рассматриваются как активный фактор риска возникновения и распространения вакциноуправляемых инфекций.

Цель: Провести оценку и сравнительный анализ эффективности иммунного ответа вакцинопрофилактики среди российских и иностранных учащихся ВУЗов г. Краснодара**.**

Материалы и методы: Обследовано 63 иностранных студента (Иордания-13, Палестина-12, Сирия-11,Туркменистан-14, Таджикистан-13) и 28 российских на напряженность иммунитета к гепатиту В, кори, краснухе, эпидемическому паротиту, столбняку и дифтерии. Были использованы серологические методы, такие как: РПГА, РТГА, ИФА с сывороткой привитых путем определения АТ к исследуемым вакциноуправляемым инфекциям. Все респонденты имели прививочный анамнез и не болели данными инфекциями.

Результаты: В ходе исследования установлено отсутствие поствакцинального иммунитета к вирусному гепатиту В у 5 (38,4%) студентов из Иордании, 11(91,6%) из Палестины, 2(14,3%) из Туркменистана. Отрицательный результат Ig G к кори установлен у 10(76,9%) респондентов из Иордании, 9(75%) из Палестины. Не выявлен защитный уровень антител к эпидемическому паротиту у учащихся из Иордании (6 человек - 46,1%) и Палестины (9 человек - 75%). Не имели защитных титров против краснухи – 2(16,6%) студента из Палестины и 2(15,4%) из Таджикистана. Защищенность против столбняка и дифтерии 100% у всех студентов. Протективный уровень защитных антител к гепатиту В, дифтерии и столбняку зарегистрирован у всех российских студентов. Вместе с тем, отсутствие достаточной напряженности поствакцинального иммунитета к кори установлен у 5 (17,9%) российских респондентов, к эпидемическому паротиту – у 4(14,2%), к краснухе – у 3(10,7%) студентов.

Выводы: Все российские студенты имели показатели достаточной иммунологической защищенности ко всем исследуемым вакциноуправляемым инфекциям. Напротив, среди иностранных студентов иммунологическая защищенность зарегистрирована только к дифтерии и столбняку. Для достижения протективного уровня поствакцинального иммунитета и снижения распространенности вакциноуправляемых инфекций целесообразно обследовать студентов-иностранцев на напряженность поствакцинального иммунитета и проводить ревакцинацию в соответствии с результатами серологического анализа для достижения стойкого поствакцинального иммунитета.

ВЛИЯНИЕ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ НА РАЗВИТИЕ И СРОКИ КУПИРОВАНИЯ БРОНХООБСТРУКЦИИ ПРИ БРОНХИТЕ

Мезенцева О.Ю., Муслуева Х.Х.

Научный руководитель: Сивоконева И.В., ассистент кафедры детских болезней педиатрического факультета

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Женское грудное молоко – оптимальный выбор для вскармливания ребенка. Грудное молоко содержит десятки витаминов, 40 минералов, около 20 аминокислот и 30 жирных кислот, десятки ферментов, гормоны, ростовые факторы, простагландины и факторы противовоспалительной активности [1,3]. При еще незрелой иммунной системе ребенка его защитные факторы (IgA, лактоферрин, лизоцим) и клеточные факторы иммунитета (макрофаги, нейтрофилы и лимфоциты) обеспечивают ребенка своими защитными свойствами: антимикробным, противовоспалительным, иммуномодулирующим. Женское молоко содержит белки, которые регулируют работу иммунных клеток, цитокинов (интерлейкинов, антагонистов рецепторов и селектинов) [1,2]. Доказано, что грудное вскармливание (ГВ) детей, у которых высок риск развития аллергии, предупреждает ее развитие [1]. А значит, грудное молоко должно влиять на все механизмы развития аллергических компонентов, в том числе – на предотвращение развития бронхообструктивного синдрома (БОС), или способствовать более быстрому его купированию.

Цель: Установить взаимосвязь вида вскармливания у детей до 2 лет с развитием у них БОС при остром бронхите (ОБ) и сроками его купирования.

Материалы и методы: В исследование включены данные 292 историй болезни детей в возрасте до 2 лет, получавших лечение в стационаре ГУЗ «Детская больница №1» Волгограда с диагнозом острый бронхит и острый обструктивный бронхит (ООБ). Из них 148 детей имели в анамнезе грудное вскармливание (группа 1.1), не имели – 144 (группа 1.2); имели БОС – 141 чел (группа 2.1), не имели – 151 чел (группа 2.2). Оценивали клинико-демографические показатели и анамнез. Полученные данные обрабатывали с помощью статистических программ «Microsoft Excel 2010» и «Statistica 6.0». Данные проверены на нормальность распределений и представлены в виде Me [Q25; Q75], где Me – медиана, Q25 и Q75 – верхний и нижний квартили соответственно. Признаки двух независимых выборок сравнивали с помощью критерия Манна-Уитни. Нулевую статистическую гипотезу об отсутствии различий отвергали при $p<0,05$.

Результаты: При анализе данных выявлены достоверные различия частоты развития БОС при ОБ у детей, имеющих и не имеющих в анамнезе ГВ (43,9% vs 52,8% соответственно). Среди детей, у которых ОБ сопровождался БОС, купировать его в более короткие сроки достоверно чаще удавалось у тех, кто имел в анамнезе ГВ, в отличие от тех, кто не имел в анамнезе ГВ: 1-3 сут – 20% vs 17,1% соответственно; 4-7 сут – 52,3% vs 51,3% соответственно; более 7 сут – 27,7% vs 31,6% соответственно.

Выводы:

1. ОБ достоверно реже осложнялся БОС у детей, имеющих в анамнезе ГВ.

2. ООБ достоверно чаще купировался в более короткие сроки у детей, имеющих в анамнезе ГВ.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Беридзе Р.М., Конюшенко А.А.

Научный руководитель: Скуратова Н.А., к.м.н., доцент, Ивкина С.С., к.м.н., доцент

Гомельский государственный медицинский университет

Введение: С точки зрения этиопатогенеза актуальным является определение уровня тревожности у детей с риском возникновения стрессогенных заболеваний.

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

Материалы и методы: На базе учреждения «ГОДКБ» было обследовано 76 детей в возрасте от 8 до 17 лет. При исследовании тревожности использовались 2 шкалы личностной тревожности Прихожан (для детей до 13 и с 13 лет). При статистической обработке результатов использовался критерий метод хи-квадрат (x2). Достоверным являлось значение $p \leq 0,05$.

Результаты: Кардиологическое отделение (n=17): 35% – повышенная ШТ, 65% – нормальная (N). При изучении СТ: 18% – повышенный уровень, 82% – N. МЛТ: 6% – повышенный, 94% – N. МТ: 12% – повышенный, 88% – N. ОТ: 6% – повышенный, 94% – N. Неврологическое отделение (n=13): 23% – повышенная ШТ, 77% – N. СТ: 15% – повышенный уровень, 85% – N. МЛТ: 15% – повышенный, 85% – N. МТ: 31% – повышенный, 69% – N. ОТ: 8% – повышенный, 92% – N. Гастроэнтерологическое отделение (n=16): 19% – повышенная ШТ, 81% – N. СТ: 6% – повышенный уровень, 94% – N. МЛТ: 6% – повышенный, 94% – N. МТ: 13% – повышенный, 87% – N. ОТ: 13% детей – повышенный, 87% – N. Нефрологическое отделение (n=16): 13% – повышенная ШТ, 87% – N. СТ: 100% – нормальный. МЛТ: 100% – N. МТ: 100% – N. ОТ: 100%) – N. Инфекционное отделение (n=14): 14% – повышенная ШТ, 86% – N. СТ: 7% – повышенный уровень, 93% – N. МЛТ: 7% – повышенный, 93% – N. МТ: 100% – N. ОТ: 7% – повышенный, 93% – N. При анализе таблиц сопряженности не выявлено достоверных различий в частоте встречаемости ШТ, СТ, МЛТ, ОТ у детей ($p>0,05$), однако установлены значимые различия у детей по частоте встречаемости МТ ($x2 =11,5$, $p=0,055$).

Выводы:

1. Большинству детей состояние тревожности не свойственно, однако среди всех типов тревожности чаще всего преобладает школьная и межличностая;

2. Повышение уровня тревожности требует разработки индивидуальных программ лечения с участием врача, школьного психолога, психотерапевта.

РОЛЬ КОНТРОЛЯ СО СТОРОНЫ ВРАЧА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Райкина Е.Н., Цей С.М.

Научный руководитель: Статова А.В., ассистент, к.м.н

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: По данным ВОЗ более миллиарда человек в мире имеет лишний вес, при этом ожирение рассматривают не как избыточное накопление жира в организме, а как хроническое рецидивирующее заболевание, тесно связанное с развитием множества осложнений (сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, атеросклероз и т.д.). В России доля людей с диагнозом «ожирение» увеличилась на 6% и составила 1,3% населения (1,9 миллиона человек). Учитывая полиэтиологичность заболевания, необходимо к его лечению подходить с разных сторон. Большинство пациентов не в состоянии самостоятельно поддерживать свой режим и научиться следовать всем правилам рационального питания, поэтому столь высока роль функционирующей в ГБУЗ ДККБ совместно с кафедрой педиатрии №2 ФГБОУ ВПО КубГМУ «Школы по коррекции и профилактике ожирения у детей» (далее – Школа), которая направлена на формирование ответственности за свое здоровье и здоровье окружающих.

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

Материалы и методы: Нами был проведен ретроспективный анализ антропометрических параметров детей с ожирением. В исследовательскую группу вошли 101 ребенок в возрасте от 7 до 18 лет с избыточной массой тела и ожирением, прошедшие обучение в Школе. Данная группа детей регулярно наблюдалась на протяжении 6 месяцев, в ходе наблюдение проводился контроль антропометрических показателей, коррекция питания, занятия в зале ЛФК, психологическая коррекция. Оценка результативности лечения проведена через 2 года после обучения в Школе в условиях отсутствия контроля со стороны врача.

Результаты: По данным антропометрических исследований было выявлено, что 31% детей имели избыток массы тела, 37% - ожирение 1 степени, 22% - ожирение 2 степени, 6% - ожирение 3 степени, 4% - ожирение 4 степени. В процессе обучения в Школе и динамического наблюдения отмечались следующие показатели: в среднем потеря веса в неделю составляла 480 г, в месяц – 1200 г. Следует отметить, что показатели снижения массы тела у девушек были эффективнее по сравнению с юношами (400 г у юношей и 570 г у девушек в неделю составило снижение массы тела и 1080 г и 1380 г - в месяц соответственно). Через 6 месяцев от начала занятий положительный результата был отмечен у 82% детей, которые прошли обучение в Школе. Почти вдвое сократилось число детей со 2-й и 3-й степенями ожирения, снижение массы тела отмечалось эффективно у обоих полов. Анализ антропометрических данных через 2 года после обучения в условиях отсутствия контроля со стороны врача показал, что среди обучающихся 25% сохранили избыточную массу тела, у 33% отмечено ожирение 1 степени, у 26% - ожирение 2 степени, у 16% - ожирение 3 степени, детей с ожирение 4 степени не отмечено. В ходе опроса большинство родителей признались в том, что без контроля врачей Школы их дети не могут следить за своим режимом, не в состоянии самостоятельно мотивировать себя на ограничения в питании, модифицировать двигательную нагрузку.

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

РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ПАРАТРОФИЯМИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Кубина В.А., Бокарева Ю.В.

Научный руководитель: Статова А.В., к.м.н., ассистент

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Паратрофия – это одна из форм нарушения питания, для которой характерно превышение среднестатистического веса у ребенка до 1 года более чем на 10 % от долженствующего. Данная патология в будущем может приводить к ожирению и нарушению обмена веществ, в связи с чем актуальность этой проблемы приобретает особую значимость.

Цель: Оценить уровень физического развития у детей 1 года жизни с паратрофиями.

Материалы и методы: Исследование проведено на базе МБУЗ ДГП № 7. В исследовательскую группу вошли 64 ребенка первого года жизни. Из истории развития ребенка (форма 112/у) были взяты данные из обменной карты новорожденного, данные ежемесячных диспансерных осмотров детей, параклинические показатели.

Результаты: Было проанализировано 64 истории развития детей, у которых к 12 месяцам жизни была выявлена паратрофия. Из них 42 (66,6%) мальчика и 22 (34,4%) девочки. Большинство детей имели 1 степень паратрофии – 45 детей (70,3%). Со 2-ой степенью было 19 детей (29,7%). Детей с 3-ей степенью паратрофии не зарегистрировано. Первая степень паратрофии преобладала у девочек по сравнению с мальчиками и составила 66,7% и 77,3% соответственно; вторая – у мальчиков (33,3%и 22,7% соответственно). По данным обменной карты новорожденного, большинство детей родились с нормальными показателями роста и веса - 44 ребенка (68,7%). Недоношенными родились 8 детей (12,5%). Диагноз «крупный плод» при рождении был зарегистрирован у 12 детей (18,8%). При этом масса более 4000г при рождении встречалась у мальчиков (66,7%) по сравнению с девочками (33,3%). Большинство детей при рождении имели высокие показатели по шкале Апгар 8-9 баллов – 46 (71,9%); 7-8 баллов -16 (25%), в состоянии асфиксии (6-7 баллов) родились двое детей (3,1%). Большинство детей (59,4%) находились на естественном вскармливании, смешанное вскармливание получали 23,4%, искусственное – 17,2%. Среднемесячные прибавки массы тела у детей с паратрофиями составляли 834г, у мальчиков 842г, а у девочек 638г, что в 1,4 раза больше среднестатистических показателей. За 6 месяцев средние показатели прибавки массы тела составили 5860г (у мальчиков – 5980г, у девочек – 5710г), что в 1,3 раза больше общепринятых норм. За 12 месяцев средние показатели прибавки массы тела составили 9960г (у мальчиков – 10120г, у девочек – 9370г), что так же в 1,4 раза выше нормы. Обращает внимание тот факт, что к 6 месяцам 48 детей (75%) имели массу тела, характерную для годовалого ребенка. Среднемесячные прибавки длины тела у детей с паратрофиями составили 2,3 см (у девочек 2,2 см, у мальчиков 2,3 см). За 6 месяцев средние показатели прибавки длины тела составили 16,9 см (у мальчиков – 17,1 см, у девочек – 16,6 см); за 12 месяцев - 28 см (у мальчиков – 29 см, у девочек – 26 см), что практически соответствует среднестатистическим темпам роста. Оценка физического развития в 12 месяцев у детей с паратрофиями показала, что 24 ребенка (37,5%) имели среднее физическое развитие. Высокое физическое развитие наблюдалось у 8 детей (12,5%). Очень высокое физическое развитие отмечено у 32 детей (50%). Таким образом, большинство детей к 12 месяцам имели очень высокое дисгармоничное развитие с избытком массы тела.

Выводы: В ходе исследования выявлено, что паратрофия чаще встречается у мальчиков, чем у девочек. Установлено, что большинство детей с паратрофией рождены с нормальными показателями роста и веса и высокой оценкой по шкале Апгар. Но уже к полугоду показатели веса и роста

превышали норму и, зачастую, к 6-ти месяцам жизни, дети достигали массу тела, соответствующую годовалому возрасту.

ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОГО И ПЕРИНАТАЛЬНОГО АНАМНЕЗА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С НЕЙТРОПЕНИЕЙ

Ладикова Е.А.

Научный руководитель: Вахлова И.В., д.м.н., профессор.

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Анализ литературы последних лет свидетельствует о тревожной тенденции увеличения количества пациентов с нейтропенией различной степени тяжести в современной педиатрической практике. У значительного процента пациентов снижение нейтрофилов обнаруживается случайно при проведении гематологического обследования. (Gaudichon J, 2015).

Цель: Данное исследование направленно на оценку особенности течения антенатального и интранатального периодов у детей первого года жизни с нейтропенией различной степени тяжести.

Материалы и методы: Исследована группа из 50 детей первого года жизни с различной степенью нейтропении. Средний возраст детей составил M±m=20,9±2,3 недель; σ=16,3, или 5 месяцев 2 недели. (min3,0- max48,0 недель).

Результаты: Исследуемые были разделены на две группы: дети с легкой нейтропенией составили 76% (n=38), с умеренной - 24% (n=12), дети с тяжелой и крайне тяжелой степенью нейтропении отсутствовали. Во всех возрастных категориях превалировала легкая степень тяжести данного состояния. Среди обследуемых детей 18% (n=9) составили дети, родившиеся преждевременно на разных сроках гестации, соответственно 82% (n=41) были доношенными. Вероятность диагностики умеренной степени нейтропении возрастала в 4,5 раза, если ребенок родился от матери в возрасти старше 25 лет (ОШ=4,6; ДИ 95% [1,069-19,8]). Отмечено, что вероятность, или риск умеренной степени нейтропении у ребенка возрастает в 8 раз, если ребенок родился от 3 родов и выше. ($\chi 2$ 7,73, $p \leq 0,006$). Установлена корреляционная связь между неделей гестации рождения ребенка и уровнем нейтрофилов ($r=0,5$, $p \leq 0,05$). Рассчитано, что вероятность умеренной степени нейтропении возрастала в 6 раз, если ребенок родился преждевременно ($p \leq 0,006$, ОШ=6; ДИ 95% [1,29-28,495]).

Выводы: Таким образом, проведенный анализ выявил влияние на частоту рождения детей со средней степенью тяжести нейтропении возраста матери (ОШ=4,6; ДИ 95% [1,069-19,8]), порядкового номера родов, от которых родился ребенок (ОШ=8; ДИ 95% [1,608-43,193]), и недоношенности (ОШ=6; ДИ 95% [1,29-28,495]).

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРЕПАРАТОМ ОМАЛИЗУМАБ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Вавилова М.Р., Ткачук А.И.

Научный руководитель: Сергиенко Д.Ф., д.м.н, профессор

ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Высокий темп роста урбанизации населения, глубокое внедрение в рацион питания биологически не безопасных продуктов, массивное загрязнения воздушной среды провоцируют увеличение распространенности аллергических болезней. По эпидемиологическим данным в России среди детского населения 10% болеют бронхиальной астмой. В последние годы наблюдается уверенный тренд роста числа больных с тяжелой формой бронхиальной астмой и отсутствием контроля над заболеванием. В связи с данной ситуацией, стандартная терапия тяжелой бронхиальной астмы требует поиска и разработки новых групп препаратов, для осуществления эффективного контроля за симптомами заболевания. Согласно современным протоколам лечения бронхиальной астмы у детей, 4 и 5 ступень базисной противоспалительной терапии предусматривает включение в терапию при отсутствии контроля над заболевание генно-инженерного препарата Омализумаб.

Цель: Целью нашего исследования явилось оценка эффективности включение генно- инженерного препарата Омализумаб (Ксолар) в базисную терапию у детей со среднетяжелой и тяжелой формами бронхиальной астмы г. Астрахани

Материалы и методы: Исследование проводилось на основании анализа медицинской документации и опроса пациентов и их родителей согласно разработанной анкете- опроснику. Анкета состояла из трех блоков вопросов. Первый блок отражал общие данные пациента (пол, возраст) и клинико-анамнестические особенности (степень тяжести и длительность БА, наличие сопутствующей аллергической патологии , частоту симптомов и качество жизни ребенка) до терапии Омализумабом. Второй блок был направлен на выявление побочных эффектов препарата. Третий раздел анкеты содержал вопросы, характеризующие течение заболевания и степень контроля на фоне приема генно-инженерного препарата с уточнением дозировки и длительности введения. Основу исследования составили 9 пациентов в базисной терапии которых использовался генно- инженерный препарат Омализумаб. Все пациенты проходили лечение а пульмонологическом отделении ГБУЗ АО ОДКБ им. Н.Н. Силищевой г. Астрахани. Обработка статистических данных проводилась на компьютере с применением прикладной программы MicrosoftExcel.

Результаты: По результатам исследования среди пациентов было 5 мальчиков и 4 девочки. Возрастной состав пациентов представлен следующим образом: 7-10 лет -4 ребенка, 11-14 лет – 3 ребенка, 15 и более лет – 2 ребенка. Возраст старта рецидивирующих бронхообструктивных синдромов колебалась от первых лет жизни до старшего дошкольного возраста. Длительность течения бронхиальной астмы на момент начала использования Омализумаба составила до 8 лет у 2 детей; от 8 до 10 лет - у 4 пациентов; больше 10 лет – у 3 больных. Из девяти пациентов у 8 наблюдалась тяжелая степень тяжести и у 1 среднетяжелое течение бронхиальной астмы. 89% исследуемых до применения Омализумаба использовали ИГКС (флутиказон – Серетид) в высоких дозах (25+250)- 4 вдоха в сутки, 1 пациент применял тот же препарат в средних дозах по уровню ИГКС. Частота дневных и ночных симптомов до применения Ксолара варьировалась от 2 в неделю, до - ежедневных. При этом тяжелые приступы, требующие медицинской помощи наблюдались 1-2 раза в месяц у 4 пациентов и более 2 раз в месяц- у 5. Из 100% респондентов у 77,7 % для купирования приступов требовались короткие курсы системных глюкокортикостероидов 3 и более раз в год, все пациенты отмечали непереносимость физической и ограничение эмоциональной активности. Среди побочных явлений

были отмечены следующие проявления. 2 ребенка чувствовали головокружение, сонливость, головную боль, но они связывают данные симптомы с общим переутомлением. У троих детей наблюдалось развитие гиперемии и отека в области инъекции, что не является показанием к отмене препарата. У одного пациентки на фоне первого введения Омализумаба диагностирована острая крапивница в связи с чем дальнейшее назначение препарата стало невозможным и ребенок был исключен из дальнейшего наблюдения. На момент проведения исследования длительность использования препарата составила 6 месяцев у 1 пациента, от 6 до 12 месяцев – у 4 больных. В течении полутора- двух лет препарат получал 1 ребенок и более 3 –х лет - 3. Все дети получали препарат 1 раз вмесяц. Доза рассчитывалась индивидуально с учетом уровня общего иммуноглобулина Е и массы тела. Исходя из данных параметров, Омализумаб в дозе 150 мг – получают 3 больных ; 225 мг- 1 пациент ; 300мг- 5 детей. На фоне лечения у 78% пациентов произошло снижение объёма базисной терапии в виде снижения дозы ИГКС. У 6 пациентов достигнут стойкий контроль над заболеванием приступы СБО либо вообще не беспокоили в течении года, либо наблюдались не более 4 раз за год и носили легкий характер. У 3 пациентов наблюдаля частичный контроль над заболеванием. который выражался в сохранении дневных и ночных симптомов 1-2 раза за месяц. 2 детей сохраняли ограничение физической активности, но это имеет большую связь с гипер опекой и страхом родителей, чем с настоящим состоянием ребенка Снижение ОФВ1 наблюдается у 2 пациентов , один из них проходил исследование в стадии обострения, другой в неполной ремиссии. Уровень IgE менее 500 ме/мл – 78% анкетированных, более 500 ме/мл- 22%

Выводы: Применение препарата рекомбинантных гуманизированных моноклональных антител (IgG1)-Омализумаб (Ксолар) доказывает высокую степень контроля симптомов при тяжелой и среднетяжелй форме бронхиальной астмы. Включение данного препарата позволяет снизит дозу ИГКС и добиться контроля над заболеванием. Прослеживается прямая зависимость длительности использования препарата со степенью контроля заболевания и длительностью ремиссии.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ

Ломако А.П.

Научный руководитель: Матвиенко Е.В., к.м.н., ассистент кафедры педиатрии

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Бронхолёгочная дисплазия у детей является одной из самой актуальной и сложной проблемой современной педиатрии. Развитие перинатальной медицины, совершенствование методов интенсивной терапии, улучшения выхаживания глубоко недоношенных детей способствовали тому, что бронхолегочная дисплазия встречается все чаще. Частота БЛД обратно пропорциональна гестационному возрасту и массе тела при рождении. Так, у детей с весом при рождении 501-750 г, по результатам различных исследований, БЛД отмечается в 35-67%, а у детей с массой тела 1251-1500 г при рождении в 1-3,6% случаев. Такие проблемы, как инвалидизация, наличие коморбидных заболеваний, дорогостоящая терапия придают данной ситуации не только медицинское, но и социальное значение.

Цель: Определить факторы риска у детей раннего возраста с бронхолегочной дисплазией.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Областная детская клиническая больница» г.Курск. Был проведён анализ 50 историй детей, находившихся на обследовании и лечении в данной клинике, за период с сентября 2016 по ноябрь 2018 года, с диагнозом «Бронхолёгочная дисплазия» (БЛД) возрасте от 2-х месяцев до 3-х лет. Мальчики составили 62% всех обследуемых детей, а девочки – 38%. Преобладали пациенты с новой формой бронхолегочной дисплазии – 29 пациентов (58%), классическая форма наблюдалась у 21 пациента (42 %).У 25 пациентов (50%) отмечалось легкое течение БЛД, у 16 пациента (32%) было выявлено среднетяжёлое течение БЛД, и у 9 пациентов (18%) тяжёлое течение.

Результаты: В ходе проведенного исследования выявлено, что частота бронхолегочной дисплазии обратно пропорциональна гестационному возрасту и массе тела при рождении. Так, наличие веса при рождении до 850 г. отмечалось у 62% новорожденных, от 850 до 1250 – у 32%, от 1250 г. до 1500 г. – у 4%, от 1500г. и выше – у 2%. Возраст матери к моменту рождения ребенка варьировался от 25 до 35 лет у 32 женщин (64%), 20-25 лет- 12 женщин (24%), 18-20 лет – 6 женщин (12%). У больных с классической формой заболевания в анамнезе имеются данные о проведении ИВЛ с «жесткими режимами» и длительность ее больше, нежели при новой форме (в среднем ИВЛ проводилась на протяжении 19 суток). Установлено, что у превалирующего большинства детей с данной патологией имело место наличие различных факторов риска развития заболевания: отягощенный акушерский анамнез (аборты 14%,угроза прерывания – 36%, невынашивание – 14%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – 8%; экстрагенитальная патология (аллергические заболевания – 28%, анемии – 14%, дефицит витамина А – 38%); пороки развития (задержка развития лёгких – 8%, функционирующий открытый артериальный проток – 16%); заболевания легких (синдром аспирации мекония – 26%, РДС – 58%); вредные привычки матери во время беременности и после родов (курение 26%;, алкоголь – 28%). Рентгенологическими критериями БЛД являлись интерстициальный отек, чередующийся с участками повышенной прозрачности легочной ткани, фиброз, лентообразные уплотнения.

Выводы: Таким образом, своевременное выявление факторов риска, адекватное лечение и профилактика бронхолегочной дисплазии будет способствовать улучшению качества жизни, а также уменьшению инвалидности среди детей с данной патологией.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Таран Н.С.

Научный руководитель: Бурлуцкая А.В., д.м.н.

ФГБОУ ВО Кубанский Государственный Медицинский Университет Минздрава России

Введение: На сегодняшний день болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК) являются крайне тяжелыми хроническими заболеваниями, приводящими к поражению желудочно-кишечного тракта с последующей инвалидизацией и, возможно, летальными исходами. При ЯК и БК возникает нарушение иммунного ответа, в результате которого отмечается дисбаланс цитокиновой регуляции с преобладанием провоспалительных цитокинов. При отсутствии положительной клинико-лабораторной и эндоскопической динамики в ответ на стандартную иммуносупрессивную терапию осуществляется перевод больных на генно-инженерные препараты.

Цель: Изучить эффективность применения моноклональных антител Ремикейд (Инфликсимаб) в лечении язвенного колита и болезни Крона.

Материалы и методы: Для демонстрации клинических случаев использованы истории болезни 2-х пациентов, проходивших обследование и лечение в гастроэнтерологическом отделении ГБУЗ ДККБ. Из медицинской документации взяты данные анамнеза заболевания, лабораторные и инструментальные показатели.

Результаты: Больной А., 17 лет поступил в отделение с жалобами на жидкий стул с примесью крови, боли в животе, повышение температуры тела. Из анамнеза заболевания известно, что в возрасте 15 лет установлен диагноз язвенный колит. На протяжении 2-х лет на фоне проводимой стандартной терапии (глюкокортикоиды, цитостатические препараты, производные салициловой кислоты), отсутствовала положительная динамика: сохранялись клинические проявления, по данным параклинических методов исследования отмечалась высокая степень активности иммунного процесса (высокий уровень кальпротектина в кале 756 мкг/г, язвенные дефекты слизистой оболочки толстого кишечника по данным колоноскопии). Ребенку назначена антицитокиновая терапия препаратом Ремикейда (Инфликсимаба), в/в введения в дозе 5 мг/кг по схеме 0-2-6 (для индукции ремиссии), далее для поддержания ремиссии в той же дозе каждые 8 недель. На фоне проводимой терапии отмечена положительная динамика: купированы жалобы, клинические проявления, нормализации уровня кальпротектина 37 мкг/г стула. При гистологическом исследовании слизистой оболочки кишечника наблюдалась картина умеренно выраженного хронического неспецифического процесса. Больной Б., 15 лет поступил с жалобами на боли в животе, частый жидкий стул. Из анамнеза заболевания известно, что болеет с 10 лет, установлен диагноз болезнь Крона, назначена глюкокортикоидная и цитостатическая терапия. На фоне лечения отсутствовала положительная динамика: сохранение клинических проявлений, эндоскопически отмечались признаки локализованного и ассиметричного трансмурального воспалительного процесса всего толстого и терминального отдела тонкого кишечника, при гистологическом исследовании обнаружено наличие в биоптате гранулем, уровень кальпротектина стула составлял 657 мкг/г. Была назначена терапия моноклональными антителами по стандартной схеме 0-2-6 (для индукции ремиссии), далее для поддержания в дальнейшем ремиссии в той же дозе каждые 8 недель. При плановом обследовании после 6-го введения наблюдалось клиническое улучшение (купированы жалобы, клинические проявления), однако сохранялись лабораторные и эндоскопические патологические признаки воспаления кишечника. Ребенку была подобрана индивидуальная схема введения препарата, на фоне которой отмечена стойкая клиническая ремиссия, нормализация кальпротектина стула 42 мкг/г, колоноскопия толстого и терминального

отдела тонкого кишечника соответствовали эндоскопической норме, показатели биопсии соответствовали гистологической норме.

Выводы: Результаты исследования показали, что терапия данных заболеваний моноклональными антителами позволяет достичь стойкой клинико-лабораторной и эндоскопической ремиссии. При стандартном введении и коррекции интервалов инфузий наблюдается положительный ответ на биологический препарат Ремикейд (Инфликсимаб). Представленные выше клинические случаи свидетельствуют в пользу эффективности антицитокиновой терапии в борьбе с ЯК и БК.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОКЛОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Журавлёва М.Р., Таран Н.С.

Научный руководитель: Бурлуцкая А.В., д.м.н.

ФГБОУ ВО Кубанский Государственный Медицинский Университет Минздрава России

Введение: За последние 5 лет в России было зафиксировано 900 тыс. больных бронхиальной астмой. Распространенность заболевания среди детского населения составляет 10%. Мальчики болеют в 3 раза чаще девочек. У 80% детей обнаруживается атопия, возрастает воздействие таких неблагоприятных факторов как ОРВИ, недоношенность, воздействие табачного дыма, нерациональное питание. Основной целью лечения бронхиальной астмы является достижение стойкой ремиссии.

Цель: Оценить эффективность применения моноклональных антител в лечении бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы: Истории болезни детей с бронхиальной астмой, проходивших лечение в пульмонологическом отделении ГБУЗ ДККБ, получавшие терапию моноклональными антителами. На основании медицинской документации были получены анамнестические данные о проводимой терапии, показателях достижения контроля бронхиальной астмы (частота приступов, пикфлоуметрия, разброс показателей пикфлоуметрии, переносимость физической нагрузки и т.д.).

Результаты: В исследование вошли дети с бронхиальной астмой в возрасте от 6 до 13 лет. Анализ истории болезни показал, что у 50% больных отмечен отягощенный аллергологический анамнез с дебютом в грудном и раннем возрасте, у 50% - с дебютом в дошкольном возрасте. После установки диагноза бронхиальной астмы и назначения ступенчатой базисной терапии у этих детей не был достигнут контроль над заболеванием: у 49% отмечались дневные приступы 1 раз в неделю, у 33% - 2-3 раза в неделю, у 18% - ежедневно. 16% детей на фоне бесконтрольного применения симптоматической терапии имели эпизоды астматического статуса. Показатели и вариабельность пикфлоуметрии у всех больных были <60% и >30% соответственно, что соответствовало тяжелому течению бронхиальной астмы. Детям с неконтролируемой бронхиальной астмой была назначена 5-я ступень базисной терапии моноклональными антителами Омализумаб (Ксолар) в дозе 300 мг п/к в виде ежемесячных инъекций. Проведен анализ эффективности проводимой терапии. На фоне используемой терапии у 83% детей с бронхиальной астмой отмечалась положительная динамика. Частота дневных приступов снизилась на 20%, ночных - на 30%. У 61% детей при использовании моноклональной терапии частота дневных приступов снизилась до 1 раза в неделю, у 39% - до 2-3 раз в неделю, что свидетельствует об уменьшении степени тяжести бронхиальной астмы. Через несколько недель терапии достигнут контроль над бронхиальной астмой, чего не отмечалось при предыдущей ступени лечения. Показатели пикфлоуметрии на фоне терапии Омализумабом улучшились на 34%. У большинства больных (82%) показатели пиковой скорости выдоха составляли 60-80% от должного показателя, у оставшегося числа больных – более 80%. Вариабельность значений пикфлоуметрии у 79% детей с бронхиальной астмой не превышала 30%. Вышеуказанные показатели самоконтроля свидетельствуют об улучшении течения заболевания. Стоит отметить, что через 6 месяцев от начала терапии у 2/3 бронхиальная астма стала контролируемой и за истекший период обострений не отмечалось. На фоне использования лечения моноклональными антителами по данным параклинического исследования показатели IgE снизились у 73% детей.

Выводы: Результаты исследования показали, что применение моноклональных антител позволяет успешно контролировать тяжелое течение бронхиальной астмы.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНСУЛИНА ДЕГЛУДЕК ПОДРОСТКОВ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

Аксенова А. А., Кулясова О. В.

Научный руководитель: Суетина И.Г., к.м.н., ассистент; Зорина С.А., зав. педиатрическим отделением КОДКБ

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Проблема сахарного диабета является актуальной, так как в последнее десятилетие ежегодная заболеваемость растёт как в России, так и во всём мире – на 3% в год по данным Международной диабетической федерации. По данным IDF в настоящее время сахарным диабетом (СД) болеют 246 млн человек во всем мире. За период с 2000 по 2015 год заболеваемость СД выросла на 2,3 млн (с 2,043млн до 4,3млн). Кроме того, имеет место тенденция «омоложения» сахарного диабета – увеличивается количество детей более юного возраста. На 1 января 2019 года в Кировской области на учёте состоит 360 детей с СД 1. За 2018 год было выявлено 65 новых случаев СД1. Среди них 13 детей в возрасте 0-4 года, 29 детей в возрасте 5-9 лет, 19 детей в возрасте 12 лет и 4 ребенка в возрастной категории 14-17 лет. За 10 лет (с 2007 по 2018 гг.) ежегодная первичная заболеваемость СД1 среди детей в Кировской области увеличилась почти в 2,5 раза (с 25 до 65 пациентов с впервые выявленным СД1).

Цель: Оценить эффективность инсулина Деглудек у подростков с диагнозом СД 1 типа в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы: В настоящий анализ были включены данные наблюдения 2 детей, получающих инсулин Деглудек в качестве базального компонента базис-болюсной терапии на базе педиатрического отделения КОКБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница» в возрасте 15 лет. Стаж диабета 2 и 3 года. Основные оцениваемые конечные точки включили в себя изменение уровня HbA1c (%), долю детей, достигших компенсацию СД 1 (HbA1c< 7,5%) за время приёма препарата. Кроме этого анализировали динамику SDS роста и SDS ИМТ за период наблюдения с помощью калькулятора Auxology.

Результаты: Оба пациента были переведены в августе 2017 г. с препарата «Гларгин» на «Деглудек» эндокринологом КОКБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница». Через 5 мес (январь 2018 г) была назначена повторная явка для оценки динамики HbA1cи антропометрических показателей. У пациентки У. было отмечено увеличение уровня HbA1c (с 8,8% до 9%). Мы наблюдаем отрицательную динамику SDS роста (с -0,24 до -0,32) и SDS ИМТ (с 0,15 до -0,28) за данный период. У пациента Б. наблюдалось снижение уровня HbA1c(с 8,9% до 8,6%). SDS роста остался на том же уровне (1,51), а SDS ИМТ вырос (с -0,65 до 0,06). Следующая явка была назначена на май 2018 г. У пациентки У. HbA1ссснизился до первоначального значения (с 9% до 8,8%). При этом SDS роста изменился (с -0,32 до -0,45), а SDS ИМТ повысился (с -0,28 до -0,01). У пациента Б. HbA1c снизился с 8,6% до 8,4%, а SDSроста вырос (с 1,51 до 1,64)SDS ИМТизменился (с 0,06 до -0,32). На контрольной явке через 3 месяца (август 2018) у пациентки У. уровень HbA1c достиг 8%, SDS роста вновь вырос (с -0,45 до -0,37), SDS ИМТ вырос (с -0,28 до -0,16). У пациента Б. уровень HbA1cтакже снизился до 8%, SDS роста с 1,64 снизился до 1,39, SDSИМТ также снизился (с -0,32 до -0,44).

Выводы:

1. В Кировской области за последние 10 лет выросла заболеваемость СД1 среди детей и подростков.

2. В условиях реальной клинической практики у двух исследуемых нами детей с СД1 при переводе на инсулин Деглудек с традиционно назначаемых базальных инсулинов за 1 год отмечено значимое снижение уровня HbA1сдо 8% (у пациентки У. – на 9,09%, у пациента Б. – на 10,11%)
3. При анализе SDS ИМТ и SDS роста не отмечены резкие колебания показателей, что свидетельствует о том, что у пациентов не было декомпенсации СД1.

СВЯЗЬ АЛЛЕРГОАНАМНЕЗА И РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ

Какоткина Е.И, Демидова А.С.

Научный руководитель: Сахно Л.В, к.м.н. ассистент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура.

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России

Введение: Операции при остром аппендиците составляют 75% всех экстренных оперативных вмешательств у детей [2] и часто сопровождается гнойными осложнениями. Исследователи Шведского университета г.Лунда утверждают, что дети с IgE- опосредованной аллергией имеют более низкий риск развития осложнений [1].

Цель: Выяснить связь наличия аллергических заболеваний у детей с риском развития гнойного аппендицита.

Материалы и методы: Мы провели анкетирование родителей и 33 (24 м. и 9 дев.) пациентов, которым была проведена аппендэктомия по поводу острого аппендицита, на базе 3 хирургического клиники СПБГПМУ (зав. Денисов А.А.) и 1 хирургического ДГБ №2 (зав. Кашин А.С.) отделений и изучили истории болезни.

Результаты: Дети были разделены на 2 группы, соответственно наличию аллергологического анамнеза. 1 контрольная группа - 20 детей без аллергической патологии. 2 группа исследования - 13 детей с аллергической патологией, имеющих анамнез поллиноза (13%), аллергического ринита (7%), крапивницы (53%), атопического дерматита (20%) и бронхиальной астмы (7%). Осложнениями аппендицита у наших пациентов были перитонит, аппендикулярный инфильтрат и оментит. Из 20 детей группы контроля осложнения развились у 11 детей (55%). Из 13 детей исследуемой группы осложнения развились у 2 детей (15.4 %).

Выводы: При оценке течения осложнений, более вероятно они развивались в группе детей, не имеющих аллергической патологии. Таким образом мы можем сказать, что наше независимое исследование подтверждает крупное исследование Шведского университета. Однако, для более точного результата требуется дальнейшее проведение исследования, подкрепленного маркерами наличия аллергических заболеваний.

ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКОВ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Гурина Е.С., Мамян Э.В.

Научный руководитель: Бурлуцкая А.В.

ФГБОУ ВО Кубанский Государственный Медицинский Университет Минздрава России

Введение: Состояние здоровья подростков является социально значимой проблемой медицины, так как этот показатель определяет репродуктивный потенциал и демографическое благополучие страны. В настоящее время происходит снижение численности населения и его плотности и все больше увеличивается количество заболеваемости среди детей в возрастной группе 10-18 лет. Необходимо обратить внимание на актуальность проблемы и оценить основные показатели состояния здоровья подростков Краснодарского края.

Цель: Оценить состояние здоровья подростков Краснодарского края в разных возрастных группах.

Материалы и методы: Использованы официальные статистические данные (форма 025-6(7)/у-89; 025-10/у-97; 025-11/у-02; 025-12/у-04; 025-8/у-95), характеризующие основные показатели состояния здоровья детского населения в возрасте 10-18 лет в Краснодарском крае.

Результаты: Общая заболеваемость детского населения в возрасте от 10 до 14 лет за последние 5 лет снизилась на 9,6% (с 1778, 4 на 1000 человек соответствующего возраста до 1608,0 на 1000 человек). Наибольшее снижение отмечается по следующим классам: болезни органов пищеварения на 18,0%, психические расстройства и расстройства поведения на 17,7%, болезни уха и сосцевидного отростка на 17,6%. Отмечен рост заболеваемости эндокринной системы на 18,8%, а также новообразованиями на 7,5%. В структуре общей заболеваемости детского населения наибольший удельный вес имеют болезни органов дыхания 53,0%, органов пищеварения 7,8%, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин 5,6%, болезни нервной системы 4,6%, глаза и его придаточного аппарата 4,4% и болезни кожи и подкожной клетчатки 4,3%. Структура первичной заболеваемости примерно такая же: болезни органов дыхания составляют 64,9%, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин 7,4%, болезни органов пищеварения 3,9%, кожи и подкожной клетчатки 3,7%, инфекционные и паразитарные болезни 3,4%. В возрасте от 15 до 18 лет отмечается рост общей заболеваемости, которая увеличилась за пять лет на 3,4% (с 1938 на 1000 человек соответствующего возраста до 2004,2 на 1000 человек). Наиболее значимо растут показатели заболеваемости по следующим классам: травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин на 47,2%, новообразования на 30,0%, болезни глаза и его придаточного аппарата на 15,2%, болезни эндокринной системы на 12,7%. При этом отмечено снижение болезней кожи и подкожной клетчатки на 23,3%, органов пищеварения на 23,0%, инфекционных и паразитарных болезни на 18,7%, врожденных аномалий и пороков развития на 15,1%. В структуре общей заболеваемости детей в возрасте от 15 до 18 лет наибольший удельный вес имеют болезни органов дыхания и составляют 33,9%, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин 10,3%, болезни органов пищеварения 9,7%, костно-мышечной системы и соединительной ткани 8,6%, болезни глаза и его придаточного аппарата 7,2%. Первичная заболеваемость в этом возрасте представлена ниже: болезни органов дыхания 47,2%, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин 16,1%, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани 5,9%, органов пищеварения 4,8%, кожи и подкожной клетчатки 4,1%.

Выводы: За последние 5 лет в Краснодарском крае выявлено снижение общей и первичной заболеваемости у детей 10-14 лет. Но одновременно с этим у подростков 15-18 лет наоборот

происходит увеличение показателей как общей, так и первичной заболеваемости. Наибольший рост во всех возрастных категориях отмечают по следующий классам заболеваний: травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин, новообразования, болезни глаза и его придаточного аппарата и болезни эндокринной системы. В связи с этим необходимо принятие мер, направленных на улучшение состояния здоровья подростков и снижение факторов риска, воздействующих на него.

РЕГУЛЯЦИЯ БИОРИТМА СОН-БОДРСТВОВАНИЕ КАК ОДНА ИЗ СОСТАВЛЯЮЩИХ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Куркурин К.К., Зяблицева К.Д.

Научный руководитель: Тонких Н.А.

ГОО ВПО Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького

Введение: В условиях военного времени и гуманитарной блокады у многих детей Донбасса изменился образ жизни. Известно, что употребление в пищу макаронных изделий, консерв, гиподинамия, нарушения сна в сочетании с постоянной психотравмирующей ситуацией негативно сказывается на всех видах обмена.

Цель: Изучение состояния образа жизни у детей с избыточной массой тела (ИМТ) в условиях военного времени с акцентом на биоритмы сон-бодрствование.

Материалы и методы: Обследовано 22 ребенка (16 девочек, 6 мальчиков) 10-17 лет с ИМТ. Двигательную активность, качество пищи и сна оценивали субъективно путем анкетирования по собственной методике.

Результаты: У 100,0% детей с ИМТ выявлена низкая двигательная активность, преобладание в питании макаронных изделий и продуктов длительного хранения неудовлетворительное качество сна. Все дети продолжительное время не выходили из дому из-за опасности обстрела и проводили время за компьютером (до 12 часов в сутки), 9 (40,9%) из них были вынуждены часами находиться в подвальных помещениях. В связи с активизацией военных действий в ночное время, 20 (90,9%) детей неоднократно просыпались в течение ночи, 12 (54,5%) опрошенных ложились спать позже 23 часов, 4 (18,2%) чел. – около полуночи, 3 (13,6%) – после часа ночи. У 18 (81,8%) чел. отсутствовало чувство отдыха после пробуждения. Согласно данным литературы, дестабилизация ритма сон-бодрствование приводит к одновременной работе обоих отделов вегетативной нервной системы. Вследствие указанного угнетается функция и секреция мелатонина, повышается уровень глюкозы и триглицеридов за счет атерогенных фракций, увеличивается синтез и секреция пролактина, увеличивается масса тела.

Выводы: У всех обследованных констатирована гиподинамия, нарушение характера питания и неудовлетворительное качество сна. Нормализация биоритма сон-бодрствование является одной из главных составляющих в реабилитации детей с указанной патологией.

РОЛЬ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Шуленина М.В., Серёжкина А.В.

Научный руководитель: Серёжкина А.В.

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Бронхиальная астма является очень актуальной проблемой здравоохранения и педиатрии в наше время. Это связано с тем, что данное заболевание характеризуется устойчивой тенденцией к росту заболеваемости среди детей и подростков.

Цель: Изучение роли экзогенных факторов в развитии бронхиальной астмы у детей, находящихся на лечении в аллергологическом отделении базы ОБУЗ ОДКБ г. Курска, выявление зависимости данных факторов и степени тяжести развития бронхиальной астмы, а также частоту возникновения данной патологии у детей г.Курска и Курской области.

Материалы и методы: Для решения поставленной цели было обследовано 100 детей, проходивших лечение по поводу БА в ОБУЗ ОДКБ г.Курска. Возраст пациентов составил от 3,5 до 16 лет. От всех больных было получено информированное согласие.

Результаты: В ходе исследования было выявлено, что бронхиальная астма наблюдалась у 48 мальчиков (48%) и 52 девочек (52%). При этом средний возраст больных составил 9,75 лет, а медиана длительности заболевания-11,05 лет. Все больные были разбиты на группы по следующим показателям:1-по месту жительства, 2-сроку кормления грудью, 3-антропометрическим показателям (ИМТ), 4-по наличию триггеров, 5-по наличию вредных привычек у родителей, 6-по показателям ФЖЕЛ и ОФВ1. Больные, участвовавшие в исследовании и являвшиеся жителями г.Курска составили 52 человека (52%), г.Курчатова-21 человек (21%), г.Железногорска-16 человек (16%) и в группу больных детей с Курской области вошли 11 человек (11%). В зависимости от срока кормления грудью преимущественно преобладавшей группой были дети, находившиеся на искусственном вскармливании-37 человек (37%). Дети, срок кормления грудью которых составил до 6 месяцев, составили группу из 11 человек (11%), до 1 года-9 детей (9%) и со сроком кормления более 1 года-12 человек (12%). Так же во всех группах больных преобладали дети с повышенной массой тела (ИМТ более 25 кг/м², но менее 30 кг/м²), их количество составило 35 человек (35%), и дети с ожирением I степени (ИМТ более 30 кг/м²)-75 человек (75%). В ходе исследования были выявлены наиболее встречаемые триггеры – это пищевые аллергены, которые наблюдались у 49 больных (49%), наличие ОРЗ/ОРВИ/простуды-у 37 детей (37%), экологические воздействия были выявлены у 11 пациентов (11%) и физические/нервные перегрузки (3%). Курение табака родителями больных способствует более тяжелому протеканию бронхиальной астмы. Из 100 обследуемых данная группа составила 83 человека (83%) с последующим развитием тяжелой степени тяжести протекания БА. Более того, курение табака препятствует улучшению параметров ОФВ1 и соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ, что было выявлено в ходе исследования. Группа детей, которые имеются нарушения соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ в связи с наличием вредных привычек у родителей составила 53 человека (63,8%).

Выводы: Исходя из выше перечисленных результатов, можно сделать следующие выводы о том, что экзогенные факторы оказывают непосредственное влияние на развитие БА у детей. Преимущественными факторами оказались показатели ИМТ, наличие различных триггеров заболевания, а так же наличие вредных привычек у родителей, которые ухудшают показатели ОФВ1 и ФЖЕЛ. Данные факторы способствуют более тяжелому протеканию БА у детей и заслуживают внимания к изучению.

ОСОБЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ САТУРАЦИИ КРОВИ И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЁННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Коновалова А.А., Баирова А.Д.

Научный руководитель: Игнатьева А.В., к.м.н., доцент, Сибира О.Ф.

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России

Введение: Частота ВПС во всех странах мира, включая Россию, достигает от 2,4 до 14,2 на 1000 новорождённых. Врождённые пороки сердца (ВПС) занимают лидирующую позицию по распространённости среди всех пороков развития у детей и являются одной из основных причин младенческой смертности. Своевременная помощь больным с ВПС может быть оказана только при ранней диагностике заболевания.

Цель: Изучить особенности бронхиальной проходимости, различия сатурации и артериального давления на руках и ногах у детей с ВПС в зависимости от нарушения гемодинамики.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ГУЗ КДКБ и ГУЗ ДКМЦ г. Читы, было обследовано 52 здоровых ребенка и 52 пациента с врожденными пороками сердца. Дети были сопоставимы по возрасту, полу и социальному статусу. Все обследуемые разделены на 3 группы. В 1 группу вошли 34 ребёнка (19 мальчиков и 15 девочек) с диагнозом ВПС с обогащением малого круга кровообращения, средний возраст которых составил 3,6±0,7 мес., срок гестации 34,8±2,05нед., масса тела при рождении 2896,8 ±705,9 гр. Во 2 группу включены 18 детей (11 мальчиков и 7 девочек) с ВПС с обеднением малого круга кровообращения, средний возраст –1,9±0,5 мес., срок гестации 32,3±5,6нед., масса тела при рождении 1819,2±594,4 гр. Здоровые дети составили 3 группу сравнения (30 мальчиков и 22 девочек), средний возраст - 2,75±0,6 мес., срок гестации 37,3±3,2нед., масса тела при рождении 3215,1±496,5 гр. Всем детям проведены обследования: бронхофонография, измерение сатурации крови и артериального давления на руках и ногах. Обработка полученных бронхофонограмм осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Pattern-1 с определением акустической работы дыхания (АРД) в трех частотных диапазонах (АРД1-низкочастотный, АРД2- среднечастотный и АРД3- высокочастотный диапазоны). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ «Statistica-6.0», MicrosoftExcel 2010 в соответствии с принципами доказательной медицины.

Результаты: У всех исследуемых проведена бронхофонография по результатам которой, у детей с ВПС выявлены увеличение показателей АРД во всех частотных диапазонах по сравнению с группой контроля. В первой группе(АРД1-72,06 (14,3-219,7) нДж, АРД2-58,4 (31,7-220,4) нДж, АРД3-1,6 (0,37-2,27) нДж), $p<0,05$. Во второй группе показатели АРД были выше в высокочастотном диапазоне (84,6 (39,1-379,9) нДж) по сравнению с детьми 1 группы, что свидетельствует о нарушении бронхиальной проходимости на уровне мелких бронхов. В 1 группе наблюдалась тенденция к разнице сатурации 2-6%, при значениях сатурации на руке 93-98 %, а на ноге 89-95%.У 2 группы разница сатурации крови между рукой и ногой достигала7-10% и более, а общие значения при сатурации на руке были 90-95%, на ноге от 80 до 88 %. Заметные изменения в измерениях АД были в 1 группе:у 31 ребенка из всей группы наблюдалось снижение систолического артериального давления (САД) 0,8±0,07 мм.рт.ст. от возрастной нормы, разница давлении в двух точках была 24,2±2,37 мм.рт.ст. У детей во 2 группе АД на руках соответствовало возрасту, а разница давления в двух точках соответствовала 8,9±0,8 мм.рт.ст.

Выводы:

1. У детей с ВПС независимо от гемодинамики, при бронхографии увеличиваются показатели АРД во всех частотных диапазонах, что свидетельствует о нарушение бронхиальной проходимости на всех уровнях бронхов.

2. Разница сатурации на ногах и руках у больных детей, свидетельствует о гипоксемии, данный показатель наиболее выражен у пациентов 2 группы

3. При ВПС с обогащением малого круга кровообращения у пациентов отмечалось снижение САД на руках, и увеличение разницы САД (более 20 мм.рт.ст) между рукой и ногой, а при ВПС с обеднением разница САД в двух точках составила менее 10 мм.рт.ст.. Таким образом, полученные данные указывают на возможность использования простых методов на клинико-амнестическом этапе, чтобы заподозрить патологию сердечно-сосудистой системы и отправить ребёнка на дальнейшее обследование для уточнения диагноза.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Бобоев М.М.

Научный руководитель: Мадумарова М.М.

Андижанский Государственный Медицинский Институт

Введение: В настоящее время актуальнейшей проблемой в детской стоматологии является рецидивирующий афтозный стоматит С каждым годом растет процент встречаемости данного заболевания, в связи с этим необходимо разрабатывать новые методы лечения Многочисленные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) сопровождаются патологическими изменениями слизистой оболочки полости рта. Патология полости рта диагностируется у 92% больных с заболеваниями ЖКТ. В последние годы большое значение в развитии язвенной болезни и гастрита придается инфекционному фактору - Helycobacter pylory- HP На сегодняшний день золотым стандартом анаэробицидных средств является метронидазол, это и объясняет его высокую эффективность при воспалительных заболеваниях пародонта и слизистой оболочки полости рта, в особенности в сочетании с хлоргекседином

Цель: Изучение местного влияния метронидазола и хлоргексидина на течение хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне заболеваний желудочно- кишечного тракта.

Материалы и методы: Нами были исследованы 10 детей в возрасте от 7 до 9 лет с гастритом, ассоциированным с HP, в сочетании с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом. Лечение гастрита проводилось у педиатра. Все больные разделены по группам. В первой группе (группа сравнения) местное лечение включало аппликации местноанестезирующего препарата, с последующим снятием некротического налета и нанесение на слизистую оболочку полости рта облепихового масла. Во второй группе (5 человек) наряду с общепринятыми мероприятиями проводили аппликацию метронидазола и хлоргексидина.

Результаты: Курс лечения проводился в течение 5-7 дней, аппликации метронидазола и хлоргексидина на место афт 2 раза в день. На 2-3 день наблюдалось отторжение некротического налета, слизистая оболочка вокруг афт приобретала нормальный бледно- розовый цвет, болевые ощущения во время приема пищи и разговора снизились.

Выводы: Проведение стоматологических мероприятий в сочетании с лечением заболеваний органов пищеварения, в том числе и эрадикационной терапией, привело к восстановлению СОПР у обследованных пациентов. Проведенное исследование подтверждает важность комплексного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита и HP-ассоциированной патологии верхних отделов пищеварительного тракта с проведением эрадикационной терапии, направленной на уничтожение микроорганизма и в полости рта, и в антральном отделе желудка. Эрадикация HP в полости рта служит важным звеном вторичной профилактики Использование метронидазола и хлоргексидина позволяет сократить сроки наступления стабилизации воспалительно-деструктивных процессов и способствует эрадикации Hp в полости рта.

ФАКТОРЫ РИСКА КОРОНАРОГЕННЫХ ПАТОЛОГИЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА БИШКЕК

Кошукеева М.К., Болотбекова А.Ж.

Научный руководитель: Муратов А.А., д.м.н., профессор

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики

Введение: Факторы риска ИБС - избыточная масса тела, курение, малая физическая активность - начинают формироваться именно в детском и подростковом возрасте, с наследственным фактором риск развития сердечно-сосудистой патологией увеличивается вдвойне. Установлено, что дети, имеющие атерогенные дислипидемии, чаще происходят из семей, где встречается ранняя (до 55 лет) ИБС у родственников I и II ст. родства (Ларионова В.И., 2005).

Цель: Изучение факторов риска и данных клинико-инструментальных исследований ССС у детей, способствующих развитию коронарогенных заболеваний сердца и сосудов во взрослом периоде жизни.

Материалы и методы: Проведены анкетирование детей в общеобразовательных организациях, осмотр и ЭКГ сердца с помощью портативного 12-канального ЭКГ аппарата «Электрокардиограф 300G». Обследовано 2990 школьников в возрасте от 11 до 15 лет в 5 школах г. Бишкек. Анкетирование проведено среди 1039 учащихся 5-11 классов. Средний возраст детей составил 14,0±1,5 лет. Средний возраст матерей составил 46,6±6,1 лет, и отцов - 49,8±3,6 лет.

Результаты: У 110 из 2990 детей (3,7%) выявлено наличие фактора наследственности по заболеваниям сердца I степени родства. У 26 из них (23,3%) - ИБС со стенокардией, у 70 (63,3%) - ГБ. 7 (6,7%) родителя перенесли инсульт и 7 (6,7%) родителя- ИМ. По линии отца наследственность встречалась 2 раза больше - 63 (56,7%) случаев, чем по линии матери - 29 (26,6%) случаев. Из 1039 школьников 8,1% (85) детей пробовали курить. По большинству параметров курения мальчики опережали девочек.110 детей у 18 из них (16,7%)-наличие избыточного веса (ИМТ=21,3 и более), 18 (16,7%)-чувство перебоев в сердце. У 11 (10%)-систолический шум на верхушке.

Выводы: Имеется повышенный риск по развитию ССЗ коронарного генеза в будущем у определенного контингента школьников. К сожалению, наблюдается тенденция к росту употребления табака в современной популяции подростков и снижению возраста курильщика. Повышенный риск - сочетание фактора наследственности I ст. родства с избыточной массой тела, курение, изменения на ЭКГ.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ВЕДЕНИИ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТОМ

Степанов Н.Н., Черникова О.А.

Научный руководитель: Царькова С.А., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: В этиологии острого тонзиллита бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА) составляет от 15 до 30% у детей, при этом антибактериальную терапию (АБТ) получают 90-100% детей с налетами в зеве, что приводит к повышению антибиотикорезистентности БГСА, увеличению риска возможных реакций на антибиотики и к возрастанию стоимости лечения заболевания.

Цель: Оценка значения экспресс диагностики при ведении детей с острым тонзиллофарингитом.

Материалы и методы: В ретроспективном нерандомизированном многоцентравом когортном исследовании проанализировано 215 историй болезни детей старше одного года, перенесших острый тонзиллит в октябре-декабре 2018 года (средний возраст - M±m). Выборка поделена на 2 группы: БГСА положительные (n=31) и отрицательные (n=184). Проведено сравнение клиники в возрастном аспекте и тактики ведения пациентов педиатрами. Для определения этиологии острого тонзиллофарингита использовался Стрептатест.

Результаты: Основными клиническими симптомами острого тонзиллофарингита не зависимо от возраста детей явились фебрильная лихорадка (70%), гипертрофия миндалин до II степени (60%), кашель (35%), боль в ушах (4%) ($p>0,05$). Выявлены достоверные клинические различия у детей младше и старше 3-х лет: катаральный синдром и ринит чаще встречаются у детей младше 3-х лет ($p<0,05$); боль в горле и проводные хрипы - у детей старше 3-х лет ($p<0,05$). У 14,5% детей с налетами в зеве установлен диагноз БГСА тонзиллофарингита, для которого характерны средне-тяжелая форма заболевания (71%), фебрильная лихорадка (100%), отсутствие везикулезной энантемы в зеве, отсутствие хрипов. Использование шкалы МакАйзека не позволяет заподозрить БГСА-инфекцию у конкретного пациента, но свидетельствует о наибольшей частоте суммы баллов (более 4-х) в популяции детей с налетами в зеве. 26% врачей не учитывают результаты Стрептатеста и назначают антибиотики при БГСА (-) тесте. Тем, не менее, применение Стрептатеста сократило назначение АБТ у детей с налетами в зеве на 74%. Предотвращенный экономический ущерб составил в данном исследовании 55791 руб. В терапии БГСА тонзиллита неоправданно назначаются: макролиды (14,5%), цефалоспорины (30,2%), иммуномодуляторы (3,2%), антисептики (8,1%). Эрадикация возбудителя на фоне лечения АБП составила 100%.

Выводы: Ни один из клинических признаков острого тонзиллофаингита у детей, так же, как и шкала МакАйзека, не позволяют с достоверностью поставить или исключить диагноз БГСА инфекции. Применение экспресс диагностики сокращает назначение АБТ на 74%, что вносит большой вклад в снижение антибиотикорезистентности и нежелательных явлений при лечение острого тонзиллофарингита антибактериальными препаратами.

ВЛИЯНИЕ ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ ГИМНАСТИКИ НА ДИНАМИКУ САМОЧУВСТВИЯ ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Куркурин К.К., Зяблицева К.Д.

Научный руководитель: Тонких Н.А.

ГОО ВПО Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Введение: Головная боль является наиболее частой жалобой, предъявляемой детьми с вегетативной дисфункцией (ВСД). Один из механизмов ее развития – нарушение кровотока в бассейне вертебробазилярной артериальной системы. Согласно определению ВОЗ (1970 г.), недостаточность вертебробазилярной артериальной системы (НВБАС) – это «обратимое нарушение функции мозга, вызванное уменьшением кровоснабжения области, питаемой позвоночными и основной артериями». Особенностями цефалгий при НВБАС является локализация боли в затылочной области, появление или усиление ее в утренние часы, при движениях в шейном отделе позвоночника, метеозависимость, увеличение интенсивности после физических и умственных перегрузок.

Цель: Целью нашей работы явилась оценка состояния вертебробазилярной артериальной системы при цефалгиях у детей с ВСД и оптимизация тактики ведения данных пациентов.

Материалы и методы: Объект исследования: 88 детей от 7 до 18 лет (50 девочек и 38 мальчиков) с цефалгиями при вегетативной дисфункции. Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные (в том числе ультразвуковая допплерография и триплексное сканирование сосудов головы и шеи, рентгенография шейного отдела позвоночника с функциональными пробами). Самочувствие детей и динамику жалоб оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). При составлении лечебно-реабилитационной программы основное внимание уделялось немедикаментозному воздействию. Все дети были обучены изометрической гимнастике, ознакомлены с движениями, которых следует избегать при нестабильности в шейном отделе позвоночника. Динамику самочувствия оценивали на 3-и сутки терапии и при выписке.

Результаты: НВБАС (G 45.0) была диагностирована у 67 (76,1%) обследованных детей. При этом, нестабильность шейного отдела позвоночника выявлена у 57 (85,1%) детей, остеоартроз, спондилолистез – у 8 (11,9%) пациентов, ротационный подвывих С1-С2 – у 2 (3,0%) чел. При поступлении степень выраженности цефалгий составила от 3 до 9 баллов (в среднем 6,7 баллов), головокружения от 3 до 8 баллов (в среднем 5,9 баллов), астено-невротический синдром в виде слабости, вялости, плохой переносимости физических загрузок от 6 до 9 баллов (в среднем 7,5 баллов). На фоне проводимого лечения степень выраженности цефалгий и головокружения значительно снизилась. Средний балл качественной оценки головной боли согласно ВАШ на третьи сутки составил 3,8 балла, при выписке – 1,7 балла; головокружения – 3,1 и 1,2 балла соответственно. У всех больных улучшилось настроение и переносимость физических нагрузок.

Выводы: недостаточность ВБАС выявлена у 78,0% детей с цефалгиями при ВСД, что стало основанием для включения в комплексную лечебно-реабилитационную программу мероприятий по стабилизации состояния шейного отдела позвоночника. В качестве индикатора динамики самочувствия у пациентов с НВБАС целесообразно использовать ВАШ. Включение изометрической гимнастики позволило достигнуть положительного эффекта у всех пациентов и может быть рекомендовано на всех этапах лечения и реабилитации.

ОЦЕНКА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ФЕКАЛЬНОГО УРОВНЯ ЗОНУЛИНА И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-А У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ.

Коваленко Д.В., Суняйкин А.Б.

Научный руководитель: Приходченко Н.Г., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Тихоокеанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Пищевая аллергия (ПА) принадлежит к числу наиболее частых аллергических состояний у детей первых лет жизни. Ключевую роль в ее формировании в настоящее время отводят состоянию кишечного барьера и регулированию молекулярной проницаемости между просветом кишечника и подслизистой оболочкой. В литературе обсуждается несколько биомаркеров, позволяющих оценивать состояние кишечного барьера и проницаемости кишечника, наиболее перспективными из них являются фактор некроза опухоли-α и зонулин. Фактор некроза опухоли-α (TNFα) – провоспалительный цитокин, обладающий широким спектром биологической активности, оказывает влияние на различные типы клеток, и, соответственно, играет большую роль в поддержании кишечного барьера. Человеческий зонулин является единственным обнаруженным на сегодняшний день физиологическим посредником, регулирующим проницаемость кишечника. Имеются единичные исследования, посвященные изучению уровней зонулина и TNF-α в патогенезе ряда заболеваний пищеварительного тракта, в том числе ПА, у детей.

Цель: Цель настоящего исследования определить фекальный уровень зонулина и TNF-α у детей с пищевой аллергии и оценить их патогенетическую значимость.

Материалы и методы: Проведено клинико-лабораторное обследование 39 детей с пищевой аллергией к белку коровьего молока в возрасте от 6 месяцев до 3 лет (I группа). Группу сравнения (II группа) составили 30 детей, сопоставимых по полу и возрасту, с неотягощенным аллергологическим анамнезом. Наряду с многократным копрологическим исследованием у детей в кале определяли содержание зонулина с использованием реактивов фирмы Immunodiagnostik (Германия) методом энзим-связанного иммуносорбентного анализа (ELISA). Иммунологическое исследование копрофильтратов на содержание TNF–α проводили с помощью реактивов фирмы «BSM» (USA) методом энзим-связанного иммуносорбентного анализа (ELISA). Статистическую обработку материала выполняли с помощью специализированных пакетов прикладных программ для исследований («Excel-2010» и «Statstica 10.0» for Windows).

Результаты: Средние концентрации зонулина в образцах стула у детей с ПА и у детей из контрольной группы составили 1,79±0,16 нг/мл и 0,75±0,01 мкг/г соответственно ($p<0,05$). Уровень TNF-α (31,04±2,71 ммоль/л) у детей с ПА в 7,6 раз превышал показатели контрольной группы ($p<0,001$). Выявлена линейная прямая корреляционная взаимосвязь умеренной силы между выраженностью проявлений ПА и уровнем фекального зонулина ($r=0,62$) и TNF-α ($r=0,59$), $p<0,05$. Сохранение высоких цифр зонулина зарегистрированы на 5-7 день от начала элиминационной терапии, на 21-28 сутки при стабилизации состояния отмечалось статистически значимое уменьшение его продукции ($p<0,001$). Уровень TNF-α достоверно снижался уже на 5-7 сутки от начала лечения ($p<0,05$).

Выводы: Таким образом, зонулин и фактор некроза опухоли-α имеют важное патогенетическое значение при развитии пищевой аллергии у детей. Оценка фекального уровня этих показателей является информативным критерием повреждения кишечного барьера при развитии пищевой аллергии у детей. Высокие их цифры в копрофильтрате характерны для острого периода заболевания, повышение зонулина сохраняется на фоне соблюдения элиминационной диеты и снижается при стабилизации состояния. Отсутствие противопоказаний позволяет использовать анализ содержания

данных маркеров как в острый период, так и в период ремиссии, и перспективно для проведения контроля над течением заболевания и оценкой эффективности терапии пищевой аллергии у детей.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РЕФЛЕКСА БАБИНСКОГО У ЗДОРОВЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Марат А.М., Казанцева М.Ф., Усманова А.А., Хажеева С.К.

Научный руководитель: Мусабекова Т.О., к.м.н. доцент, Шлейфер С.Г., к.м.н. доцент, Передереева Е.С.

Кыргызско-Российский Славянский университет

Введение: Рефлексы новорожденных детей являются показателем развития ребенка. Рефлекс Бабинского считается основным рефлексом спинального автоматизма, который отличается простотой и достаточной информативностью. У детей первого года жизни симптом Бабинского считают физиологическим, обусловленным незаконченностью миелинизации проводников. Механизмы, влияющие на интенсивность рефлекса чрезвычайно разнообразны. Привлекательным в плане исследования является факт, что рефлекс Бабинского встречается в норме и при неврологической патологии у новорожденных, но отсутствуют сведенья о его характере у новорожденных с соматической патологией.

Цель: Оценить вариабельность рефлекса Бабинского у здоровых новорожденных и у детей с соматической патологией.

Материалы и методы: Нами исследовано всего 92 новорожденных: из них 43 ребенка на базе послеродового отделения Чуйского Областного Родильного Дома и 49 детей в отделении патологии новорожденных ГДКБ СМП. Обследовано 45 мальчиков новорожденных и 47 девочек, из которых было выделено 2 группы. У пациентов основной группы выявили следующую соматическую патологию: бронхит в 42%, желтуха - 23%, ОРВИ - 21% и пневмония в 14%. В исследование не включались дети с заболеваниями нервной системы. Контрольную группу составили 43 ребенка от физиологических родов, не имевших патологической неврологической и соматической симптоматики. Проведен стандартный опрос анамнеза, включающий основные антенатальные, интранатальные факторы риска повреждения нервной системы и субшкала рефлекса Бабинского. Оценка интенсивности рефлекса проводилась по субшкале T.B. Brazelton (1974). Обработка и анализ данных проводились с использованием прикладных статистических данных пакетов SPSS 16.0. Для выявления взаимосвязей между показателями проведен расчет с использованием коэффициента корреляций Фи и Крамера. Расчет достоверности проводился по критерию Стьюдента.

Результаты: В основной группе получены следующие результаты: у 7% детей рефлекс не вызывался, в 63% случаев наблюдалась легкая дорсальная флексия, в 21% - сильная дорсальная флексия, а в 9% стойкая дорсальная флексия. Выявились некоторые различия по нозологиям во флексии согласно шкале T.B. Brazelton (1974). Так, у детей болеющих ОРВИ и пневмонией на 3-4 день заболевания сохранялась стойкая дорсальная флексия. У детей с бронхитом на 3-4 день заболевания и желтухой на 7-10 день заболевания наблюдалась сильная дорсальная флексия в 22% и 14% случаев соответственно, а легкая дорсальная флексия в 10% и 6% соответственно. Статистически в основной группе преобладает легкая дорсальная флексия ($p<0,05$). В контрольной группе здоровых новорожденных по субшкале рефлекса Бабинского выявлено: легкая дорсальная флексия у 5%, сильная дорсальная флексия в 84% случаев и стойкая дорсальная флексия в 11%. Статистически преобладает сильная дорсальная флексия ($p< 0,05$). На фоне соматической патологии Рефлекс Бабиского был представлен преимущественно легкой дорзальной флексией, также появилась не большая группа детей 7% у которых вызвать его не удалось вовсе. Мы видим отчетливую тенденцию в сторону ослабления. Это может быть связано с течением основного заболевания. Так дети с бронхитом, пневмонией и ОРВИ были обследованы на 3-4 день заболевания. На эти сроки обычно приходится пик интоксикации и

напряжения защитных сил организма. Безусловно одним из факторов влияющих на интенсивность феномена Бабинского можно считать гипоксическую нагрузку. Бронхит и ОРВИ у обследуемых зачастую имели в клинике выраженный обструктивный компонент. Интересным является продолжение изучения данного вопроса. Результаты нашего исследования показывают тонкую связь соматического и неврологического статуса новорожденных.

Выводы:

1. Обнаружены достоверные отличия между здоровыми новорожденными и детьми с соматической патологией в выраженности рефлекса Бабинского по шкале флексии T.B. Brazelton (1974).

2. У новорожденных детей с соматическими заболеваниями выраженность рефлекса Бабинского достоверно ослаблена по сравнению со здоровыми.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ.

Ефремова А.Н., Прокофьева Е.Г.

Научный руководитель: Чиженок Н.И., доцент кафедры пропедевтики детских болезней и сестринского дела в педиатрии.

ФГБОУ ВО Пермский Государственный Медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России

Введение: Инфекции респираторного тракта широко распространены в педиатрической практике. Они серьезно нарушают состояние ребенка и могут иметь проблемный прогноз, что обуславливает сохраняющуюся актуальность данной проблемы. Частота острого бронхита в Российской Федерации составляет 75-250 на 1000 детей, с возрастным пиком в 1-3 года.

Цель: Изучить влияние острого бронхита на функции внешнего дыхания.

Материалы и методы: В исследование включено 30 пациентов с диагнозом острый бронхит. Возраст детей от 5 до 15 лет. Среди них 20 мальчиков и 10 девочек. Для оценки внешнего дыхания использовали пробу Штанге и Генча, пикфлоуметрию и пульсоксиметрию.

Результаты: Все дети были разделены на три группы в зависимости от возраста и клинической картины острого бронхита: В первую группу(5-8 лет) вошло 13 человек из них 8 мальчиков, что составило 62%, и 5 девочек, что составило 38%. Во вторую группу (9-11 лет) вошло 10 человек из них 7 мальчиков, что составило 70%, и 3 девочки-30%. В третью группу (12-15 лет) вошло 7 человек из них 5 мальчиков, что составило 71%, и 3 девочки-29%. Наиболее чаще заболевание острый бронхит наблюдалось у детей первой группы– 44% , причем мальчики болели чаще, чем девочки. Клиническая картина характеризовалась лихорадкой, чаще субфебрильной, кашлем-сначала сухим, затем влажным со слизисто-гнойной мокротой. У 44% детей I группы отмечалась экспираторная одышка. При аускультации легких у всех детей выслушивались сухие и влажные среднепузырчатые хрипы. Длительность кашля и физикальная картина сохранялась 10,2 ±0,5 дней; частота дыхания у детей I группы- 32,0±2,0 в минуту. Показатели пробы Генча у детей I группы снижены у 70% и составили 8,0±0,1 секунды, во II группе показатели были снижены у 77% и составили 15±0,1 секунды, в III группе показатели были снижены у 64% детей и составили 18±0,1 секунды. Показатели пробы Штанге были снижены у 90% детей I группы, у II группы показатели были снижены у 80% детей, у III группы отмечалось снижение показателей у 84% детей. Показатели пикфлоуметрии были снижены на 50% от нормы во всех возрастных группах, но более выражено у детей I группы. Показатели пульсоксиметрии у 20% детей I группы были в пределах 85-90%, у 25% детей показатели в пределах 90-95% и у остальных детей более 95%. Во II и III группе значении пульсоксиметрии у всех детей были выше 95%.

Выводы: Таким образом, проведенное исследование показало, что острый бронхит у детей младшего возраста протекает с выраженной или скрытой дыхательной недостаточностью.

ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

Мамян Э.В., Гурина Е.С.

Научный руководитель: Бурлуцкая А.В.

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минзрава России

Введение: По определению Всемирной организации здравоохранения паллиативная медицинская помощь – это деятельность, направленная на улучшение качества жизни, раннее выявление болезни и предупреждение физических, психологических, социальных и духовных страданий больных со смертельным диагнозом, с различными нозологическими формами хронических заболеваний. В Российской Федерации активно развивается это направление медико-социальной помощи детям, так как потребность в паллиативной помощи никогда не была так велика и не возрастала такими темпами, как в наши дни.

Цель: оценить состояние паллиативной медицинской помощи детям Краснодарского края

Материалы и методы: исследование проводилось на базе лечебных учреждений Краснодарского края, в состав которых входят паллиативные койки для неизлечимых детей; анализ оказания паллиативной помощи детям на амбулаторном этапе и в домашних условиях

Результаты: Дети, нуждающиеся в паллиативной помощи, обслуживаются специалистами муниципальных медицинских организаций на дому, в амбулаторных условиях, а по показаниям госпитализируются в стационарные медицинские учреждения, где проводится обследование и симптоматическое лечение. В ходе исследования выявлено, что в г. Краснодаре имеется 20 коек в составе Городской клинической больницы №3 для оказания паллиативной медицинской помощи детям от 3 месяцев до 18 лет. В других городах Краснодарского края паллиативная помощь оказывается в центральных районных больницах, где имеются койки для инкурабельных больных. Все стационары оснащены необходимой медицинской техникой и расходными материалами для качественного оказания медицинской помощи детям. Обеспеченность койками составляет 2,4 на 100 тыс. детского населения (по данным государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» 2,08 на 100 тыс. детского населения к 2020 г.). Также кабинеты паллиативной медицинской помощи детям имеются в составе детских поликлиник, где специализированная помощь оказывается на амбулаторном этапе. В Краснодарском крае специализированная помощь таким детям на ИВЛ оказывается в домашних условиях. Перевод ребенка осуществляется в случае, если персонал лечебного учреждения уверен в том, что родители готовы к уходу за ребенком на ИВЛ дома. Анестезиолог-реаниматолог проводит обучение родителей по работе с аппаратом ИВЛ, подбирает параметры вентиляции, обучает уходу за дыхательными путями. Перевод больного согласовывается с поликлиникой по месту жительства. В день транспортировки дома ребенка посещает участковый врач, проводится осмотр, беседа с родителями, определяется кратность посещения пациента на дому. Семья ребенка обеспечена аппаратом ИВЛ, расходным материалом, мама обучена навыкам ухода за ребенком. Финансирование осуществляется некоммерческими организациями. Кроме того, организована работа выездных патронажных служб детям в Краснодарском крае. Анализ оказания паллиативной медицинской помощи показал, что в Краснодарском крае 193 ребенка нуждаются в круглосуточной стационарной паллиативной помощи, из них большая часть – дети с поражением ЦНС (71,5%), больные онкологическими заболеваниями составляли четверть от всех (21,2%), прочие заболевания – 7,3% больных детей. На амбулаторном этапе в кабинетах паллиативной помощи получают терапию 250 инкурабельных больных. Большинство детей имеют неврологическую патологию (94%), 3% - онкологические больные, 3% с прочими патологиями. Кроме стационарного и амбулаторного этапа, паллиативная медицинская помощь оказывается 14 детям на дому с такими патологиями, как

наследственные нервно-мышечные заболевания (78,6%), врожденные пороки ЦНС (7,1%), лизосомная болезнь накопления (7,1%), болезнь Помпе (7,1%).

Выводы: В период с 2012 по 2018 гг. количество коек увеличилось до 28 в городе Краснодаре и городах края. Активно идет внедрение оказания паллиативной помощи детям в амбулаторных условиях (20 кабинетов) и на дому (14 пациентов). Большинство детей, получающих паллиативную медицинскую помощь имеют тяжелые поражения ЦНС, вторыми по значимости являются онкологические заболевания.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИНГАЛЯЦИОННЫМИ АНТИБИОТИКАМИ У ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Оганесян И.С.

Научный руководитель: Водовозова Э.В., к.м.н., доцент; Леденева Л.Н., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Больные муковисцидозом (МВ) представляют собой одну из тяжелых категорий пульмонологических больных, и корректная антибактериальная терапия респираторной инфекции при данной патологии определяет прогноз заболевания. В 2008 году в Российской Федерации был зарегистрирован природный аминогликозид третьего поколения – тобромицин, который на сегодняшний день является наиболее применяемым ингаляционным антибиотиком у пациентов с муковисцидозом во всем мире, так как помогает контролировать легочную синегнойную инфекцию. В 2010 г. в России был зарегистрирован дженерик тобрамицина - «Тобрамицин-Гобби», который в тот же временной промежуток начал применяться в пульмонологическом отделении ГБУЗ СК «КДКБ».

Цель: Определение эффективности и безопасности ингаляционного антибиотика Тобромицин-Гобби, при лечении детей с муковисцидозом в Ставропольском крае (СК).

Материалы и методы: Тобромицином-Гобби пролечено 16 детей, поступивших в пульмонологическое отделение в ГБУЗ СК «КДКБ» с 2010 по 2018 гг., с диагнозом муковисцидоз. Проанализированы результаты исследований посева мокроты на патогенную флору до и после применения ингаляционных антибиотиков для оценки эффективности лечения. Данные обработаны с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel и пакета программ Microsoft Excel 2010.

Результаты: В период с 2010 по 2018 гг. 16 больных с тяжелым течением МВ в возрасте старше 6 лет получали курсы Тобромицин-Гобби в течение 18-28 дней, повторные курсы проводились у 6 (37,5%) пациентов, из них у 3-х (18,8%) курс антибиотика продолжался амбулаторно. Микробиологический диагноз пациентов: Ps. aurginosa, у 5-х (31,3%) больных, St. aureus у 2-их (75,0%), Streptococcus pyogenes у 4-х (25,0%), в единичных случаях высевались Klebsiella, Chlamydia, Achromobacter и Candida albicans, у 11 (68,8%) пациентов флора была комбинированная. Побочные действия в виде кратковременных сухости, неприятного вкуса во рту и осиплости голоса и отмечались у 5 (31,2%) больного. Эффект от проводимой терапии отмечался в среднем на 8-9 день от начала лечения: уменьшились интенсивность кашля и количество мокроты, улучшились аускультативные данные, возросли показатели функции внешнего дыхания (ОФВ1 и ФЖЕЛ), Ps. aurginosa высеялась у 1 (6,3%) больного из 16 детей, страдавших МВ и получавших данный препарат.

Выводы: Все вышесказанное позволяет говорить об эффективности применения ингаляционного антибиотика Тобромицин-Гобби у детей Ставропольского края, страдающих муковисцидозом.

ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПО ДАННЫМ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ СК КДКБ Г. СТАВРОПОЛЯ

Карханина В.А., Лавриненко А.А.

Научный руководитель: Водовозова Э.В., к.м.н., доцент, Леденева Л.Н., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Заболевания бронхолегочной системы до 50,0 % случаев сопровождаются развитием легочной гипертензии и до 90,0 % являются причиной формирования хронического легочного сердца у больных. Декомпенсированное хроническое легочное сердца в 30,0-37,0 % случаев является причиной смерти от недостаточности кровообращения.

Цель: Проанализировать частоту встречаемости легочной гипертензии при различной бронхолегочной патологии у детей Ставропольского края (СК

Материалы и методы: Обследовано 958 больных с различной бронхолегочной патологией в возрасте от 1 месяца до 17 лет, госпитализированных в пульмонологическое отделение (ПО) ГБУЗ СК «КДКБ» в 2015 году. Данные обработаны при помощи пакета прикладных программ - Microsoft Excel 2010, Eplinfo 5.0, Biostatistics 4.03, Statistica v 10.

Результаты: Нами выявлено, что в 2015 г. из 958 больных с различной бронхлегочной патологией, госпитализированных в ПО, у 56 (5,8%) верифицирована легочная гипертензия 1 степени (более тяжелые степени легочной гипертензии в 2015 г верифицированы в ПО не были). Из них мальчиков было 31 (55,4%), девочек – 25 (44,6%), в городе проживали - 12 (21,4%), в селе – 44 (78,6%). По возрасту, пациенты распределились следующим образом: от 0 до 12 мес. - 9 (16,1%), 1-3 года – 13 (23,2%), 4-6 лет – 13 (23,2%), 7-10 лет – 10 (17,9%), 11-14 лет – 5 (8,9%), 15-17 лет – 6 (10,7%) детей. Легочная гипертензия 1 степени, диагностирована у больных с бронхиальной астмой в 17 (30,4%) случаях, обструктивным бронхитом с рецидивирующим течением - 15 (26,8%), муковисцидозом - 9 (16,1%), врожденными пороками развития бронхо-легочной системы – 6 (10,7%), рецидивирующим бронхитом - 5 (8,9%), бронхолегочной дисплазией – 2 (3,6%)

Выводы: Легочная гипертензия 1 степени у детей Ставропольского края, страдающих различной бронхо-легочной патологией в большей степени проявляется у мальчиков, проживающих в сельской местности больных бронхиальной астмой и обструктивным бронхитом с рецидивирующим течением.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

Самкина О.Н.

Научный руководитель: Водовозова Э.В., к.м.н., доцент, Леденева Л.Н., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: По данным Всемирной организации здравоохранения железодефицитная анемия (ЖДА) занимает первое место среди 38 наиболее распространенных заболеваний человека и зависит, в основном, от особенностей питания. Распространенность ЖДА зависит от возраста, пола, физиологических особенностей, сопутствующей патологии, социально–экономических условий, экологической среды обитания. Дети, особенно первых 2 лет жизни, девочки-подростки являются группами самого высокого риска по развитию дефицита железа, вследствие своих физиологических особенностей и высокой потребности в данном элементе

Цель: Изучить заболеваемость ЖДА у детей Ставропольского края (СК), по данным краевой консультативной поликлиники государственного бюджетного учреждения здравоохранения Краевая детская клиническая больница (ККП ГБУЗ СК «КДКБ») г. Ставрополя

Материалы и методы: обследованы 452 ребенка с ЖДА при обращении к врачу-гематологу ККП в период с 2012– 2016 гг. Для обработки данных использовался пакет программных приложений Microsoft Excel 2010. Для оценки статистической значимости различий показателей заболеваемости в разных районах Ставропольского края применим непараметрический критерий Краскела-Уоллиса, для попарного множественного сравнения заболеваемости разных степеней тяжести заболевания используем непараметрический критерий Ньюмена-Кейлса

Результаты: Из обследованных нами 452 детей, 246 (54,4%) было мальчиков и 206 (45,6%) девочек, сельских жителей – 317 (70,1%), городских – 139 (30,8%). В возрасте от 0 до 1 года – 101 (22,3%) больных, от 1 года до 3 лет – 177 (39,9%), от 3 до 7 лет – 44 (9,7%), от 7 до 12 лет – 22 (4,9%) и от 12 до 18 лет – 107 (23,7%) обследованных. ЖДА 1 степени тяжести диагностирована у 199 (44,0%) больных, 2 степени тяжести – у 173 (38,3%) и 3 степени тяжести – у 80 (17,7%) пациентов. При анализе заболеваемости выявлено, что наибольшее количество статистически значимых отличий имеют г. Ставрополь и Георгиевск, где заболеваемость ниже и Труновский, Андроповский, Изобильненский и Левокумский районы с наиболее высоким уровнем заболеваемости по сравнению с другими районами СК. Изучив заболеваемость в зависимости от степени тяжести нами было отмечено, что показатели заболеваемости у детей с ЖДА 3 степени (0,036 ± 0,068) статистически значимо ниже показателей заболеваемости больных с 1-ой (0,114 ± 0,184) и 2-ой (0,093 ± 0,158) степенью тяжести болезни ($p < 0,05$). Между показателями заболеваемости 1-ой и 2-ой степени тяжести статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$).

Выводы: Из обследованных 452 детей, страдающих ЖДА, обратившихся в ККП ГБУЗ СК «КДКБ» к врачу- гематологу в период с 2012 по 2016 годы большинство было мальчиков, проживающих в сельской местности. Наибольшая частота верификации данного диагноза приходится на ранний (от 0 до 3 лет) – 278 (61,5%) и подростковый 107 (23,7%) возраст, наибольшая заболеваемость зафиксирована в Труновском, Андроповском, Изобильненском и Левокумском районах, а наименьшая – в г. Ставрополе и Георгиевском районе СК. Заболеваемость ЖДА 3 степени тяжести достоверно ниже ($p < 0,05$), чем данный показатель для ЖДА 1 и 2 степени, которые между собой не имеют достоверных различий

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА АЛЬПОРТА

Санникова В.С.

Научный руководитель: Демура Т.А., д.м.н., профессор кафедры патологической анатомии им. акад. А. И. Струкова

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

Введение: Клубочковая гематурия, длящаяся как минимум год, встречается у одного процента популяции, и в большинстве своем это следствие болезни тонких базальных мембран. Гораздо реже это один из симптомов синдрома Альпорта, который также носит название наследственного нефрита. Несмотря на то, что данная патология является орфанной, к ней необходимо привлекать внимание студентов и врачей, так как своевременная диагностика и, как следствие, вовремя начатое лечение может замедлить темп прогрессирования заболевания и отсрочить неуклонное наступление терминальной стадии почечной недостаточности.

Цель: Изучить данные литературы по морфологическим и молекулярно-биологическим особенностям синдрома Альпорта.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ научно-исследовательских и клинических данных с использованием баз данных Medline и Elibrary Judy Savige, Martin Gregory, Oliver Gross, Clifford Kashtan, and Frances Flinter: Expert Guidelines for the Management of Alport Syndrome and Thin Basement Membrane Nephropathy. J Am Soc Nephrol 24: 364–375, 2013 Laurence Heidet and Marie-Claire Gubler: The Renal Lesions of Alport Syndrome. J Am Soc Nephrol 20: 1210–1215, 2009 Jenny Kruegel, Diana Rubel and Oliver Gross: Alport syndrome - insights from basic and clinical research. Nature Reviews Nephrology, 2013 Hudson, B. G. The molecular basis of Goodpasture and Alport syndromes: beacons for the discovery of the collagen IV family. J. Am. Soc. Nephrol. 15, 2514–2527, 2004. Matsusaka, T. et al. Podocyte injury damages other podocytes. J. Am. Soc. Nephrol. 22, 1275–1285 ,2011. Judy Savige, Deb Colville, Michelle Rheault, Susie Gear, Rachel Lennon, Sharon Lagas, Moira Finlay, and Frances Flinter: Alport Syndrome in Women and Girls. Clin J Am Soc Nephrol 11: 1713–1720, 2016

Результаты: Гломерулярная базальная мембрана является частью сложно организованного селективного почечного фильтра, и в состав ее средней пластинки входит коллаген IV типа. Эмбриональный гетеротример коллагена IV типа α1- α1- α2 синтезируется во всех трех типах клеток почечного клубочка: подоцитах, эндотелиальных и мезангиальных клетках. Зрелый же гетеротример синтезируется только в подоцитах. Таким образом, подоциты являются ключевыми клетками, во внутриклеточном синтезе которых происходят изменения при наследственном нефрите. Успешная смена эмбрионального тримера на зрелый, в свою очередь, влияет на развитие самих подоцитов, таким образом, возникает порочный круг: нарушается сборка гетеротримера коллагена типа IV, результатом чего становится снижение молекулярной стабильности гломерулярной базальной мембраны и ее расщепления; при этом из-за отсутствия неизменённого гетеротримера α3- α4- α5 в базальной мембране изменяется расположение подоцитов, их ножки истончаются, происходят разрывы щелевых диафрагм. Именно этот порочный круг приводит к классическим проявлениям синдрома Альпорта – микро- и макрогематурии, протеинурии. При прогрессировании заболевания разрушенные участки базальной мембраны склерозируются, измененные подоциты подвергаются деструкции; их остатки аккумулируются в виде экстрацеллюлярного матрикса. Это приводит к диффузному фиброзу почки из-за появления фибробластов в ходе эпителиально-мезенхимального перехода, который начинается как физиологический механизм ответа организма на повреждение и является способом заживления ран. Результатом становится быстро прогрессирующая почечная недостаточность.

Выводы: Синдром Альпорта является классическим орфанным наследственным заболеванием, ключевым моментом в патогенезе которого является нарушение синтеза гетеротримера α3- α4- α5 коллагена IV типа. Для верификации и дифференциальной диагностики наследственного нефрита необходима морфологическая диагностика с использованием электронной микроскопии и иммуногистохимических техник. Предпочтителен выбор взятия биоптата кожи вместо биоптата почки как менее инвазивного вмешательства. По возможности и при наличии классической клинической картины молекулярно-генетическое исследование должно быть проведено до всех возможных биопсий.

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ВИЛЬЯМСА

Шуваева К. В., Измаилова А. А.

Научный руководитель: Новожилова И.Ю., к.м.н.

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

Введение: Синдром Вильямса – мультисистемное генетическое заболевание, обусловленное микроделецией участка 7 хромосомы в области ее длинного плеча. Данный синдром характеризуется наличием симптомокомплекса: характерным фенотипом «лицо эльфа», пороками развития сердечно-сосудистой системы (надклапанным стенозом аорты и стенозом легочной артерии), гиперкальциемией, изменением опорно-двигательного аппарата, нарушением формирования зубов, наличием грубого тембра голоса, изменением липидного профиля, отставанием в физическом и нервно – психическом развитии, гипотиреозом, преждевременным половым развитием (ППР) у девочек.

Цель: Выявить общие и индивидуальные особенности клинико-лабораторных проявлений у детей с синдромом Вильямса.

Материалы и методы: Проведен анализ двух случаев синдрома Вильямса у детей: у мальчика 2012 года рождения и девочки 2014 года рождения, которые наблюдаются в консультативно-диагностическом эндокринологическом центре ГКБ № 4 г. Иваново.

Результаты: У мальчика 2012 года рождения по данным амбулаторной карты из анамнеза жизни известно, что он родился недоношенным – в 35 недель гестации. У ребенка в периоде новорожденности были отмечены множественные стигмы дизэмбриогенеза: широкий лоб, полные щеки, короткий нос, вздернутый кончик носа, пухлые губы, широкий рот, маленькая нижняя челюсть, низкий тембр голоса. Со стороны сердечно-сосудистой системы у мальчика был выявлен умеренный стеноз легочной артерии, по поводу которого он был оперирован на первом году жизни. Неврологом был установлен диагноз: детский церебральный паралич средней степени тяжести, задержка НПР, нарушение речевого развития (речь в виде отдельных слов, искаженных, с постоянным повторением; стертая дизартрия), по поводу которых проводится терапия. При дальнейшем обследовании у мальчика в возрасте двух лет был обнаружен солевой диатез, нефрокальциноз, по УЗИ почек: «синдром выделяющихся (белых) пирамидок». На основании этого симптомокомплекса заподозрен синдром Вильямса, который затем был подтвержден генетически. В план обследования данного заболевания входит и консультация эндокринолога, которым было выявлено отставание в росте (-2,2 SDS – субнанизм); был диагностирован гипотиреоз. Уровень ТТГ - 14 мкМЕ/мл, по УЗИ щитовидной железы установлена гипоплазия щитовидной железы - общий объем 0,8 мл, исключен аутоиммунный тиреоидит, назначена заместительная гормональная терапия левотироксином натрия в дозе 25 мкг в сутки, длительно, которую получает до настоящего времени. Девочка 2014 года рождения, так же родилась недоношенной – в 36 недель гестации. Уже в периоде новорожденности был заподозрен синдром Вильямса по характерному фенотипу: стигмы дизэмбриогенеза - миндалевидные глаза, полные губы, маленький подбородок, узкое лицо, широкий рот; низкий тембр голоса. При тщательном обследовании был выявлен врожденный порок сердца – стеноз аорты, незначительный, не требующий хирургической коррекции. Синдром был подтвержден генетически. Девочка наблюдается у эндокринолога с 3 лет 9 месяцев. У нее также был выявлен гипотиреоз. Уровень ТТГ - 9,68 мкМЕ/мл, был исключен аутоиммунный тиреоидит; имеется незначительное отставание в росте (-1 SDS); задержка НПР в виде задержки речевого развития (произношение отдельных слов с 1,5 лет), ходит с 2-х лет 1 мес. Проводились обследования для исключения ППР: рентгенограмма кистей – костный возраст соответствует паспортному; УЗИ матки и придатков – единичные фолликулы в яичниках, М-Эхо 1,2

мм; по УЗИ молочных желез - железистой ткани нет; уровни половых гормонов соответствуют допубертатным значениям. УЗИ почек – без патологии. В анализах крови отмечено неоднократно умеренное повышение уровня ионизированного кальция до 1,37 ммоль/л и до 1,34 ммоль/л (1,16-1,32). Девочке назначена заместительная гормональная терапия левотироксином натрия в дозе 12,5 мкг. На фоне проводимого лечения у обоих детей достигнут медикаментозный эутиреоз, улучшились показатели физического развития и НПР.

Выводы: Таким образом, подтверждена концепция множественного поражения организма при синдроме Вильямса.

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АЦЕТОНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Червяковская О.Д.

Научный руководитель: Жестянникова Е.И., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И.П.Павлова Минздрава России

Введение: Ацетонемический синдром (АС) — одно из наиболее часто встречающихся патологических состояний, как в раннем детском возрасте, так и среди детей младшего школьного возраста. В последние годы в структуре госпитализируемых детей значительно увеличился удельный вес детей с АС в 2,1 раза. Первичный (идиопатический) АС — синдром циклической ацетонемической рвоты, маркер нервно-артритической аномалии конституции характерезуется гиперурикемией, гиперкетонемией, ацетонурией и ацидозом. Широкая распространенность АС у детей, вероятность трансформации в соматическую патологию обуславливает актуальность изучения АС в педиатрической практике и поиск причин рецидивирования кетонемии и кетонурии.

Цель: Изучение особенностей развития АС на конкретном примере с проведением дифференциальной диагностики, оценкой тяжести течения данного заболевания, а также оценкой выбранной тактики лечения.

Материалы и методы: Проведено клинико-анамнестическое и лабораторно-инструментальное обследование пациентки с первичным АС.

Результаты: Из анамнеза известно, что ацетонемические рвоты продолжаются у пациента в течение 3 лет. В результате обследований выявлена характерная клиническая картина АС: многократная неукротимая рвота, болевой абдоминальный синдром, запах ацетона изо рта, пациентка бледная, имеется дефицит массы тела, сниженный мышечный тонус, повышенная потливость. В результате лабораторных исследований обнаружено повышение лактата в крови, гиперурекемия, кетонурия, незначительная гипогликемия, повышение фекального кальпротектина. В результате инструментальных исследований на ЭКГ выявляются отчетливые нарушения метаболизма миокарда желудочков, по результатам ФЭГДС обнаружен поверхностный гастродуоденит с лимфостазом.

Выводы: При любом заболевании, сопровождающимся рвотой, необходимо исключать ее ацетонемический характер. Важно производить лабораторную диагностику – определять уровень лактата, мочевины в крови, а также кетонов в крови и моче.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. САРАНСК

Москалева А.В., Ситдиков И.И., Зольникова Т.М., Шмаков Д.В.

Научный руководитель: Самошкина Е.С., к.м.н., доцент кафедры педиатрии

ФГБОУ ВО Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, Медицинский институт

Введение: Понятие ОРВИ отражает полиэтиологичную группу вирусных заболеваний, протекающих с преимущественным поражением респираторного тракта. Распространение вирусов в популяции происходит воздушно-капельным и, реже, контактно – бытовым путями, что, в совокупности с высокой восприимчивостью населения, объясняет обширную распространенность данной группы заболеваний по всем континентам. Кроме того, наряду с развитием вирус-опосредованного симптомокомплекса, в ходе ОРВИ нередко наблюдается присоединение вторичной бактериальной инфекции с развитием тяжелых осложнений. Таким образом, актуальность данной проблемы на сегодняшний день остается неоспоримой и стимулирует к ее углубленному изучению.

Цель: Изучение особенностей течения ОРВИ у детей г. Саранска (на примере Детской поликлиники №1). Задачи: оценить заболеваемость ОРВИ у детей различных возрастных групп; оценить характер терапии у детей при ОРВИ и исследовать частоту развития осложнений у детей различного возраста с ОРВИ.

Материалы и методы: В ходе исследования методом случайной выборки было отобрано 4905 амбулаторных карт детей в возрасте от 0 до 18 лет, из которых были отобраны 2322 амбулаторные карты детей с эпизодами ОРВИ, перенесенными в период с января 2016 года по январь 2017. На втором этапе исследования было выполнено разделение отобранных вариант по возрастным группам: I (0-1 лет): n = 131; II (1-3 лет): n = 369; III (3 -7 лет): n = 535; IV (7-12 лет): n = 727; V (12 – 18 лет): n = 560. На третьем этапе исследования был произведен анализ заболеваемости по месяцам, характера терапии и структуры осложнений.

Результаты: Наиболее часто ОРВИ регистрировалась у детей младшего школьного возраста (7 – 12 лет), а реже всего ОРВИ болели дети до года, что, вероятнее всего, объясняется относительной социальной изоляцией грудных детей и наличием у них пассивного иммунитета, полученного от матери. Наибольший подъем заболеваемости ОРВИ среди детей наблюдался в осенне – зимний период с тенденцией нарастания к декабрю, а у детей первого года жизни – к февралю. Среди осложнений ОРВИ у детей чаще всего встречался острый обструктивный бронхит (0,9%), а также бактериальная патология со стороны ЛОР-органов: острый гнойный средний отит (0,52%) и острый гнойный синусит (0,39%). Необходимо отметить, что острый обструктивный бронхит и острый гнойный средний отит чаще всего встречались в группе детей в возрасте от 3 до 7 лет, а острый гнойный синусит преобладал в группе детей старшего возраста. Анализ характера терапии показал, что чаще всего врачами назначались противовирусные препараты (38%), антипиретики (15%), препараты для лечения кашля и ринита (11% и 12% соответственно). В меньшей степени отмечалось назначение антибиотиков и других препаратов. Среди противовирусных препаратов лидером явились препараты интерферона альфа-2b (55%), а также эргоферон (24%). Среди антипиретиков чаще всего назначался нурофен (40%); среди препаратов для лечения кашля и ринита – Лазолван (41%) и Аквалор (53%) соответственно. При развитии бактериальных осложнений чаще всего назначались препараты пенициллинового ряда – Флемоксин Солютаб (35%) и цефалоспорины III поколения – Супракс (31%).

Выводы:

1. Выявлена тенденция к преобладанию ОРВИ у детей школьного возраста по сравнению с дошкольниками (54% и 46% соответственно);

2. Среди осложнений на фоне ОРВИ наиболее часто регистрировался острый обструктивный бронхит, с максимальной частотой встречаемости в возрастном интервале 3-7 лет;

3. При изучении характера терапии установлено, что наиболее часто используемыми препаратами являются препараты интерферона альфа-2b и индукторы собственного интерферона.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТОЦИЛИЗУМАБА У ДЕТЕЙ С СИСТЕМНЫМ ЮВЕНИЛЬНЫМ ИДИОПАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ С ДЕБЮТОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДО 2-Х ЛЕТ

Криулин И.А., Алексеева Е.И., Дворяковская Т.М., Москалев А.В., Альшевская А.А.

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

ФГАОУ ВО Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Введение: Системный ювенильный идиопатический артрит (сЮИА) – это самая тяжелая форма артрита у детей, часто дебютирующая в раннем возрасте. Однако вопросы об особенностях ведения таких пациентов и возможности применения для них особых терапевтических схем и тактик недостаточно изучены в настоящее время. Тоцилизумаб – генно – инженерный биологический анти-ИЛ-6 препарат, наиболее активно применяемый в настоящее время у таких пациентов. На данный момент в клинических рекомендациях нет четких указаний на длительность лечения, сроки и показания к отмене терапии тоцилизумабом.

Цель: Изучить эффективность и структуру причин отмены терапии тоцилизумабом у детей с сЮИА до 2-х летнего возраста.

Материалы и методы: В исследование включено 60 детей, дебютировавших в возрасте до 2-х лет, проходивших лечение тоцилизумабом в ревматологическом отделении НМИЦ здоровья детей МЗ РФ. Эффективность терапии оценивалась по сохранению системных проявлений, показателям суставного синдрома, педиатрическим критериям американской коллегии ревматологов (АКРпеди) и критериям неактивного заболевания и ремиссии по Wallace. Средняя длительность наблюдения для общей когорты пациентов составила 27 [12;48] месяцев (медиана [ИКР]). Длительность наблюдения составила 149,8 пациенто-лет.

Результаты: Терапия тоцилизумабом продемонстрировала высокую эффективность уже через 1 месяц терапии: 96,7%/95%/91,7%/83,3% пациентов достигли 30/50/70/90% улучшения по критериям АКРпеди; у 83,3% пациентов прошли полностью системные проявления и у 71,7% детей отмечено развитие неактивной стадии заболевания по критериям Wallace. Из 46 пациентов, получавших терапию не менее 1 года после 12 месяцев терапии, 23 (53,5%) достигли ремиссии. За время наблюдения 28 из 60 (46,7%) пациентов достигли ремиссии. Терапия тоцилизумабом была прекращена у 27/60 детей, из них у 9 (15%) - по причине длительной ремиссии, у 14 (23,3%) - первичной или вторичной неэффективности, у 2 (3,3%) - частых нежелательных явлений и у 2 (3,3%) - по административным причинам. У 20% пациентов с неэффективностью терапии отмена произошла после 12 месяцев [6;34,5] лечения. В случае ремиссии, тоцилизумаб отменялся не ранее 2-х лет от момента достижения стадии неактивной болезни, средняя длительность лечения у этой группы пациентов составила 48 [42;46] месяцев.

Выводы: Результаты исследования показали, что тоцилизумаб высокоэффективен у больных сЮИА, дебютировавших в возрасте до 2-х лет. Препарат индуцировал ремиссию суставного синдрома и внесуставных проявлений, что позволило в дальнейшем добиться клинической ремиссии на фоне отмены терапии у 15% детей.

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИБИОТИКОВ И ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ: МНЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ

Васильева А.Н.

Научный руководитель: Еремеева А.В., к.м.н., доцент

ФГАОУ ВО Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Введение: Формирование устойчивости микроорганизмов к антибиотикам является одной из ключевых мировых проблем и серьезной угрозой для здоровья человечества. Данная проблема может затронуть каждого человека, столкнувшегося в антибиотико-резистентным возбудителем. В последние годы в связи с необоснованным и неправильным использованием антибиотиков антибиотикорезистентность (АР) набирает темпы.

Цель: выяснить отношение матерей к антибиотикам (АБ), адекватность их применения при различных заболеваниях у детей, степень доверия к медицинскому персоналу по вопросам назначения АБ, а также их информированность о наличии проблемы АР.

Материалы и методы: для проведения исследования была разработана анкета. Анкетирование проводилось среди матерей госпитализированных пациентов в ДГКБ имени Г. Н. Сперанского в течение 2018 года, а также матерей амбулаторных пациентов. Критерием включения являлось наличие хотя бы одного не достигшего совершеннолетия ребенка и отсутствие у матери медицинского образования. Всего было проанализировано 102 анкеты. 76,5% опрошенных проживают в городе Москва, у 66,6% - средний уровень дохода на каждого члена семьи превышает 15 000 рублей. Медиана возраста среди опрошенных матерей – 37 лет.

Результаты: Основными источниками информации для получения сведений о лекарствах, болезнях и методах лечения, которыми пользуются опрошенные, являются участковые педиатры (54,5%) и интернет (39%). Менее 6% принявших участие в опросе не доверяют врачам любых специальностей. Большая часть из опрошенных считают, что ребенок не нуждается в АБ при боли в горле (74,5%), при ОРВИ (72,5%) и при наличии отделяемого из носа зеленого цвета (65,7%). Матери считают необходимым применение АБ при жалобах на боли в ушах (62,7%), наличии отделяемого из ушей (80,4%) и симптомах ангины (78,4%). Важно, что 14,7% матерей отведут ребенка на консультацию к другому специалисту, если первый не назначил АБ, необходимые, по ее мнению, для выздоровления ребенка, и 36,3% прибегнут к консультации другого специалиста при назначение АБ, в том случае, когда мать не видит в ней необходимости. Кроме того, нами было выяснено, что 12,7% опрошенных никогда не дадут ребенку АБ, даже если их назначил врач. Также были получены данные о том, почему родители опасаются давать АБ: 85,3% опрошенных обеспокоены возможным развитием аллергических реакций, 79,4% - развитием дисбактериоза кишечника. Только 21,5% матерей с уверенностью могут сказать, что такое АР, и лишь 15,6% - предполагают, что знают, что такое АР.

Выводы: Стоит обратить внимание, что только чуть более половины опрошенных получают сведения от медицинских работников. Для решения данной проблемы необходимо принимать меры как среди медицинского персонала, так и среди всего населения. В связи с тем, что для большинства интернет является одним из основных источников информации, необходимо создать доступные и качественные ресурсы, где матери смогут находить в доступном виде исчерпывающую информацию по антибактериальной терапии и антибиотико-ресистентности.

ГЕМИАТРОФИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ТАКТИКА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА.

Чепурнова Е.С., Харке В.В., Мамедов А.А., Подчерняева Н.С., Скакодуб А.А.

Научный руководитель: Мамедов А.А., д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии, Подчерняева Н.С., д.м.н., профессор, кафедра детских болезней,

ФГАОУ ВО Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Введение: Гемифациальная атрофия - поражение половины лица, присущее таким заболеваниям как склеродермия и синдром Парри-Ромберга. Синдром Парри-Ромберга - состояние, характеризующееся медленным прогрессированием атрофии кожи лица, подлежащей подкожно-жировой клетчатки, мышц и костных структур. Зона атрофии обычно совпадает с местами прохождения ветвей тройничного нерва. Давно ведутся споры по поводу сходств синдрома Парри-Ромберга и локализованной формы склеродермии. Где склеродермия, являющаяся хроническим заболеванием соединительной ткани, характеризуется развитием участков воспаления, с последующей индурацией и атрофией кожи и подлежащих тканей лица.

Цель: Целью данного исследования является выявление различий между склеродермией и синдромом Парри-Ромберга на основании клинико-рентгенологической картины и разработка практических рекомендаций для врачей педиатров и стоматологов.

Материалы и методы: Было обследовано 20 пациентов, 4 из которых был поставлен диагноз синдром Парри-Ромберга, 16 - склеродермия. Возраст варьировал от 4 до 17 лет, где 12 пациентов были девочками, и 5 мальчиками. Всем пациентам были проведены клинический осмотр, опрос, изучение историй болезни, фотометрия, изучение контрольно-диагностических моделей, компьютерной томографии черепа.

Результаты: При изучении медицинских карт пациентов, было выявлено наличие мультифакторной этиологии склеродермии. Пациенты связывали начало заболевания с травмой, инсоляцией, укусом клеща, возникновением изменений на коже после перенесенных вирусных инфекций. Симдром Парри-Ромберга выявлялся случайно при осмотре у врача стоматолога, при этом пациенты не связывали его с какими-либо триггерными факторами. У всех пациентов был выявлен также участок алопеции в лобно-теменной области. При дальнейшем прогрессировании заболевания кожа в области пораженных участков истончалась, при пальпации - склерозированная, с участками индурации. Выявлялись атрофические изменения кожи, подлежащей подкожно-жировой клетчатки, мышц и костных структур лицевого и мозгового черепа. Из-за истончения костных структур в лобно-теменной области, у пациентов отмечались неврологические симптомы, такие как односторонние головные боли. Всем пациентам была проведена компьютерная томография, где выявлены: Недоразвитие/нарушение развития костных структур на пораженной стороне Задержка прорезывания зубов Расширение периодонтальных связок Резорбция корней зубов Атрофия альвеолярного отростка на стороне положения Адентия Поражение ВНЧС При склеродермии также поражаются суставы кистей рук, лучезапястных, голеностопных, суставы стоп с развитием стойких артритов и тугоподвижности. При внутриротовом обследовании были выявлены: Дистопия, супраположение зубов на пораженной стороне Сужение верхнего зубного ряда Наличие перекрестного прикуса Ретенция Множественный кариес Гингивит, пародонтит Для пациентов с синдромом Парри-Ромберга характерно вовлечение в процесс атрофии средней зоны лица. Наблюдается гиперпигментация и атрофия кожи, подкожно-жировой клетчатки, костных структур в зонах иннервации тройничного нерва.

Выводы: Главная задача ортодонта при реабилитации таких пациентов, обеспечить правильное прорезывание всех постоянных зубов в зубном ряду и скомпенсировать окклюзионные плоскости справа и слева до окончания активного роста пациента. Пациентам со склеродермией назначается иммуносупрессорная терапия, а в активной фазе заболевания не рекомендуется проводить активных ортодонтических манипуляций в полости рта. В стадии ремиссии пациентам были установлены несъёмные расширяющие аппараты на верхнюю челюсть (ХААСА), съемные расширяющие аппараты. Отмечена положительная динамика в нормализации положения отдельных зубов, а также их смыкания у всех пациентов взятых на лечение. Пациентам с синдромом Парри-Ромберга не назначается иммуносупрессорная терапия, основное лечение заключается в проведении хирургических восстановительных манипуляций после завершения активного роста.

АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ УРОКУЛЬТУР ESHERICHIA COLI У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Доронина С.Р., Колесник Э.Н.

Научный руководитель: Еремеева А.В., к.м.н., доцент

ФГАОУ ВО Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Введение: Инфекции мочевыводящих путей являются распространенными заболеваниями у детей. Наиболее частый возбудитель - Esherichia coli, по некоторым данным, 90% случаев инфекций мочевыводящих путей приходится на этот грамм-отрицательный микроорганизм. Чаще всего E.coli восходящим путем проникает в мочевыводящую систему, где вызывает инфекционный процесс, который может закончится развитием пиелонефрита. Поэтому необходимо изучение антибиотикочувствительности E.coli для эффективного эмпирического подбора антибактериальной терапии.

Цель: Анализ антибиотикочувствительности культур E.coli выделенных от пациентов детского нефрологического отделения.

Материалы и методы: Ретроспективно проанализированы выписные эпикризы из 1101 истории болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в детском нефрологическом отделении ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского за период с 2013 года по 2018 год. Были отобраны те пациенты, у которых при микробиологическом исследовании мочи, был обнаружен рост культур E.coli. Данные анализа чувствительности E.coli к антибактериальным средствам диско-диффузным методом за период с 2016 до 2018 года.

Результаты: Число детей, у которых при микробиологическом исследовании мочи был обнаружен рост E.coli составило 63 человека. По степеням бактериурии группа распределилась следующим образом: 10^2 – 20% (12 человек), 10^3 – 25,4% (16 человек), 10^4 – 17,46% (11 человек), 10^5 – 26,98% (17 человек), 10^6 – 11,11% (7 человек). Исследовалась антибиотикочувствительность E.coli к следующим препаратам Амоксициллин+Клавулановая кислота, Нитрофурантоин, Гентамицин, Фосфомицин, Цефотаксим, Ко-тримоксазол. По полученным данным за последние 3 года увеличилась чувствительность E.coli к Гентамицину с 87% до 91%, к Цефотаксиму с 75% до 97%, к Ко-тримоксазолу с 65% до 87%. К Нитрофурантоину и Фосфомицину чувствительность остается на высоком уровне и за 2018 год составляет для Нитрофурантоина 96,7%, для Фосфомицина 100%. Чувствительность к Амоксициллин+Клавулановой кислоте снизилась с 98% до 90%.

Выводы: Таким образом, мы считаем, что меры по снижению резистентности E.coli к Гентамицину, Цефотаксиму, Ко-тримоксазолу эффективны и требуют продолжения. Выявление снижения антибиотикочувствительности E.coli к Амоксициллин+Клавулановой кислоте требует особого внимания. Возможно, это связано с частым применением антибактериального препарата в амбулаторной практике и при других патологических состояниях.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИМВП И ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ

Доронина С.Р., Колесник Э.Н.

Научный руководитель: Еремеева А.В., к.м.н., доцент

ФГАОУ ВО Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Введение: Инфекции мочевыводящих путей у детей относятся к наиболее частым бактериальным инфекциям детского возраста. Важность диагностики и лечения состоит не только в высокой заболеваемости, но и в диапазоне клинических проявлений и рисках тяжелых осложнений. В настоящее время назначение антибактериальной терапии при лечении инфекций мочевыводящих путей происходит эмпирически сразу при постановке диагноза без учета возбудителя. Это связано с тем, что дожидаться результат микробиологического исследования не представляется возможным. Поэтому во всем мире изучается структура выделенной флоры от пациентов с инфекцией мочевыводящих путей и пиелонефритом, чтобы использовать статистические данные для определения группы антибактериальных препаратов для эмпирической терапии.

Цель: Изучить характер микробной флоры мочи и изменение спектра культур, выделенных от пациентов с учетом возраста.

Материалы и методы: Ретроспективно проанализированы выписные эпикризы из 1101 истории болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении в детском нефрологическом отделении ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского за период с 2013 года по 2018 год. Из всех пациентов были отобраны те, в исследовании которых, был обнаружен рост флоры при микробиологическом исследовании посева мочи. Таким образом, выборочная группа составила 253 человека.

Результаты: Наиболее часто высевались: E.coli – 25% (63 человека), Enterococcus sp – 18,58 % (47 человек), Acinetobacter sp – 8,30% (21 человек), Pseudomonas - 9,88% (25 человек), Staphylococcus - 6,7% (17 человек). Сочетание нескольких видов микроорганизмов высевались в 16,20% случаев (41 человек). Наиболее частые ассоциации - Acinetobacter sp и Stenotrophomonas maltophilia, Acinetobacter sp и Enterococcus sp, Staphylococcus и Streptococcus. По степеням бактериурии группа с монокультурой распределилась следующим образом: 10^2 – 16,6% (42 человека), 10^3 – 27,67% (70 человек), 10^4 и более - 34% (86 человек). Из количества детей с клиническими проявлениями инфекций мочевыводящих путей и бактериурией 10^4 и более (86 человек) наиболее частыми возбудителями стали: E.coli – 37,2% (32 человека), Enterococcus sp – 12,79% (11 человек), Pseudomonas – 12,79 (11 человек), Acinetobacter sp – 10,46% (9 человек), Klebsiella – 8,1% (7 человек), Proteus – 5,81% (5 человек), Staphylococcus – 4,65% (4 человека). Также были рассмотрены изменения спектра микрофлоры у детей со степенью бактериурии 10^4 и более в зависимости от возраста. В возрастной группе от 1 до 3 лет (18 человек) с одинаковой частотой выявлялся рост E.coli – 22% (4 человека), Enterococcus sp – 22% (4 человека), и Klebsiella – 22% (4 человека); в группе от 4 до 7 лет (19 человек) преобладала E.coli – 42% (8 человек); у пациентов от 8 до 12 лет (27 человек) E.coli составила 48% (13 человек) и значительную долю занял Pseudomonas -18% (5 человек) ; в старшей возрастной группе от 13 до 17 лет (22 человек) также доминировала E.coli – 32% (7 человек), Staphylococcus -14% (3 человека) и Pseudomonas – 14% (3 человека).

Выводы: Таким образом, у детей с инфекций мочевыводящих путей в возрастной группе от 4 до 17 лет наблюдается преобладание в качестве возбудителя - E.coli. Однако, по результатам данного исследования не отмечается выраженного доминирования E.coli во всех возрастных группах. Также следует отметить, что по мере увеличения возраста у детей чаще высеваются госпитальные виды

микроорганизмов, таких как Pseudomonas, особенно у пациентов с хроническим течением заболевания и повторными госпитализациями в анамнезе.

СОСТОЯНИЕ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИИ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМ.

Карькова Т.А.

Научный руководитель: Латышев Д.Ю.

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: В последние годы активно изучается состояние комплекса интима-медиа (КИМ) сонных артерий и взаимосвязь между факторами риска мозгового инсульта и толщиной комплекса интима-медиа сонных артерий.Многочисленные эпидемиологические и клинические исследования показали, что изменение толщины комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии (ОСА) является ранним маркером системного атеросклероза . Установлено, что у пациентов с утолщением КИМ ОСА риск формирования атеросклеротических бляшек и мозгового инсульта. Это побуждает заниматься дальнейшим изучением особенностей состояния комплекса интима-медиа сонных артерий у детей с метаболическим синдромом .

Цель: Изучить состояние комплекса интима-медиа у детей с метаболическим синдромом .Установить влияние углеводного и жирового обмена на толщину комплекса интим-медиа сонных артерий, как возможного предиктора раннего развития атеросклероза у детей с ожирением старше 10 лет

Материалы и методы: Обследовано 27 детей (17 девочек) в возрасте от 9 до 17 лет с метаболическим синдромом , средний возраст 12,6±2,6 года. Нормативными значениями толщины КИМ для девочек считали 0,515-0,633 мм, для мальчиков 0,524-0,612мм (Lorenz M.W, 2007) Оценивали содержание холестерина, β-липопротеидов, липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), глюкозы, инсулина, индекс инсулинорезистентности (HOMA-IR), показатели артериального давления (АД) Для оценки статистической достоверности использовались критерии Фишера, для оценки взаимосвязи факторов - коэффициент корреляции Спирмана (r), значения $p<0,05$ расценивались как достоверные.

Результаты: Среднее значение толщины комплекса интима-медиа сонных артерии в общей группе составило 0,647±0,071мм, у девочек 0,650±0,084 мм, у мальчиков 0,620±0,048мм. Увеличение толщины комплекса интима-медиа сонных артерии наблюдалось у 58,8 % (10/17) детей . У девочек увеличение толщины комплекса интима-медиа сонных артерии выявлено у 7(10) , у мальчиков - 3 (7), различия недостоверны (p=0, 350). Не установлено прямой корреляционной взаимосвязи между толщиной комплекса интима-медиа сонных артерии с уровнем холестерина (r=0, 246 , p=0,362), β-липопротеидов (r=0, 229 , p=0,253), индексом HOMA-IR (r=-0, 286 , p=0,264), триглицеридов (r=0, 167 , p=0,464), ЛПВП (r=0, 067 , p=0,844), ЛПНП (r=0, 217 , p=0,291), уровнем глюкозы натощак (r=-0, 094 , p=0,715), инсулина(r=-0, 277 , p=0,276) , систолического (r=0, 234 , p=0,369) и диастолического АД(r=0,104 , p=0,708) .

Выводы: Увеличение толщины комплекса интима-медиа сонных артерий выявлено у 58, 8% детей с метаболическим синдромом . Не выявлено связи между данным показателем и изучаемыми факторами

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ.

Шерстобитова А.В., Мишарина Е.А.

Научный руководитель: Иванова Н.В., к. м. н., доцент

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России

Введение: В последние годы отмечается стремительный рост инфекций мочевых путей (ИМП) не только в России, но и во всем мире, особенно среди детского населения. На сегодняшний день распространённость ИМП в Российской Федерации оценивают в 1000 случаев на 100 тыс. населения.

Цель: Провести сравнительную оценку клинико-лабораторных показателей при различных вариантах инфекций мочевых путей у детей.

Материалы и методы: Исследование проводилось в нефрологическом отделении городской детской клинической больницы им. П.И. Пичугина г.Перми. Обследован 51 ребенок в возрасте от 1 месяца до 14 лет: 35 детей (67,31%) с диагнозом пиелонефрит, из них первичный у 13 детей (25,5%), вторичный – у 22 (43,1%), 16 детей (31,4%) с диагнозом недифференцированная инфекция мочевой системы. Вторичный пиелонефрит протекал на фоне уретрогидронефроза, ПМР, гипоплазии почек, каликоэктазии и пиелоэктазии, диагностированных инструментальными методами исследования (УЗИ, экскреторная урография, микционная цитстография).

Результаты: В ходе исследования проведен сравнительный анализ основных клинических симптомов, биохимических показателей, общих анализов крови и мочи. Синдром интоксикации при первичном пиелонефрите был выражен у 23,1% детей, при вторичном - у 50%, при недифференцированных инфекциях составил 12,5%. Болевой синдром при первичном пиелонефрите отмечался у 23,1% детей, при вторичном – у 22,7% , с преимущественной локализацией болей в околопупочной и в поясничной областях. При недифференцированных инфекциях болевой синдром не наблюдался. Дизурический синдром включает поллакиурию и болезненное мочеиспускание. При первичном пиелонефрите поллакиурия и болезненное мочеиспускание были выражены у 23,1% детей, при вторичном поллакиурия наблюдалась у 18,2% детей, болезненное мочеиспускание – у 9,1%. При недифференцированных инфекциях дизурический синдром не наблюдался. В ходе исследования ОАМ у всех обследуемых детей была выражена лейкоцитурия разной степени. Бактерирурия была зафиксирована при первичном пиелонефрите у 53,8% детей, при вторичном – у 50%. При недифференцированной инфекции бактериурия составила 18,8%. В посевах мочи на флору наиболее часто наблюдался высев E.Coli (30-40%), Enterococcus faecalis, Klebsiella, Proteus, Enterobacter. Микрогематурия при первичном, вторичном пиелонефритах (количество эритроцитов от 10 до 40 в п.зр) и недифференцированных инфекциях выражена у 23,1%, 22,7% и 6,3% соответственно. Протеинурия отмечалась у 7,7% детей с первичным (от 0,034 до 0,3 г/л) и у 13,6% с вторичным пиелонефритом (от 0,4 до 2 г/л). Со стороны ОАК большую ценность для диагностики ИМП имеют нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, анемия, повышение уровня С-реактивного белка, которые косвенно указывают на степень тяжести воспалительного процесса. При первичном пиелонефрите лейкоцитоз наблюдался у 30,8% детей (от 6,3до 13,5·109/л), при вторичном пиелонефрите – у 40,9% (от 8,1 до 20,5·109/л), при недифференцированных инфекциях - у 31,3%. Во всех случаях наличия лейкоцитоза наблюдался сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Ускоренная СОЭ при первичном пиелонефрите отмечалась у 61,5% детей (от 15 до 35 мм/час), при вторичном - у 40,9% (от 23 до 60 мм/час) и при недифференцированных инфекциях - у 25% (от 13 до 20 мм/час). У 15,4% детей с первичным пиелонефритом была выражена анемия (уровень гемоглобина от 107 до 111 г/л), с

вторичным пиелонефритом у 27,3% (от 92 до 114 г/л). При недифференцированных ИМП анемия не наблюдалась. В биохимическом анализе крови было выявлено повышение СРБ при первичном и вторичном пиелонефрите у 15,4% и у 22,7% детей соответственно (от 14 до 205 мг/л).

Выводы:

1. Наиболее тяжелое течение наблюдается при вторичном пиелонефрите, склонном к частому рецидивированию.
2. При вторичном пиелонефрите у детей достоверно чаще был выражен синдром интоксикации.
3. В ОАК при вторичном пиелонефрите достоверно чаще и выше был выявлен лейкоцитоз.
4. В биохимическом анализе крови достоверно чаще наблюдалось повышение СРБ при вторичном пиелонефрите.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Дятлова А.А.

Научный руководитель: Долбня С.В.к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Ставропольский Государственный Медицинский Университет Минздрава России

Введение: Муковисцидоз (МВ) – это системное моногенное заболевание с частотой встречаемости в РФ 1 на 10 тыс. МВ обусловлен мутацией гена, кодирующего CFTR -трансмембранный белок, функционирующий как цАМФ-зависимый хлорный канал. Адекватная обеспеченность 25(OH)D детей с МВ обеспечивает нормальный уровень минерализации костной ткани, витамин D – зависимую продукцию антимикробных пептидов, уменьшение интенсивности хронического воспаления.

Цель: Изучить обеспеченность больных МВ детей, проживающих в Ставропольском крае, 25(OH)D и выявить факторы риска его дефицита.

Материалы и методы: В исследование приняли участие 60 детей в возрасте до 18 лет, проживающих в СК. В анализируемую группу были включены 30 больных МВ. В зависимости от возраста пациенты были разделены на группы: 0–3 года – 8 (26,7%), 4-7 лет – 8 (26,7%), 8-11 лет – 4 (13,3%), 12-18 лет – 10 (33,3%) детей. В контрольную группу вошли 30 здоровых детей: 0-3 года – 12 (40,0%), 4-7 лет – 6 (20,0%), 8-11 лет – 5 (16,7%), 12-18 лет – 7 (23,3%) детей. Исследование проведено зимой 2018 г. Всем детям определяли уровень сывороточного 25(OH)D в крови, взятой натощак. Определение концентрации 25(OH)D проводилось методом ИФА с использованием наборов IDS. Для оценки обеспеченности 25(OH)D использовали термины: норма – при концентрации 25(OH)D 30-100 нг/мл, недостаточность – 20-30 нг/мл, дефицит – 10-20 нг/мл, тяжелый дефицит – <10 нг/мл. Оценка физического развития проводилась с использованием программы WHO AnthroPlus. Статистический анализ результатов исследования проводили с использованием пакета программ AtteStat, STATISTICA v.10.0.

Результаты: Средний уровень 25(OH)D у детей с МВ составил 12,2 [7,6–20,2] нг/мл, у детей из группы контроля показатель был достоверно выше – 34,8 [24,8–53,1] нг/мл ($p<0,001$). По результатам исследования нормальный уровень 25(OH)D выявлен у 4 (13,3%) детей с МВ и у 20 (66,7%) здоровых детей. Недостаточность витамина D обнаружена у 26 (86,7%) больных и лишь у 10 (33,3%) здоровых детей ($p<0,001$). Уровень 25(OH)D у детей существенно отличался в зависимости от возраста. Медиана 25(OH)D в исследовании снижается с возрастом как у больных: 29,3 [16,9–43,5] нг/мл в группе 0-3 года, 11,1 [6,9–12,5] нг/мл в группе 4-7 лет, 7,6 [6,4–12,1] нг/мл в группе 8-11 лет, 10,3 [7,8 – 20,0] нг/мл в возрасте 12-18 лет; так и у здоровых детей: 53,4 [42,1–64,3] нг/мл в группе 0-3 года, 25,8 [23,5–36,0] нг/мл в группе 4-7 лет, 34,6 [28,7–33,6] нг/мл в группе 8-11 лет, 18,2 [14,0–18,2] нг/мл в группе 12-18 лет. Во всех возрастных группах у детей с МВ уровень 25(OH)D был значительно ниже, чем у здоровых детей. Анализ антропометрических данных позволил установить, что у больных МВ с уровнем 25(OH)D <20 нг/мл имеется тенденция к более низким показателям физического развития, чем у детей с нормальным уровнем 25(OH)D: медиана перцентилей ИМТ у больных с различными уровнями 25(OH)D составила 16,8 [8,7 – 37,4], 14,7 [1,3 – 16,6] и 67,4 [52,6 – 87,6] у пациентов с уровнем 25(OH)D <20 нг/мл, 20-30 нг/мл и >30 нг/мл соответственно ($p>0,05$); медиана перцентилей роста – 47,5 [17,1 – 69,5], 16,7 [5,9 – 34,5] и 71,6 [48,3 – 89,6] у больных с уровнем 25(OH)D <20 нг/мл, 20-30 нг/мл и >30 нг/мл ($p>0,05$); медиана перцентилей веса – 25,4 [9,9 – 41,6], 17,6 [15,95 – 24,4] и 72,1 [58,5 – 87,4] у больных с уровнем 25(OH)D <20 нг/мл, 20-30 нг/мл и >30 нг/мл ($p>0,05$). В контрольной группе между антропометрическими показателями и уровнем 25(OH)D достоверных различий не выявлено ($p>0,05$). При анализе микробного профиля дыхательных путей больных выявлено, что у 11

(36,7%) детей имеется хроническая St.aureus инфекция, у 7 (23,3%) – ассоциация St.aureus+Ps.aeruginosa. Средний уровень 25(OH)D у больных, инфицированных St.aureus был достоверно ниже, чем у неинфицированных детей, и составил 10,1 [7,6–12,5] нг/мл и 20,2 [9,4–21,4] нг/мл ($p<0,05$).

Выводы: Таким образом, в группу риска по дефициту витамина D среди детей с МВ нужно определять детей: школьного возраста, с задержкой линейного роста, дефицитом веса и ИМТ, имеющих хроническую St.aureus инфекцию.

ОЦЕНКА ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЖАЛОБ У ШКОЛЬНИКОВ

Милова Ю.Е.

Научный руководитель: Гуменюк О.И., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Саратовский государственый медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России

Введение: В настоящее время актуальность проблемы кожных заболеваний все более возрастает. Это можно объяснить целым рядом факторов, как имевших место ранее, так и возникших относительно недавно. В первую очередь это неблагоприятное воздействие со стороны окружающей среды. У многих людей имеется постоянный контакт с аллергенами химической природы связанный с условиями проживания, которые приводят к проявлению сыпи на коже и кожному зуду. Важную роль занимает и наследственная предрасположенность, заболевания и вредные привычки матери во время беременности. В отношении кожных заболеваний провоцирующей причиной могут быть стрессовые ситуации, которые часто встречаются у детей старшего школьного возраста. Механизм стресса воздействует на работу пищеварительной системы, замедляя ее. Из-за нарушения пищеварения страдает кожа, кровь поступает к поверхности хаотично, что приводит к повышенной сухости кожи и шелушению. Раннее выявление функционального отклонения и факторов риска развития кожных заболеваний детей школьного возраста, позволяет своевременно начать профилактическую работу, учитывая возрастную группу и часто встречающиеся факторы риска.

Цель: Изучить и проанализировать статистические данные по распространенности жалоб на кожу младшего школьного и старшего школьного возраста.

Материалы и методы: Для оценки состояния кожи детей младшего школьного и старшего школьного возраста проведено анкетирование 535 школьников г. Саратова и области. Школьники были разделены на 2 группы: 1 группа - учащиеся младшего школьного возраста (n=220); 2 группа - учащиеся старшего школьного возраста (n= 315). Анализ полученных результатов проводился при помощи компьютерной программы Microsoft Excel 2016. Достоверность различий определялась при помощи критерия Манн-Уитни, достоверными считали различия в значениях при $p < 0,05$.

Результаты: По результатам анкетирования у 204 (38%) школьников имеются жалобы на различные изменения кожных покровов. Основными жалобами являются сыпь и кожный зуд: у 94 (46%) школьников. Жалобы на сухость и шелушение кожи отмечается у 88 (43%) человек, покраснение отдельных участков кожи, появление эрозий трещин, расчесов, корочек – у 18 (9%) школьников, ухудшение состояния кожи – у 4 (2%) человек. В группе учащихся младшего школьного возраста (n=220) выявлены жалобы на кожные проявление у 69 (31 %) школьников. Основной жалобой является сыпь на коже и кожный зуд – у 41 (19%) учащихся. Жалобы на сухость и шелушение кожи отмечаются у 21 (9%), покраснение отдельных участков кожи, появление эрозий, трещин, расчесов, корочек – у 7 (3%) младших школьников. В группе учащихся старшего школьного возраста (n=315) выявлены жалобы на кожные проявления у 135 (42,9%) школьников. Часто встречающаяся жалоба в данной группе у 67 (21%) школьников – это сухость и шелушение кожи. Сыпь на коже отметили у себя 53 (17%), кожный зуд, покраснение отдельных участков кожи, появление эрозий, трещин, расчесов, корочек – 15 (4%) старшеклассников. В группе младших школьников статистически значимо чаще, чем в группе младших школьников, встречались такие дерматологические жалобы как кожная сыпь и зуд ($p= 0,0467$), у старших школьников - сухость и шелушение кожи ($p= 0,0464$).

Выводы: Таким образом, жалобы на кожные проявления отмечались в обеих исследуемых группах. Основной жалобой у младших школьников является сыпь на коже и кожный зуд. У учащихся старшего

школьного возраста часто встречаются жалобы на сухость и шелушение кожи. Полученные результаты требуют проведения своевременных профилактических мероприятий по предупреждению развития кожных заболеваний

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ UNGAL У ДЕТЕЙ С МИКРОБНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ.

Буланова Н.В., Лигская Е.В.

Научный руководитель: Еремеева А.В., к.м.н., доцент.

ФГАОУ ВО Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Введение: Клиническая ценность мочевого уровня липокалина-2 (uNGAL), передающего выраженность воспаления почечной паренхимы, и его корреляция с другими показателями острого воспаления, представляет собой предмет изучения в настоящее время. Отличительной чертой липокалина-2 является возможность его оценки с не инвазивными методами, что особенно ценно для педиатрической практики. Данная особенность определения биомаркера и его чувствительность, возможно, в будущем, позволит сделать определение липокалина-2 как обязательный пункт для диагностики микробно-воспалительных поражений канальцев почек.

Цель: Оценка клинической ценности определения мочевой экскреции липокалина-2, как не инвазивного и достоверного исследования, позволяющего дифференцировать острый пиелонефрит и инфекцию мочевыводящих путей (ИМВП) у детей при схожей клинической картине.

Материалы и методы: Проведен анализ медицинской документации 179 пациентов, с острым пиелонефритом и инфекцией мочевыводящих путей (ИМВП) в возрасте от 1 года до 17 лет (средний возраст 8,8±3,2), в том числе 160 девочек и 19 мальчиков. Верификация диагноза проводилась на основании клинико-лабораторных данных (ОАК, ОАМ, СРБ, цистатин С), анамнеза заболевания и инструментального обследования больных. Уровень uNGAL измеряли в утренней моче с помощью иммуноферментного анализа (ELISA) набором BioVendor Laboratory Medicine в соответствии с инструкциями производителя. Все дети были распределены на 2 группы: 1-я группа – 113 детей с острым пиелонефритом, 2-я группа – 66 детей с инфекцией мочевыводящих путей. Для оценки динамики результатов, перечисленные исследования проводились при поступлении и на 3-5 день антибактериальной терапии.

Результаты: Проведенное исследование показало, что среди исследуемых детей с острым пиелонефритом средний уровень uNGAL в моче составил 46,5±8,6 нг/мл, во второй группе у детей с ИМВП он был значительно меньше и составил – 4,16±1,5 нг/мл. Среднее значение уровня СРБ выше у детей с острым пиелонефритом составило 60 мг/л; в группе детей с ИМВП– 1,9 мг/л. У 80% детей с острым пиелонефритом уровень uNGAL в моче превысил 50 нг/мл. В группе детей с диагнозом острый пиелонефрит, нами выявлена прямая корреляционная связь средней силы ($r < 0,05$) между значениями уровня uNGAL в моче с уровнем лейкоцитов и уровнем СРБ ($r < 0,05$) в крови.

Выводы: При сравнении показателей острого воспаления и экскреции uNGAL наблюдаются следующие тенденции: у пациентов с острым пиелонефритом показатели липокалина-2 выше, по сравнению с пациентами с ИМВП, так же большинство маркеров острого воспаления имели прямую корреляционную связь с значениями uNGAL. У пациентов может быть «смазана» клиническая картина, и трудно идентифицировать диагноз между ИМВП и острым пиелонефритом, тогда определение экскреции uNGAL позволяет уточнить диагноз и подтвердить или опровергнуть микробно-воспалительное поражения чашечно-лоханочной системы канальцев и интерстиция.

ФАКТОРЫ РИСТА РАЗВИТИЯ НЭК

Зайцева Н.В.

Научный руководитель: Ерюшова Т.Ю., к. м. н., ассистент, Аминова А.И., д.м.н., профессор

ФГАОУ ВО Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Введение: Некротизирующий энтероколит (НЭК) - часто встречающаяся патология желудочно-кишечного тракта при неотложных состояниях у недоношенных новорожденных, приводящая к деструктивным изменениям, развитию существенных осложнений, и в тяжелых случаях к летальному исходу. Диагноз складывается из целого ряда клинических и рентгенологических признаков, которые имеют характерные особенности при различных стадиях течения заболевания. Большое значение в развитии НЭК играют факторы риска, однако на сегодняшний день нет четких предикторов развития заболевания, которые определяют тяжесть течения заболевания.

Цель: Анализ различных факторов риска НЭК у недоношенных новорожденных различного гестационного возраста и определение их значимости на тяжесть течения заболевания.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 186 детей с установленным диагнозом НЭК, различной степени тяжести, находившихся на стационарном лечении в отделениях патологии недоношенных, реанимации и интенсивной терапии новорожденных ДГКБ №9 им.Г.Н. Сперанского, г. Москва, за период 2016-2018 год. Возраст новорожденных составил от 2 суток до 2 месяцев, среди них было 96 мальчиков и 90 девочек. В зависимости от тяжести течения заболевания пациенты были распределены следующим образом: I стадия - 124 (66,7%), II стадия - 48 (25,8%), III стадия - 14 (7,5%), в дальнейшем пациенты со II и III стадией составили группу с тяжелым течением НЭК. Для определения значимости исследуемых факторов применялся статистический показатель отношение шансов (OR). Значение показателя выше 1 означает, что вероятность развития фактора риска считается высокой.

Результаты: Анализ полученных данных показал, что при гестационном возрасте до 30 недель первые признаки НЭК регистрировались позже, чем при гестационном возрасте 31-33 недели (на 13-16 и 6-10 сутки, соответственно, $p < 0,05$). У детей с гестационным возрастом менее 30 недель чаще развивался тяжелый НЭК 17% (OR=1,9, DI 1,1-2,9). В интранатальном и постнатальныом периодах значимыми факторами, оказывающих влияние на развития тяжелого течения НЭК, явились: масса тела при рождении меньше 1 кг 13,9% (OR=1,3, DI 0,9-3,3); оценка по шкале Апгар менее 6 баллов на 1 минуте 33,3% (OR 1,2, DI=1,0-3,4), на 5 минуте 27,8% (OR=1,3, DI=1,0-3,1); госпитализация в ОРИТ и отделения недоношенных больниц и как следствие, патологическая контаминация госпитальной флорой 66,7% (OR=3,8, DI 2,5-5,1); частота встречаемости воспалительных реакций при посевах из зева 65,4% (OR 1,5, DI=0,6-3,8), из носа 25% (OR 1,8, DI=0,8-3,4), в кале 76,2% (OR 4,2, DI 2,6-6,1), бактериемия 55% (OR=5,9, DI 3,1-7,7). Среди антенатальных факторов, оказывающих значимое влияние на развитие тяжелого НЭК были: урогенетальная инфекция у матери 60% (OR=1,2, DI 0,7-2,2), ЭКО 40% (OR 2,8, DI=1,9-4,0), осложненный акушерский 89% (OR 1,9, DI, 1,3-4,5) и соматический анамнез 75% (OR 1,04, DI 0,8-2,6), возраст старше 40 лет 34% (OR 1,7, DI 1,1-3,9).

Выводы: Таким образом, нами определены статистически значимые факторы, влияющие на тяжесть течения НЭК у недоношенных новорожденных, и рекомендуемые для проведения ранней антенатальной и постнатальной профилактики: своевременное выявление и лечение инфекционной и соматической патологии у матерей, длительного бесплодия и невынашивания беременности,

правильное ведение родов и постнатального периода, профилактика гипоксии и асфиксии в родах, предупреждение инфицирования ребенка и адекватная терапия осложнений.

АУДИТ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Максимова С. В., Новосёлов А. М.

Научный руководитель: Царькова С. А., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Острые заболевания органов дыхания являются наиболее частой причиной обращений родителей в поликлинику с заболевшим ребенком (82%). Для лечения ОРЗ фармацевтический рынок и многочисленные стандарты и руководства предлагают на выбор сотни лекарственных средств, которые назначаются педиатрами. Анализ проводимой в Российской Федерации терапии ОРЗ показывает, что полипрагмазия в педиатрической практике стала повседневной общепринятой реальностью. Важным этапом улучшения качества оказания медицинской помощи детям является приведение ее в соответствие с утвержденными клиническими рекомендациями, которые согласно международной практике и разработкам ВОЗ являются документами, устанавливающими алгоритм ведения пациента, диагностики и лечения.

Цель: проведение анализа соответствия качества оказания неотложной медицинской помощи детям с острыми заболеваниями органов дыхания утвержденным клиническим рекомендациям.

Материалы и методы: Исследование проводилось методом ретроспективного анализа карт обращения за неотложной медицинской помощью детей с патологией органов дыхания в крупной городской больнице г. Екатеринбург. Методом случайной выборки отобрано 90 карт обращений за неотложной помощью, из них мальчики составили 54,4%, девочки 45,6%. Средний возраст пациентов – 5,94±0,37 лет. Нозологии, обусловленные респираторной патологией, были разделены на пять групп – острый назофарингит (n= 30), острый бронхит (n=30), острый ларингит (n=10), острый тонзиллит (n=10), внебольничная пневмония (n=10). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Exel. Вычисление средних показателей осуществлялось путем определения среднего арифметического и стандартного отклонения от него.

Результаты: В группе детей с острым назофарингитом (ОН) (n=30) средний возраст составил 4,53±0,53 года, день обращения 4,23±0,55. В группе детей с острым бронхитом (ОБ) (n=30) средний возраст пациентов составил 4,53±0,59 года. В группе детей с острым ларингитом (ОЛ) (n=10) средний возраст пациентов составил 3,01±0,53 лет, день обращения 2,6±0,44. При анализе лекарственной терапии во всех этих группах установлено несоответствие спектра назначаемых ЛС утвержденным ФКР. По клиническим данным острый обструктивный бронхит имел место у 13,3% детей, тогда как бронхолитическая терапия назначена 30% пациентов. В группе детей с острым тонзиллитом (ОТ) (n=10) средний возраст пациентов составил 10,7±1,25 лет, день обращения - 2,7±0,3. Отсутствие экспресс диагностики БГСА тонзиллита не позволило провести дифференциальную диагностику вирусной и бактериальной этиологии ОТ. Поэтому, большинство детей получили АБТ (80%). Топические антисептики при ОТ назначены в 80% наблюдений, что соответствует ФКР. В группе детей с внебольничной пневмонией (ВП) (n=10) средний возраст пациентов составил 5,9±0,83 лет, день обращения - 6,2±0,47. При анализе лекарственной терапии при ВП установлено несоответствие спектра назначаемых ЛС утвержденным ФКР при ВП у детей. Положительным фактом является рациональный выбор АБП, а также, назначение муколитических препаратов.

Выводы: Большинство детей, обратившихся за медицинской помощью с острыми респираторными симптомами в отделение неотложной помощи (60—70%) не требовали проведения неотложных мероприятий. Для лечения респираторных заболеваний верхних дыхательных путей в практике

педиатра используется более 30 лекарственных средств, что не соответствует утвержденным клиническим рекомендациям. При остром бронхите 40% детей получают АБТ, что не соответствует утвержденным клиническим рекомендациям. При анализе лечения детей с респираторными симптомами не обоснованно назначены большинства ЛС (ПВС, иммуномодуляторов, препаратов для восстановления микрофлоры, противоаллергических лекарственных средств). Отсутствие экспресс диагностики (Стрептатест) острого БГСА тонзиллита приводит к нерациональному использованию АБП при данном заболевании. Для лечения детей с ВП используется около 10 ЛС, из них 80% не соответствуют федеральным клиническим рекомендациям.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОПСОКЛОНУС-МИОКЛОНУС

Изоткин Д.С., Терещенко Е.Г.

Научный руководитель: Гудков Р.А., к. м. н., доцент

ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России

Введение: Синдром опсоклонус-миоклонус являются редкой патологией у детей, и имеют проблемный прогноз. Не редки случаи ошибок в постановке диагноза, а соответствии и лечении при первичном обращении больных.

Цель: Описание клинического случая. Мальчик Г., 6 лет госпитализирован в психо-неврологическое отделение областной детской клинической больницы г.Тулы. Из анамнеза: болен с 17.06.12г., когда на фоне абсолютного здоровья снизился аппетит и начала нарастать слабость. Рвота по утрам до еды, шаткая походка, головные боли. Обратились в центральную районную больницу, откуда ребенок был направлен в детскую инфекционную больницу г. Тулы с диагнозом: нейроинфекция неясной этиологии. В стационаре осмотрен неврологом. Предполагаемый диагноз: объемное образование головного мозга. Переведен в психо-неврологическое отделение областной детской клинической больницы г. Тулы по экстренным показаниям.

Материалы и методы: Проводились обследования, по результатам которых был выставлен диагноз – опсоклонус-миоклонус. На фоне терапии (преднизолон, дексаметазон) отрицательная динамика. Для дальнейшего обследования и лечения ребёнок направлен в психо-неврологическое отделение №2 Республиканской детской клинической больницы г. Москвы. Обследован. Получил 3 курса терапии в/венного иммуноглобулина. Далее вновь ухудшение состояния (усилилась шаткость походки, миоклонии в руках, мимической мускулатуре). По экстренным показаниям госпитализирован в психо-неврологическое отделение областной детской клинической больницы г. Тулы. На ЭЭГ альфа-ритм, по частоте, ниже возрастной нормы. Негрубая дисфункция регуляторных диэнцефально-стволовых структур. В феврале 2014 г. консультирован профессором неврологом М.Р. Пранзателли в США, диагноз подтвержден. Рекомендован курс терапии: Мабтера 255 мг на курс – 4 курса, Октагам 2 курса в курсовой дозе 2 г/кг, Синактен депо в курсовой дозе 1 г/кг 10 курсов в течение 24 недель по схеме. На фоне проведенного лечения состояние с положительной динамикой, снизилась атаксия.

Результаты: Состояние в динамике: консультация невролога в октябре 2016г. в ОДКБ г. Тулы– общемозговых и оболочечных симптомов нет. ЧН – легкий тремор век, голова с наклоном вправо, сухожильные рефлексы живые, D=S, координаторных нарушений нет, брюшные рефлексы живые, симметричные. Интеллект соответствует возрасту. Заключение: опсоклонус-миоклонус синдром. Период длительной ремиссии. На период 2019 года, со слов матери, отрицательной динамики не наблюдается.

Выводы: Таким образом, синдром опсоклонус-миоклонус представляет собой достаточно уникальный клинический синдром. Необходимы дальнейшие исследования патогенеза этого заболевания, а также поиск новых специфических методов лечения

ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ

Кропачева А.С., Баталова Е.М.

Научный руководитель: Чиженок Н.И.

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е. А. Вагнера Минздрава России

Введение: Среди всех травм детского возраста, требующих госпитализации, черепно-мозговым травмам (ЧМТ) отводится ведущее место.

Цель: Оценить особенности анамнеза и течения восстановительного периода у детей разного возраста с ЧМТ.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ГБУЗ ПК «ГДКБ» в отделении нейрохирургии. Под наблюдением находились 50 детей. Все обследуемые были поделены на 3 группы: дети в возрасте до 3 лет (36%), от 3 до 7 лет (14%), от 7 до 15 лет (50%).

Результаты: Чаще всего дети травмировались в быту (54%), а также на улице – 38%. Характер полученных травм зависел от возраста детей: у детей преддошкольного возраста преобладал бытовой травматизм (94%), причем чаще травмировались девочки (63%); среди детей школьного возраста преобладал уличный травматизм (58%), мальчики получали травмы чаще (73%). У детей наблюдались закрытые черепно-мозговые травмы (ЗЧМТ) (96%) и открытые черепно-мозговые травмы (ОЧМТ) (4%). Среди клинических форм ЧМТ встречались сотрясение головного мозга (74%) и ушиб головного мозга (26%). Среди травм головного мозга у детей раннего возраста примерно с одинаковой частотой встречались ушиб головного мозга (56%) и сотрясение головного мозга (44%). Часто наблюдалось сочетание ушиба головного мозга с переломом костей черепа (44%) и с подапоневротической гематомой (39%). Во II группе у всех детей наблюдался ушиб головного мозга. В III группе у 88% детей – сотрясение головного мозга; у 12% – ушиб головного мозга. Также в этой группе наблюдалась ОЧМТ, сопровождающаяся ушибом головного мозга и переломом костей черепа. Основные жалобы при поступлении зависели от характера травмы. При сотрясении головного мозга чаще наблюдались рвота (54%) и головная боль (41%). При ушибе головного мозга на первое место выступала рвота (23%), на второе – вялость и сонливость (15%). При переломе костей черепа основные жалобы были такие же, как при ушибе головного мозга, так как все случаи переломов сочетались с ушибом головного мозга. Для детей младшего возраста была более характерна яркая общая симптоматика (вялость, сонливость, капризность), независимо от характера повреждения. Все дети находились на консервативном лечении и были выписаны из стационара с улучшением. Сроки пребывания детей в стационаре в среднем составили 7,1±2,2 дня.

Выводы: У детей ЧМТ чаще возникает в быту. В младшем возрасте количество мальчиков и девочек, получивших ЧМТ, было равным, после трех лет, среди получивших данную травму, количественно преобладали мальчики. Наиболее часто среди повреждений встречалось сотрясение головного мозга – 74%, на втором месте – ушиб головного мозга (26%), на третьем – сочетание ушиба головного мозга и перелома костей черепа (22%). Ведущими клиническими симптомами при ЧМТ среди обследуемых были головная боль, головокружение, тошнота, рвота.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОМАЛИЗУМАБА ПРИ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кропачева А.С., Казанцева Т.Ю.

Научный руководитель: Пономарева М.С. к.м.н., доцент, Мусинова О.А.

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России

Введение: С каждым годом регистрируется все больше больных с тяжелой степенью бронхиальной астмы и, как правило, такие пациенты невосприимчивы к традиционной терапии.

Цель: Изучить эффективность применения моноклональных антител (Омализумаба) в терапии тяжелой бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы: В настоящее время в отделении пульмонологии Краевой детской клинической больницы г. Перми с основным диагнозом атопическая бронхиальная астма тяжелой степени наблюдается 4 пациента, средний возраст которых 15 лет, из них три пациента мужского и одна пациентка женского пола. Средняя продолжительность лечения составила 1,5 года.

Результаты: Все пациенты с диагнозом атопическая бронхиальная астма тяжелой степени имели сопутствующие аллергические заболевания: аллергический ринит и поллиноз - 100% , атопический дерматит - 25% . Наследственность у троих детей отягощена по бронхиальной астме и 1 у одного по аллергическому риниту. До начала терапии уровень общего IgE составил 1000 МЕ/мл у троих пациентов и 295 МЕ/мл у одного пациента. Добавление Омализумаба в схему базисной терапии не позволило уменьшить дозу ГСК у троих пациентов, однако удалось уменьшить количество препаратов. У одного пациента получилось достичь низких доз препаратов базисной терапии в силу длительности терапии Ксоларом. До начала лечения Омализумабом пациенты предъявляли жалобы на заложенность носа, сухость кожных покровов, малопродуктивный кашель, снижение переносимости физических нагрузок. На данный момент у одного пациента жалобы на единичный сухой кашель, у троих детей на снижение переносимости физической нагрузки и одна пациентка жалоб не предъявляет. Пациенты отмечают снижение частоты заболеваемости ОРВИ. На фоне добавления Омализумаба к базисной терапии все пациенты отметили положительную стойкую динамику в течении бронхиальной астмы, что выразилось в сокращении частоты обострений , уменьшении частоты вызовов скорой помощи. Частота обострений бронхиальной астмы до лечения 6,6 ± 2 , спустя 1,5 года лечения 1,5 ± 1.Частота вызовов скорой помощи до лечения 2 ±0,5, спустя 1,5 года лечения 0. Также следует добавить, что снизилось количество препаратов, назначаемых при поступлении в стационар у всех пациентов (в среднем до лечения 4-5 препараов, спустя 1,5 года лечения 2 препарата). Показатели жизненной емкости легких, полученные путем спирометрии, значительно увеличились, в среднем на 7,1% на протяжении лечения «Ксоларом». Значение ОФВ-1 также возрастает, в среднем на 8,7%. При оценке результатов пиклофуметрии было выявлено, что показатели у двух пациентов находятся в зеленой зоне, что говорит о контроле бронхиальной астмы, у других двух пациентов возросли, однако остались в желтой зоне, что свидетельствует о неполном контроле бронхиальной астмой. Введение Ксолара способствовало снижению уровня эозинофилов в ОАК, что также свидетельствует об уменьшении аллергической реакции. До применения Ксолара количество эозинофилов в риноцитограмме пациентов регистрировалось в 5 раз выше допустимой нормы, что может свидетельствовать о наличии аллергического ринита. В динамике наблюдается уменьшение симптомов аллергических реакций При измерении оксида азота, показатели не превышали значения 10, что говорит об отсутствии аллергического воспаления и указывает на эффективность терапии.

Выводы: Применение Анти-Ig E терапии эффективно у пациентов с фенотипом тяжелой атопическая бронхиальная астма, что подтверждается снижением частоты обострений и вызовов скорой помощи, уменьшением потребности в фармакологических препаратах, необходимых для проведения базисной терапии. Показатели жизненной емкости легких увеличились в среднем на 7,1% , ОФВ-1 - на 8,7%, снизился уровень эозинофилов в крови и риноцитограмме у всех пациентов и, соответственно, уменьшились симптомы аллергических реакций. Не смотря на высокую стоимость терапии моноклональными антителами, внедрение ее в практику позволит значительно повысить качество лечебной помощи пациентам с тяжелой неконтролируемой атопической бронхиальной астмой.

ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ (ХРМО): СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Попова Е.Ю.

Научный руководитель: Жолобова Е.С., д.м.н., профессор

ФГАОУ ВО Первый московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Введение: Хронический рецидивирующий мультифокальный остеомиелит (ХРМО) – редко встречающееся в практике детского ревматолога заболевание, характеризующееся преимущественным поражением метафизов длинных трубчатых костей. В случае неверной постановки диагноза у пациентов в ХРМО велик риск развития грозного осложнения – множественных переломов из-за прогрессирующей резорбции костной ткани.

Цель: Обсудить возможные клинические проявления и наиболее эффективные аппаратные методы визуализации, необходимые для ранней диагностики ХРМО; осветить актуальные аспекты дифференциальной диагностики и лечения пациентов с ХРМО.

Материалы и методы: Был проведён анализ научных статей из международных баз данных NCBI MedLine, Scopus, Web of Science и eLibrary в среднем за последние 5 лет.

Результаты: В патогенезе аутовоспалительных заболеваний ключевую роль играет неадекватная активация врождённого звена иммунитета в отсутствие высокого титра антител и изначального вовлечения в процесс аутореактивных лимфоцитов. Резорбция и ремоделирование кости при ХРМО может быть результатом несбалансированной экспрессии цитокинов клетками врождённого иммунитета и дальнейшей активации остеокластов. Клинические проявления ХНО крайне разнообразны: от асимптоматических форм или единственного очага асептического воспаления лёгкой степени до множественного поражения с активной деструкцией костной ткани. В дифференциальной диагностике ХРМО наибольшее значение придают исключению инфекционного остеомиелита различной природы, генетических заболеваний, заболеваний из группы ювенильного идиопатического артрита, доброкачественных новообразований кости злокачественных опухолей, гемобластозов. При подозрении на ХРМО наиболее оптимальным сочетанием методов визуализации в отношении информативности и стоимости исследования является остеосцинтиргграфия всего тела с последующим МРТ-исследованием в области выявленного поражения кости. В 2018 году специалистами Североамериканского Исследовательского Альянса по Детской Ревматологии (CARRA) был разработан Единый план лечения пациентов с активным ХНО/ХРМО, не отвечающих на монотерапию НПВП и/или имеющих признаки поражения позвоночника, который подвергается подробному обсуждению в настоящем обзоре литературы.

Выводы: ХРМО – редко встречающееся в практике педиатра и ревматолога заболевание, трудно поддающееся ранней диагностике ввиду отсутствия специфических проявлений и маркёров. Между тем именно точная и своевременная постановка диагноза позволяет избежать необоснованного назначения антибиотиков, проведения биопсий и хирургического вмешательства. На данный момент не существует рандомизированных мультицентровых исследований ХРМО ввиду крайне малых показателей заболеваемости, а протоколы по лечению пациентов с ХРМО находятся лишь в стадии разработки. В этих условиях качество оказания медицинской помощи пациентам с ХРМО в большей степени зависит от грамотности и мастерства лечащего врача.

АНАЛИЗ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НЕИММУННЫХ ФОРМ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ

Стульникова К.А., Тараканова А.Ю.

Научный руководитель: Филина Наталья Юрьевна, д.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский универститет им. В.И. Разумовского Минздрава РФ

Введение: Современная молекулярно-генетическая диагностика моногенных форм сахарного диабета дает новые возможности не только для верификации редких вариантов нарушений углеводного обмена у детей и взрослых, но и во многом определяет тактику лечения пациентов.

Цель: Анализ особенностей анамнестических, клинико-лабораторных данных пациентов с различными формами моногенного сахарного диабета.

Материалы и методы: обследовано 25 пациентов 2 - 17 лет с нетипичным течением сахарного диабета, находящихся на лечении в детском эндокринологическом отделении КБ им. С. Р. Миротворцева СГМУ (г.Саратов). Обследование осуществлялось в соответствии с алгоритмом ведения пациентов с сахарным диабетом, дополнительно проведено молекулярно-генетическое обследование методом параллельного секвенирования (платформа Ion Torrent), панель custom Ampliseq_DM_HI (моногенные формы диабета, гиперинсулинизм) в ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России.

Результаты: по данным молекулярно-генетического обследования 25 пациентов с нетипичным течением сахарного диабета у 9 (36%) детей верифицированы мутации, обуславливающие нарушение углеводного обмена. Среди выявленных мутаций диагностированы повреждения следующих генов: ген HNF4A (MODY 1) - в 4% случаев, ген GCK (MODY 2) – у 12% пациентов, ген HNF1A (MODY 3) – у 4%, ген KLF11 (MODY 7) – у 4%, ген RFX6 – у 4%, ген GLIS3 - у 4%, ген INSR – у 4%. Анализ клинико-анамнестических данных обследованных пациентов позволил выделить следующие особенности: отягощенность наследственности по диабету у близких родственников (78%), случайность выявления гипергликемии (62%), отсутствие кетоацидоза в дебюте на фоне длительной гипергликемии (78%); отсутствие аутоантител (100%); возможность максимального снижения дозы инсулина вплоть до полной его отмены без периодов декомпенсации (20%); длительный период низкой/отсутствия потребности в инсулине (100%); нестабильный уровень глюкозы в крови при строгом соблюдении режима питания и дозировки инсулина (12%), избыток массы на момент дебюта сахарного диабета (25%). Показатель медианы гликемии в дебюте заболевания у обследованных больных составлял 9,2 [6; 15.8] ммоль/л. Показатель медианы HbA1C: в дебюте – 7.31% [5.19; 13.08]; на фоне лечения - 6.7% [4.7; 7.7]. Показатели медианы гликемии у пациентов в ходе перорального теста толерантности к глюкозе составили: базальный – 4.82 [3.38; 7.58] ммоль/л; через 2 часа после нагрузки – 9,0 [6.47; 21.8] ммоль/л. Медиана иммунореактивного инсулина: базальный – 8.1 [2; 300] мМЕмл; через 2 часа после нагрузки – 30 [11.4; 300] мМЕмл. Показатель медианы уровня С-пептида натощак – 1. 64 [0.02; 6.95] нгмл; через 2 часа после нагрузки – 2.9 [0.1; 20] нгмл. Пациенты с неиммунными формами диабета получали следующие варианты терапии: диетотерапия – 1 (11%), бигуаниды – 4 (57%), монотерапия пролонгированным инсулином – 1 (11%), «интенсифицированная» инсулинотерапия – 3 (21%).

Выводы: При молекулярно-генетическом обследовании пациентов с неклассическим течением сахарного дибета в 36% случаев выявлен диабет неиммунного генеза. У детей при отсутствии кетоацидоза, аутоантител, низкой/отсутствия потребности в инсулине необходимо проводить молекулярно-генетическое обследование для верификации неиммунного сахарного диабета.

ХАРАКТЕРИСТИКА МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Костенко Д.Е., Онищенко О.А.

Научный руководитель: Царькова Софья Анатольевна, д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Пневмония является первой по значимости причиной смерти детей в мире, ежегодно она уносит жизни 1,8 млн. детей в возрасте до пяти лет, 98% из которых проживают в 68 развивающихся странах [1]. Среди этиологических агентов ВП M. pneumoniae составляет до 40% случаев у детей и около 18% респираторных инфекций у пациентов, нуждающихся в госпитализации [4, 5]. Дети младшего возраста менее восприимчивы к M. pneumoniae по сравнению с детьми школьного возраста [6]. Однако, в последние годы появились исследования из Европы и Австралии [8] о том, что дети дошкольного возраста и даже младенцы могут быть восприимчивыми к данной инфекции и имеют клинические симптомы, характерные для заболевания обусловленного M. pneumoniae. В связи с этим, является актуальным изучение возрастных клинических особенностей микоплазменной пневмонии (МП) у детей раннего и старшего возраста.

Цель: Выявить возможные возрастные особенности ВП, обусловленной M. pneumoniae, у госпитализированных детей и установить клинические, рентгенологические, лабораторные признаки, позволяющие диагностировать данное заболевание.

Материалы и методы: В исследование включены 69 детей с ВП в возрасте от 2-х до 17-ти лет, обследованные серологически на микоплазмоз в реакции ИФА. Микоплазменная пневмония идентифицирована у 40,6% пациентов.

Результаты: Мы обнаружили, что 40,57% случаев ВП было связано с M. pneumoniae. Среди пациентов с ВП и положительной детекцией M. pneumoniae доля детей в возрасте от 5 до 17 лет составила 89,3%. Пик заболеваемости ВП микоплазменной этиологии приходился на осенне-зимний период, причем дети старше 5 лет в 8 раз чаще имели положительные серологические маркеры МП, в сравнении с детьми младше 5 лет. ВП другой этиологии регистрировалась круглогодично у детей младше 5-ти лет и чаще осенью у детей старше 5-ти лет. Особенностью анамнеза детей старше 5-ти лет с МП была более длительная продолжительности симптомов заболевания до госпитализации. В этой группе пациентов, также, чаще регистрировался дебют болезни с респираторных симптомов ($p<0,05$) и наличие длительного непродуктивного кашля ($p<0,05$). При анализе клинических симптомов ВП было установлено, что непродуктивный характер кашля, наличие сухих свистящих двухсторонних хрипов у детей старше 5 лет чаще было связано с МП, которая аускультативно характеризовалась наибольшей частотой хрипов по сравнению с детьми того же возраста с не микоплазменной пневмонией. В группе детей с МП младше 5-ти лет такой закономерности установлено не было. Рентгенологические и лабораторные данные при МП и ВП другой этиологии достоверно не различались. В обеих анализируемых группах преобладало одностороннее поражение легочной ткани, но у детей старше 5-ти лет с МП этот признак регистрировался в 2,4 раза чаще, чем у пациентов этой же группы с ВП другой этиологии. Двухстороннее поражение легких отмечено у всех поражение легочной ткани, но у детей старше 5-ти лет с МП этот признак регистрировался в 2,4 раза чаще, чем у пациентов этой же группы с ВП другой этиологии. Двухстороннее поражение легких отмечено у всех детей с МП в возрасте младше 5-ти лет. В группе пациентов с не микоплазменной ВП доля двухстороннего поражения легких составила 17,1%. Гематологическая картина в обеих группах характеризовалась умеренным лейкоцитозом и гранулоцитозом, что наряду с незначительным увеличением С-реактивного белка свидетельствовало о наличии умеренно выраженного воспаления.

Выводы: В результате анализа не получено достоверных рентгенологических и лабораторных признаков, отличающих МП от ВП другой этиологии, за исключением преобладания сухих свистящих хрипов и длительного кашля у детей с МП. Обнаружение IgM-антител позволяет достоверно диагностировать МП у детей в остром периоде болезни, однако, отсроченная этиологическая идентификация обусловливает позднее назначение макролидов у детей с МП.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г.КРАСНОДАРА

Комышева Е.А. Мамян Э.В.

Научный руководитель: Сутовская Д.В.

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Формирование здоровья взрослого населения происходит еще в детском возрасте, поэтому охрана здоровья детей в любом возрасте является важнейшей задачей для нашего государства. Однако несмотря на профилактическую работу врачей-педиатров нарушения нутритивного статуса не являются исключением для развития метаболических нарушений у ребенка. Нередко нарушения метаболизма связаны с заболеваниями эндокринной системы, в частности с дисгармональным статусом подростка. Также отставание в физическом развитии может иметь место при патологии нервной системы, что в современном мире занимает ведущие позиции. Не мало важную роль в нашем времени играют преобразования в социальном, экономическом и культурном плане. К сожалению данные изменения вместе с благами принесли и ряд проблем и недостатков, одной из которых является рост нутритивных нарушений как среди взрослого населения, так и среди детей подросткового возраста. Поэтому изучение физического развития детей и подростков, профилактика возникновения различных патологий вызывает на сегодняшний день особую необходимость и важность для современного ребенка.

Цель: изучить нутритивный статус школьников, установить распространенность нарушений в физическом развитии с учетом возраста и пола, а также провести сравнительный анализ состояния нутритивного статуса школьников г.Краснодара с другими регионами нашей страны.

Материалы и методы: нами была проведена оценка физического развития 1927 школьников г. Краснодара в возрасте от 7 до 17 лет. Исследования проводились путем измерения антропометрических данных, таких как рост и вес ребенка . Для анализа полученных данных и оценки гармоничности физического развития детей и подростков использовались сводные центильные таблицы распределения роста и массы тела, в зависимости от пола и возраста ВОЗ (2007) для детей от 5до19 лет.

Результаты: 42% школьников имели показатели массы тела выше среднего для данного пола и возраста. У 11,2% детей отмечаются очень высокие показатели массы тела. В нижнем диапазоне по массе тела находятся 13,6% учащихся, из них 2,8% школьников имели очень низкие показатели массы тела. Полученные нами показатели роста школьников в нижнем диапазоне выявлены у 18,1% школьников. Из них показатели роста ниже среднего имели 15,4%, и очень низкие показатели роста 2,7% обследуемых школьников, что послужило основанием для направления данной категории детей на консультацию к эндокринологу для проведения необходимого обследования для исключения соматотропной недостаточности. Однако дети с высокими показателями преобладают над детьми с низкими показателями роста и массы тела. Ожирением страдают 3,4% исследуемых подростков, из них 3,7% девочек и у 3,3% мальчиков.

Выводы: 43,6%школьников г.Краснодара имели физическое развитие на среднем уровне, что ниже в сравнении с другими регионами. Нарушения нутритивного статуса зарегистрированы более чем у половины (56,4%) школьников г.Краснодара. Недостаток массы тела выявлен у 2,8% школьников, избыток массы тела имеют 42% школьников, из них с ожирением 11,2% детей и подростков. Своевременное диагностирование нарушения физического развития и его корректировка играют огромную роль для будущего поколения и для страны в целом. Данная проблема относится к наиболее важным проблемам и должна быть удостоена внимания как родителей, так и педиатров. И конечно не

стоит оставлять без внимания профилактику, которая стоит во главе для предотвращения развития хронических патологий.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Родионова А. Е., Смирнова А. П.

Научный руководитель: Малюжинская Н.В. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детских болезней педиатрического факультета, Полякова О.В., к.м.н., доцент кафедры детских болезней педиатрического факультета

ФГБОУ ВО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Муковисцидоз (МВ) относится к заболеваниям, существенно снижающим качество и продолжительность жизни пациентов за счет хронического воспаления дыхательных путей и значительных изменений в бронхо-лёгочном аппарате [1].

Цель: Изучить клиническую эффективность использования дорназы альфа у детей с МВ в Волгоградской области.

Материалы и методы: Дизайн – одномоментное ретроспективное исследование – анализ истории развития ребенка (форма 112/у) 36 человек, наблюдающихся в пульмонологическом отделении ГБУЗ ВОДКБ по состоянию на 01.01.2019 года с подтверждённым диагнозом МВ, установленным на основании клинической картины и данных генетического исследования. Средний возраст детей, включенных в исследование, составил 5,47 ± 0,88 лет. Динамика симптомов изучалась в течение года, срок применения дорназы альфа (1 раз в день через компрессорный небулайзер) составлял не менее 6 месяцев. Дети были разделены на 2 группы в зависимости от возраста, в котором была начата муколитическая терапия дорназой альфа: в 1 группе – с 9 месяцев до 2 лет (n=15), во 2 группе – старше 2 лет (n=21). Оценивали рост, массу тела, динамику симптомов, посев мокроты на микрофлору. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета программ «Microsoft Office Excel 2010».

Результаты: У 15 детей уже на 1 году жизни появились признаки бронхообструктивного синдрома. При анализе клинических показателей в 1 группе произошло увеличение SDS массо-ростового индекса на 13% ($p<0,05$), уменьшилась частота эпизодов острых респираторных инфекций (ОРИ) на 23%, частота использования антибиотикотерапии на 13%, а ее длительность – с 15,4 до 11,4 дней, частоты использования бронхолитической и ингаляционной глюкокортикостероидной терапии на 14%. В 1 группе лишь у 13,33% детей посев мокроты на флору не дал результата, у 66,67% определялся S. aureus, у 20% - P. aeruginosa. Во 2 группе SDS массо-ростового индекса увеличилось на 7%. Частота эпизодов ОРИ сократилась на 25%, частота использования антибиотикотерапии на 13%, а ее длительность – с 13,4 до 11,8 дней, частоты использования бронхолитической и ингаляционной глюкокортикостероидной терапии – на 14%. Во 2 группе посев мокроты всегда давал результаты: S. aureus – у 42,9%, а P. aeruginosa – у 76,2%, в ассоциации с грибами – у 19,04%.

Выводы:

1. Дорназа альфа способствует улучшению состояния пациентов по показателям физического развития, за счет уменьшения частоты и интенсивности антибиотикотерапии, бронхолитических и ингаляционных глюкококортикостероидных средств во всех возрастных группах.

2. Раннее начало терапии дорназой альфа способствует снижению степени выраженности основных клинических симптомов.

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С ДИСТАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ НА ПЕРВИЧНОМ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ

Ищенко Т.А., Харке М.А.

Научный руководитель: Харке В.В., к.м.н., доцент

Название ВУЗа:

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

Введение: Дистальное положение нижней челюсти зачастую приводит к сужению верхних дыхательных путей (ВДП). Различные причины нарушения дыхания являются частой причиной нейрокогнитивных расстройств у детей, повышенной активности, снижения показателей школьной успеваемости. Это влияет на качество жизни ребёнка и всей семьи в целом. С помощью анкетирования и определения клинического индекса Mallampati на первичном приёме квалифицированный врач может идентифицировать признаки нарушения дыхания.

Цель: Определить клиническую значимость индекса Mallampati и анкетирования для диагностики нарушения проходимости ВДП у детей с дистальной окклюзией.

Материалы и методы: Объектом исследования стали 22 пациента в возрасте от 8 до 13 лет со скелетной формой дистальной окклюзии, 7 девочек и 15 мальчиков. Группу контроля составили 10 пациентов того же возраста с аномалиями окклюзии без нарушения положения нижней челюсти по сагиттали. Для выявления признаков нарушения дыхания использовался нами разработанный опросник, включающий в себя вопросы для определения влияния качества сна на дневной образ жизни. Также мы использовали оценочную шкалу синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Степень визуализации ротоглотки определялась с помощью клинического индекса Mallampati. На КЛКТ определяли объём дыхательных путей (3D анализ в программе Anatomage Invivo Dental, сканирование объёма 23x17 см с разрешением 0,3 мм) и проводили цефалометрический анализ с целью комплексного обследования для планирования ортодонтического лечения.

Результаты: Согласно анкетированию большинство пациентов основной группы отмечали дневную сонливость, пробуждение ночью, частые головные боли по утрам, головокружения, что свидетельствует о нарушении дыхания во сне. Симптомы гиперактивности наблюдалась у 86,4% обследуемых (19 человек). При определении степени визуализации ВДП у 77,3% пациентов (17 человек) был определен IV класс по Mallampati, что свидетельствует о высоком риске обструкции верхних дыхательных путей. У 13,6% (3-х человек)–III класс, 9,1% (2-х человек)—II класс - средний риск обструкции. 3D анализ объема ВДП подтвердил данные клинического анализа - наибольшее сужение объёма дыхательных путей наблюдалось у 77,3% пациентов (17 человек).

Выводы: Анкетирование пациентов на предмет выявления признаков нарушения дыхания во сне и определение значения клинического индекса Mallampati позволяют врачу уже на первичной консультации обнаружить признаки обструкции дыхательных путей для выбора правильной тактики лечения и улучшения качества жизни пациента.

ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ВВЕДЕНИЯ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ПАУЗЫ (ЭП) НА ДИНАМИКУ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА (НЭК) У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Бобкова П.А., Гусева С.А.

Научный руководитель: Аминова А.И., д.м.н., профессор, Гумбатова З.Ф.

ФГАОУ ВО Первый Московский Государственный Медицинский Университет им. И.М. Минздрава России (Сеченовский университет)

Введение: Некротизирующий энтероколит (НЭК) – тяжелое заболевание периода новорожденности, которое представляет собой воспаление кишечной стенки с последующим ее некрозом. Факторами риска НЭК, наряду с недоношенностью и гипоксией, является ранний переход к энтеральному питанию. Одним из основным принципов лечения НЭК, наряду с антибактериальной терапией, является обязательное введение энтеральной паузы (ЭП) и перевод пациента на парентеральное питание.

Цель: Изучить влияние сроков введения и длительности энтеральной паузы (ЭП) на динамику развития некротизирующего энтероколита (НЭК) у недоношенных новорожденных.

Материалы и методы: Проведен анализ 69 историй болезней пациентов с диагнозом некротизирующий энтероколит различной степени тяжести. Из них: у 55 – НЭК 1 стадии (79,7%), 11 – НЭК 2 стадии (15,9%), 3 – НЭК 3 стадии (4,3%). Проведен статистический анализ данной выборки по следующим факторам: тяжесть нэк, наличие и продолжительность энтеральной паузы.

Результаты: У детей с НЭК легкого течения (1 стадии) средняя длительность энтеральной паузы составила – 5,21+0,47 суток, с НЭК тяжелого течения (2 и 3 стадии) – 8,30+0,31 суток., $p<0,05$. Длительность энтеральной паузы сгруппирована в четыре группы: 0) нулевая (энтеральная пауза не вводилась), 1) короткая (до 5 суток), 2) средняя (6-10 суток) и 3) длительная (11-15 суток). При легком течении НЭК в 9,1% случаев ЭП не вводилась, в 40% - была короткой, в 7,2% - средней и в 3,6% - длительной. Еще в 40% ЭП назначалась несколько раз с перерывами в 1 день. В случае тяжелого течения НЭК в 28,6% ЭП не вводилась, в 28,6% ЭП была короткой, 7,1% - средней, 7,1% - длительной. Достоверность, различий составила $p=0,03$, $p=0,04$, $p=0,89$, $p=0,05$, соответственно. В 28,6% ЭП назначалась несколько раз с перерывами до 6 дней.

Выводы: Таким образом, с одной стороны длительность и сроки введения ЭП зависят от степени тяжесть НЭК, так как перевод ребенка на парентеральное питание производится при ухудшении состояния ребенка. В тоже время, низкий процент детей, которые получали ЭП длительно, указывали на то, что энтеральное питание, возможно, являлось причиной более тяжелого течения НЭК. Возможно, более мягкие режимы введения энтерального питания, частые повторные перерывы в питании на 1 день, препятствовали утяжелению основного заболевания.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТОКСОКАРОЗОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ. ПРОБЛЕМА, ПУТИ РЕШЕНИЯ.

Мехтиева С.Д.; Полетаева Е.В.

Научный руководитель: Соловьева И.Л.

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Медицинский факультет им.Т.З.Биктимирова.

Введение: За последнее время в мире наблюдается тенденция к росту заболеваемости токсокарозом. По материалам управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в РФ 2013г. второе место по распространенности геогельминтозом в РФ является токсокароз. Токсокароз- зоонозный тканевой гельминтоз с геооральным механизмом инфицирования, характеризующийся длительным рецидивирующим течением и полиорганным поражением.

Цель: Оценка современной эпидемиологической ситуации по токсокарозу в Ульяновской области и в Российской Федерации.

Материалы и методы: Работа со статистическими данными иммунологической лаборатории за 2015-2018 г. Ульяновской областной детской клинической больницы имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева (УОДКБ). Анализ данных Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека о заболеваемости геогельминтозами в РФ 2013 году.

Результаты: Ежегодно в РФ выявляется до 5 тысяч случаев токсокароза. Истинное число больных значительно превышает данные официальной статистики, так как поправочный коэффициент при данной инвазии достигает 20. В лаборатории Ульяновской детской областной клинической больнице,за последние 4 года было проведено 1542 исследования на определения антител к антигенам токсокар методом иммуноферментного анализа. В 2015 г. из 977 исследований, положительный результат выявлен в 72 случаях, что составило 7%. В 2016 году проведено 906 исследований 78 из них оказались положительными и составили 9%. В 2017 году из 903 исследуемых образца выявлено 74 положительных результата-8%. В 2018 году из 692 исследуемых материалов, положительные составили 65 случаев- 9,5 %.

Выводы: наблюдается тенденция к росту заболеваемости токсакарозом, что является глобальной проблемой педиатрии. Истинная заболеваемость выше официальной статистики, необходимо улучшить качество лабораторной диагностики

ВЛИЯНИЕ НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР ХРАНЕНИЯ ГРУДНОГО МОЛОКА НА УРОВЕНЬ ВАСКУЛОЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА.

Мехтиева С.Д., Полетаева Е.В., Бахтогаримов И.Р., Епифанова Е.Г.

Научный руководитель: Дементьева Ю.Н.

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет. Медицинский факультет им.Т.З.Биктимирова.

Введение: Фактор роста эндотелия сосудов(VEGF) является ведущим фактором ангиогенеза, оказывает положительное иммунологическое действие за счёт активации выработки цитокинов и хемотаксиса моноцитов, повышает проницаемость стенок сосудов и их вазодилатацию, индуцирует выработку белков-ингибиторов апоптоза и сурвивина клетками эндотелия. Его отсутствие в возрасте от 1-го до 8-ми дней приводит к нарушению дифференцировки клеток и последующей гибели, в частности происходит нарушение костеобразования, неоваскуляризации сетчатки глаза, что является актуальным при профилактике ретинопатии недоношенных. Свободный VEGF определяется в больших концентрациях в грудном молоке и молозеве. По данным Siafakas CG etal (1999) концентрация VEGF грудного молока увеличивается с гестационным возрастом, а в динамике лактации наблюдается его снижение.

Цель: определить уровень фактора роста эндотелия сосудов в динамике длительного хранения грудного молока в условиях низких температур.

Материалы и методы: работа выполнена на кафедре педиатрии ФГБОУ ВПО "Ульяновский государственный университет", лабораторная часть реализована на базе Иммунологической лаборатории Ульяновской областной детской клинической больницы им. политического и общественного деятеля Ю.Ф.Горячева. Определения уровня VEGF проводилось тест-системой сэндвич варианта ИФА. Чувствительность диагностических наборов не превышала 10 пг/мл. Коэффициент вариаций всех тест-систем не превышал 8%. Забор грудного молока для определения иммунологических параметров осуществлялся утром с 9:00 до 10:00, сцеживалась средняя порция молока во время кормления в одноразовую пластиковую пробирку. Образцы молока взяты на 3-5 сутки послеродового периода. Всего 22 пробы. Определения концентрации фактора роста эндотелия сосудов определялось в грудном молоке до замораживания, затем производилось хранения при температуре -20 С в течении 6 месяцев.

Результаты: уровень VEGF на 3-5 сутки лактации составил 20059 пг/мл (медиана 18858, min= 5755;max=40000), после заморозки: через 1 месяц 4145 пг/мл (медиана 4197,min=3642;max=4793), 3 месяца 2161 пг/мл (медиана 1946, min= 1776;max=3297), 6 месяцев 2761 пг/мл (медиана 2112, min =1400;max=4326)

Выводы: таким образом, при хранении грудного молока фактор роста эндотелия сосудов достоверно снижается, но остается на достаточно высоком уровне, что позволяет рекомендовать данный способ хранения.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВА ТЕЛА У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ МЕТОДОМ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ

Зольникова Т.М., Лазарева Д.В.

Научный руководитель: Балыкова Л.А. д.м.н., профессор, член-корресспондент РАН,

ФГБОУ ВО Мордовский государственний университет им. Н. П. Огарева

Введение: Повышение артериального давления (АД) выявляется у 2-25% детей и подростков, представляя особую проблему в случае сочетания с избытком массы тела или ожирением. Именно в этой группе артериальная гипертензия (АГ) может быть предиктором кардио-васкулярных и метаболических заболеваний во взрослой жизни, возможно за счет способности жировой ткани генерировать биологически активные вещества, определяющие формирование инсулинорезистентности и метаболического синдрома, многократно повышающего риск кардио-каскулярных событий. Оценка только антропометрических показателей у лиц, страдающих АГ и избытком массы тела или ожирением является не всегда достаточной для решения вопроса о тактике их ведения.

Цель: Изучить состав тела, представленность жировой ткани у детей и подростков с АГ.

Материалы и методы: С одобрения локального этического комитета при Мордовском государственно университете на базе Детской Республиканской клинической больницы (г. Саранск) методами антропометрии и биоимпедансометрии обследовано 40 детей, из которых 20 имели АГ (9 девочек и 11 мальчиков, средний возраст 12,9+1,1 лет- основная группа) и 20 детей, сопоставимых по полу и возрасту с нормальным уровнем АД (контрольная группа). Критерии включения: первичная АГ, диагностированная в соответствии с ФКР по АГ у детей и подростков (2016), возраст от 10 до 17 лет,письменное информированное согласие пациента и/или родителей. Критерии исключения: ожирение III-IV степени, вторичная АГ, связанная с патологией почек, почечных и магистральных сосудов, желез внутренней секреции, синдромальные формы ожирения. Из 20 детей с АГ 7 (35%) имели АГ 2 степени и/или высокий риск и получали терапию иАПФ, остальные имели либо стабильную АГ 1 степени либо лабильную АГ, низкий риск и получали нейрометаболическую и немедикаментозную терапию. Дети обеих групп разделены на 2 подгруппы : среднюю (10-13 лет) и старшую (14-17 лет).

Результаты: По данным антропометрии и таблицам сигмальных отклонений избыток массы тела имели 10 (50%) детей и подростков основной группы и 7(35%) контрольной, а ожирение I-II степени - 4 (20%) и 0 (0%) соответственно ($p<0,05$). Среднее значение ИМТ также несколько выше в группе детей с АГ по сравнению с контролем (128,55±1,1 против 106,5±1,1 $p<0,05$). Перераспределение жировой ткани по соотношению талия/бедра определялось у 15 (75%) детей основной группы, причем у 3 (15%) при нормальном ИМТ. Большинство исследуемой группы, особенно девочки (14 - 70%) имели повышенную долю жира в общей массе тела и тенденцию к более высоким цифрам АД, в отличие от контрольной (8 - 40%, 30% $p<0,05$). Масса жира у девочек-подростков с АГ превышала массу жира у их сверстниц без АГ на 43,7%, что подтверждает связь АГ и избытка жировой массы тела. Средний показатель тощей мышечной массы (ТММ) был достоверно выше только в подгруппе пациентов (мальчиков) с АГ старше 14 лет относительно подростков контрольной группы. Однако доля лиц, у которых процент ТММ тела превышал медиану нормы, имела лишь тенденцию к повышению (9 (45%) среди лиц с АГ против 6 (30%) в контрольной группе. Доля ТММ была достоверно ниже контрольной только среди девочек с АГ. Активная клеточная масса была выше медианы нормы у 11 (55%) детей с АГ, против 5 (25%) в контрольной группе ($p<0,05$). Следовательно, у детей и подростков с АГ наиболее значительно возрастает масса жира, в меньшей степени – мышц и костей.

Удельный основной обмен был ниже медианы нормы у 15 (75%) детей с АГ, в отличие от контрольной группы, где снижение основного обмена наблюдалось у 8 (40%) ($p<0,05$). Содержание общей жидкости констатировано у 12 (60%) против 6 (30%) в контроле ($p<0,05$), что подтверждает не гиперволемический генез АГ у детей. По данным б/х исследования метаболические нарушения (повышение уровня общего холестерина и коэффициента атерогенности) выявлено у 4 (20%) детей и не определялись в контрольной группе.

Выводы: Представленные результаты подчеркивают связь АГ в детстве с ожирением и обосновывает перспективы использования биоимпедансометрии для определения жировой массы и ее коррекции.

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE У ДЕТЕЙ ДО 5 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАСИЯ

Мирзаева А.Р.

Научный руководитель: Куличенко Т.В., д.м.н, профессор

Национальный медицинский исследовательский Центр Здоровья Детей Минздрава России

Введение: Пневмококковые инфекции (ПИ) - менингит, отит, пневмонии и др., во всем мире признаются одной из ведущих причин заболеваемости и смертности у детей. Носоглоточное носительство - главный фактор распространения ПИ, риска инвазивных форм заболевания и развития антибиотикорезистентности. Важнейшим компонентом контроля над ПИ, в том числе вакцинопрофилактики, является динамическое изучение серотипового состава и уровня антибиотикорезистентности *S. pneumoniae* в различных регионах. Особый интерес представляет Республика Хакасия с учетом высокого охвата вакцинацией от пневмококка, низкой миграционной активности и относительной географической изоляцией, характерных для данного региона.

Цель: проанализировать структуру серотипового состава и антибиотикорезистентность *S. pneumoniae* у детей до 5 лет в Республике Хакасия на фоне проводимой в РФ массовой вакцинации

Материалы и методы: Проведено многоцентровое исследование назофарингеального носительства пневмококка у детей в возрасте до 5 лет в Республике Хакасия. В исследование включались практически здоровые дети, посещающие детский сад, и дети, госпитализированные в детский стационар с симптомами острой респираторной инфекции – не позднее 24 часов от момента поступления. Родителям обследованных детей было предложено заполнить обезличенную анкету для выяснения демографических данных, вакцинального статуса ребенка, данных о предшествующем употреблении антибактериальных препаратов. Сбор биоматериала производился при помощи набора eSWAB Collection Kit. Выделение пневмококков проводили на колумбийском кровяном агаре с добавлением 3% лошадиной сыворотки, а идентификацию-на основании морфологических и культуральных свойств, теста с оптохином и реакции латекс-агглютинации. Чувствительность пневмококков к антибиотикам тестировали путем определения МПК с помощью метода микроразведений (Sensititre).

Результаты: Было собрано 498 образцов в 9 детских садах из четырех городов Республики Хакасия и 4-х детских стационарах (всего 13 центров), пневмококк выделен в 51,6% случаев. Охват вакцинацией от ПИ в нашей когорте составил 67%. Носительство пневмококка не различалось у детей в зависимости от их вакцинального статуса (52,3% у вакцинированных и 52,2% у невакцинированных). Вместе с тем мы отметили значимое снижение носительства вакцинных серотипов пневмококка в когорте привитых детей по сравнению с невакцинированными (17.6% vs 34,7%, $p < 0,05$). Выявлена высокая устойчивость *S. pneumoniae* к пенициллину (38,6%), макролидам (29,7%), триметоприму/сульфаметоксазолу (28,6%). Резистентность к амоксициллину составила -20,8%, а к цефтриаксону - 16,6%. Устойчивыми к антибиотикам в 2 раза чаще являлись вакцинные серотипы.

Выводы: Массовая вакцинация от ПИ способствует снижению носительства вакцинных серотипов и росту частоты ранее редко встречавшихся серотипов в Хакасии. Снижение на фоне вакцинации носительства устойчивых к антибиотикам вакцинных серотипов уменьшает резистентность пневмококка к антибиотикам, так же, как это отмечено в других странах.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ С МУКОПОЛИСАХАРИДОЗАМИ

Абдуллаева Л.М.

Научный руководитель: Попович С.Г., мл.н.с., Кузенкова Л.М., д.м.н., профессор

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

ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

Введение: Мукополисахаридозы (МПС) - группа наследственных болезней обмена веществ, связанных с нарушением метаболизма гликозаминогликанов (ГАГ), приводящее к мультиорганному поражению. Обусловлены заболевания мутациями генов, контролирующих процесс внутрилизосомного гидролиза макромолекул.

В настоящее время известно 7 основных типов МПС с различными клиническимм проявлениями в зависимости от вида недостающего фермента: МПС тип I (синдром Гурлер– тип I H, синдром Гурлер-Шейе – тип I HS, синдром Шейе – тип I S); МПС тип II (синдром Хантера); МПС тип III (синдром Санфилиппо) варианты IIIA, IIIB, IIIC, IIID и IIIE; МПС тип IV (синдром Моркио) – варианты IVA и IVB; МПС тип VI (синдром Марото-Лами); МПС тип VII (синдром Слай); МПС тип IX (синдром Natowicz).

Основными симптомами МПС, общими для всех типов, являются изменение черт лица по типу гаргоилизма (большая голова с выступающим лбом, развитыми надбровными дугами, широкий нос с плоской переносицей, короткая шея, утолщенные губы крупные редкие зубы большой язык), органомегалия, грыжи, деформация и контрактуры крупных и мелких суставов, тугоухость, кардиомиопатия и формирование приобретенных пороков сердца, частые инфекции ЛОР-органов, верхних и нижних дыхательных путей, поражение нервной системы. Эпилептические приступы также характерны для пациентов с некоторыми типами МПС.

Цели: Изучить частоту выявления эпилептиформные изменений на электроэнцефалограмме, частоту возникновения эпилептических приступов, а также средний возраст дебюта эпилепсии в зависимости от типа МПС.

Материалы и методы: Анализ клинических и параклинических данных 162 пациентов с диагнозом “Мукополисахаридоз”.

Результаты: В выборку вошло 162 пациента с диагнозом “Мукополисахаридоз ”, из них с типом I - 29 (17,9%), типом II - 79 (46,3%), типом III - 37 (22,8%) (IIIA – 28 (17,2 %), IIIB – 7 (4,3%), IIIC – 2 (1,2%), типом IVA - 11(6,8%), типом VI - 10 (6,2%).

У 42 человек (25,9%) были выявлены эпилептиформные изменения на электроэнцефалограмме (ЭЭГ), не сопровождающиеся приступами. У детей с МПС тип I – 3/29 (10,3%), МПС тип II – 20/75 (26,6%), МПС IIIA – 13/28 (46,4%), МПС тип IIIB – 3/7 (42,8%), МПС тип IIIC – 2/2 (100%), МПС тип VI – 1/10 (10%).

У 25 пациентов (15,4%) верифицирована эпилепсия: МПС тип I – 3/29 (10,3%), МПС тип II - 12/75 (16%), МПС тип IIIA – 8/28 (28,6%), МПС тип IIIB – 1/7 (14,3%), МПС IIIC – 0/10 (0%), МПС IVA – 0/11(0%), МПС тип VI – 1/10 (10%).

Средний возраст дебюта эпилепсии составил 9 лет 7 мес**.** Из них у МПС тип I – 6 лет, МПС тип II – 10 лет 9 мес., МПС тип IIIA – 8 лет 2 мес., МПС тип IIIB – 11 лет 3 мес., МПС тип VI – 16 лет 3 мес.

Выводы: Проведённое исследование выявило самую высокую частоту встреч аем ости изменений на ЭЭГ, не сопровождающиеся приступами, у пациентов с МПС тип IIIC в 100%, тип IIIA в 46,4%, тип II в 26,6 %, тип IIIB в 10,3%, МПС тип I в10,3%, МПС тип VI в 10%. Что касается частоты эпилепсии, тут мы наблюдали похожую картину: у пациентов с типом IIIA она составила 28,6%, с типом II - 16%, с типом IIIB - 14,3%, с типом I - 10,3%, МПС тип VI 10%. Средний возраст дебюта эпилепсии определен в 9 лет 7 мес., самый ранний дебют у МПС тип I – 6 лет, самый поздний у МПС тип VI – 16 лет 3 мес., промежуточные значения у МПС IIIA 8 лет 2 мес., МПС тип II 10 лет 9 мес., МПС тип IIIB 11 лет 3 мес.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ ФАНКОНИ.

Горошникова А.Ю., Невиницына Д.А., Роткина Т.В.

Научный руководитель: Суетина И.Г., к.м.н., ассистент кафедры педиатрии, Зорина С.А., заведующая педиатрическим отделением КОГБУЗ «КОДКБ»

ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Анемия Фанкони - редкое наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, с вариабельной пенетрантностью и генетической гетерогенностью. Известно 19 генов, ответственных за развитие заболевания. Частота рождения детей с данной патологией 1:300 000 новорожденных. Для анемии Фанкони характерно угнетение всех ростков гемопоэза и врожденные аномалии развития.

Цель: Изучение клинического случая, пациенток с диагнозом анемия Фанкони

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились две девочки 4 лет и 12 лет с диагнозом анемия Фанкони. У первого ребенка была выявлена гетерозиготная мутация гена FANCD2, тромбоцитопения. У второй пациентки была диагностирована терминальная стадия анемии Фанкони.

Результаты: У обоих наблюдаемых детей отмечалась в анамнезе низкая масса тела при рождении, с дальнейшим отставанием в физическом и нервно-психическом развитии. Наиболее характерными для обеих пациенток являются следующие врожденные аномалии развития: сходящееся косоглазие, полидактилия левой кисти, синдактилия II-III пальцев обеих стоп. При этом у первой пациентки диагностированы: хронический тубулоинтерстициальный нефрит, гипопитуитаризм, соматотропный гормональный дефицит, вторичный гипотиреоз, ВПС, состояние после клипирования открытого артериального протока (2014 год). У второй пациентки наблюдался: ДВС - синдром (клинико-лабораторный), носовые кровотечения, полиорганная недостаточность, дыхательная недостаточность 3 степени, печеночно-почечная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность, гастроинтестинальная недостаточность, отечный синдром. При лабораторном обследовании в клиническом анализе крови у обеих пациенток выявлена анемия нормохромная, макроцитарная, гипорегенаторная, тромбоцитопения, лейкопения. Во время госпитализаций пациентки находились на консервативном лечении: гемотрансфузионная заместительная терапия, системные ГКС и антибиотики. Первой пациентке, наряду с основным лечением был назначен гормон роста, на фоне которого отмечались положительные результаты (увеличение роста и улучшение аппетита). Однако учитывая нарастание уровня креатинина в крови, терапию гормоном роста, в связи с этим, временно прекратили. На фоне проводимого лечения у первой девочки, наблюдается положительная динамика при отсутствии дальнейшего прогрессировании заболевания. У второй пациентки, не смотря на проводимое лечение, отмечалась отрицательная динамика. Констатирована смерть, причиной которой является ДВС - синдром (клинико-лабораторный), носовые кровотечения, полиорганная недостаточность, дыхательная недостаточность 3 степени, печеночная недостаточность, почечная недостаточность, острая сердечно-сосудистая недостаточность, гастроинтестинальная недостаточность, отек легких, асцит, гидроторакс, отек головного мозга. Одним из факторов, который привёл к летальному исходу, явилось отсутствие аллогенного донора гемопоэтических стволовых клеток.

Выводы: Данный клинический случай является примером редкого заболевания анемии Фанкони.

МУКОВИСЦИДОЗ ПРОТЕКАЮЩИЙ ПОД МАСКОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО БРОНХОЛЕГОЧНОГО АСПЕРГИЛЛЕЗА

Двойнова И.Ю.

Научный руководитель: Завьялова А.В., к.м.н, доцент

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России

Введение: Своевременная диагностика муковисцидоза - это одна из неразрешенных проблем здравоохранения. С 2007 года по всей России проводится скрининг новорожденных на вышеуказанную патологию.

Цель: Демонстрация клинического случая муковисцидоза у 16 летней девочки, протекающего под маской аллергического бронхолегочного аспергиллеза.

Материалы и методы: Курация пациентки, находящейся на обследовании и лечении в пульмонологическом отделении ОБУЗ ОДКБ г. Иваново и ее история болезни.

Результаты: Пациентка А, 16 лет. Ребенок от 1 беременности. Роды преждевременные на 35-36 неделе. Проходил лечение в ОПН Ивановского НИИ Материнства и детства им. В.Н. Городкова с диагнозом: Гипоксическое поражение ЦНС. СДР 1 степени. Ателектазы легких. Пневмония новорожденного. Дисбактериоз кишечника. Кандидозный дерматит. Кандидоз полости рта. До 2008 года девочка росла и развивалась соответственно возрасту. С 6 лет родители начали отмечать затяжное течение ОРВИ. В 13 лет после очередного перенесенного ОРВИ сохранялась длительная лихорадка. Проводилось клиническое обследование и консультация специалистов – причина субфебрилитета не была установлена, ребенок выписан домой с сохраняющейся субфебрильной температурой. В течение трех месяцев после выписки из стационара температура нормализовалась. Последующие 3 года – частые респираторные заболевания, характеризующиеся затяжными течениями. В 15 лет жалобы на навязчивый малопродуктивный кашель, эпизоды одышки и апноэ в ночные часы и при физических нагрузках. Находилась на лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом: бронхит, вызванный атипичной флорой. Бронхиальная астма? Очередной эпизод заболевания в 16 лет, девочка поступила в детское пульмонологическое отделение с жалобами на частый глубокий влажный кашель с отхождением большого количества вязкой слизисто-гнойной мокроты, эпизоды одышки при физической нагрузке, с положительным эффектом от бронхолитиков. В последнее время на первый план выходят жалобы на длительный субфебрилитет (более 5 недель) с ежевечерними подъемами температуры тела до фебрильных значений, сопровождающийся ознобами, проливными потами с положительным и кратковременным эффектом на фоне приема НПВС. Проведена антибактериальная терапия – без эффекта. В ходе обследования были исключены болезни соединительной ткани, аутоиммунная патология, персистирующая ВЭБ-инфекции, реактивация ЦМВИ; наряду с этим отсутствовали убедительные данные (клинические, лабораторные) за бактериальную этиологию процесса (характерные изменения в общем анализе крови, низкий диагностический уровень СРБ, невыраженные явления бактериальной интоксикации, отсутствие эффекта от проводимой антибактериальной терапии цефалоспоринами 3 поколения, макролидами). Ребенок консультирован фтизиатром – данных за туберкулёзный процесс нет. В связи с выявленными критическим уровнем IgE в сыворотке крови (1890 МЕ/мл), стойкой эозинофилией периферической крови было проведено исследование, на выявление антител к антигенам гельминтов и патогенных грибов: обнаружены IgG к Aspergillus fumigatus в титре, превышающем норму практически в 4 раза. Проведено МСКТ, обнаружены плевродиафрагмальные спайки с обеих сторон. На основании клинических данных и лабораторного подтверждения был установлен диагноз аллергического бронхолегочного аспергиллеза.

В дальнейшем девочка была направлена в учреждение Федерального уровня, где диагностирован муковисцидоз.

Выводы: Данным клиническим случаем хотелось бы продемонстрировать, что муковисцидоз с момента рождения ребенка может протекать бессимптомно и первые признаки заболевания появляются позднее. Не распознанный своевременно, муковисцидоз часто идет под маской других заболеваний. Хотелось бы отметить факт отсутствия неонатального скрининга у детей, родившихся до 2007 года, что также усложняет диагностику данного заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ГИПОВЕНТИЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ.

Родионов Н.В., Ивянский С.А. Балыкова Л.А.

Научный руководитель: Ивянский С.А., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва, Медицинский институт

Введение: Представляется клинический случай пациента 6 лет с синдромом гиповентиляции.

Цель: На примере клинического случая мы хотим рассмотреть вариабельность симптоматики и сложность интерпретации клинических проявлений данного синдрома гиповентиляции.

Материалы и методы: Под наблюдением находился ребенок Н. в возрасте 6 лет. Из анамнеза болезни известно, что мальчик в возрасте 3,5 года начал стремительно набирать вес. В возрасте 6 лет у пациента отмечались приступы апноэ во сне. По результатам кардиореспираторной полиграфии средние показатели сатурации во сне составили 82-89%, а средняя длительность апноэ 17,3 сек, максимально 43,6 сек. Также у больного отмечалось снижение моторной функции, речи, снижение темпов роста (в 2.5 года 89см=-0.85 SDS, в настоящее время 116см, что соответствует -1.3SDS), задержка костной дифференцировки, совпадающей с началом ожирения, что подтверждено рентгенограммой кистей рук, в ходе которой был установлен костный возраст равный 3,5 годам. Так же у мальчика был диагностирован синдром гиперфагии, нарушение толерантности к углеводам. Уровень глюкозы после нагрузки 8.80 ммоль/л. Подобная клиническая картина характерна и для синдрома Ундины. С целью дифференцировки диагноза была проведена медико-генетической экспертиза, в которой экспансия GCN–повторов (полиаланинового тракта) в гене PH0X2B, ответственного за развитие центрального гиповентиляционного синдрома (синдрома Ундины) не обнаружена.

Результаты: На основе рассмотренной выше клинической картины, подтверждённой данными лабораторного и инструментального обследования, нельзя исключить течение синдрома ROHHAD у данного больного.

Выводы: Данный клинический случай демонстрирует сложность постановки диагноза. В основе лежит генетическое исследование, которое позволяет дифференцировать заболевания с учетом общей клинической симптоматики и схожести инструментально-лабораторного исследования.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ СРЕДИЗЕМНОМОРСКОЙ ЛИХОРАДКИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ

Найко Т.В.

Научный руководитель: Ларина Л.Е., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Введение: Семейная средиземноморской лихорадка входит в список орфанных заболеваний. Частота встречаемости колеблется от 1:1000 до 1:100000 в зависимости от национальности. Наиболее подвержены народы, проживающие в зоне средиземноморского бассейна – армяне, евреи – сефарды, турки, северные африканцы, арабы. Дефектный ген, свойственный данному заболеванию (MEFV), локализован на коротком плече 16 хромосомы (16 p. 13.3) и наследуется по аутосомно - рецессивному типу наследования. Основными проявлениями данного заболевания являются повышение температуры до гектических значений, сопровождающееся симптомами перитонита; плеврит – в 30% случаев; артрит – в 25 % случаев.

Цель: Исследование данной болезни - семейной средиземноморской лихорадки и ее диагностика у ребенка 7 лет.

Материалы и методы: Описание пациента: мальчик А., 7 лет 6 мес., 03.11.2018 находился в инфекционном отделении для хирургических больных с жалобами на повышение температуры до 39,9-40,3° С, вялость, желтушность кожных покровов, моча темно-красного цвета. В этот же день переведен в отделение реанимации, где находился с 03.11.2018 по 06.11.2018. В связи с положительной динамикой переведен в инфекционное отделение для хирургических больных. Из анамнеза заболевания: 18.10.2018 появилось затруднение носового дыхания, лихорадка в течение трех суток. 28.10.2018 – эпизод повторного повышения температуры до 39 – 40° С, незначительно купируемого антипиретиками. С третьего дня болезни получал аугментин 400 мг 2 раза в сутки. 01.11.2018 мать отметила потемнение мочи. С 02.11.2018 наблюдались иктеричность кожи, двукратная рвота. 03.11.2018 в связи с жалобами на потемнение мочи и желтушность кожи, ребенок был доставлен в инфекционное отделение для хирургических больных Морозовской детской клинической больницы с диагнозом острый тубулоинтерстициальный нефрит, острое почечное повреждение.

Результаты: В биохимическом анализе крови выявлено увеличение общего билирубина (128 мкМоль/л) за счет фракции непрямого билирубина (99,2 мк/Моль), повышенный уровень прямого билирубина (28,8 мкМоль/л), мочевины (11,5 мМоль/л), высокий уровень креатинина (102 мкМоль/л), увеличение аспартатаминотрасферазы (202 Ед/л), значительное увеличение лактатдегидрогеназы (1159 Ед/л). В клиническом анализе крови наблюдалось ускорение СОЭ - 170 мм/час, анемия средней степени тяжести (RBC 2,79* 1012 /л, HGb 79 г/л), тромбоцитопения (94*109 /л). Данные лабораторных исследований выявляют наличие гемолитической анемии неуточненного генеза тяжелой степени течения. При ультразвуковом исследовании выявлены пиелоэктазия левой почки, диффузное изменение лоханки левой почки, уменьшение размеров обеих почек. В клиническом анализе мочи наблюдались протеинурия (0,3 г/л), макрогематурия (200,0 кл/мкл), выраженная бактериурия. Лабораторная и инструментальная диагностика подтвердила наличие выраженного почечного повреждения. 22.11.2018 проведено исследование ДНК с целью поиска мутаций, регистрируемых при « периодической болезни ». В результате секвенироваия всего 10 экзона гена MEFV, обнаружен патогенный вариант c.2080A>G (p. Met694Val; p. M694V) в гомозиготном состоянии.

Выводы: Описание данного пациента позволяет сделать вывод о наличии возможной трудности клинической диагностики данной патологии. Основными диагностическими критериями являются

периодически возникающий разлитой перитонит и/или плеврит, лихорадка сопутствующая боли, терапевтический эффект колхицина.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЛИКОГЕНОЗА IXB ТИПА У ДЕВОЧКИ 1 ГОДА

Брюнеткин В.Ю., Власова Д.С., Орешенкова С.В.

Научный руководитель: Апенченко Ю.С., к.м.н., доцент**:**

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Гликогенозы – гетерогенная группа наследственных заболеваний, обсуловленных нарушением обмена сложных углеводов. Особенностью этих состояний является высокая фенотипическая вариативность и трудность окончательной верификации диагноза. Гликогеноз IX типа связан с дефицитом киназы-фосфорилазы, для него характерно доброкачественное течение, вплоть до асимптомного течения.

Цель: Приводим пример клинического течения гликогеноза IXb типа, сочетанного с целиакией у девочки 1 года.

Материалы и методы: Пациентка Д. 1 год, поступила в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на выраженное болезненное вздутие живота, обильный жидкий стул, плохую прибавку в массе тела.

Результаты: Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, вторых срочных оперативных родов. Масса тела при рождении 3220 г, длина тела 51 см. На искусственном вскармливании с рождения. Период новорождённости без особенностей. Из перенесенных заболеваний: ветряная оспа, энтероколит. В первое полугодие жизни прибавка в массе тела по возрасту. Прикормы введены с 6 месяцев. С этого возраста отмечено уменьшение набора массы тела. С 8 месяцев в рацион введен сухарик, наблюдалась стагнация в динамике изменения массы. После перенесённого энтероколита в 9 месяцев – ежемесячная убыль массы тела, в среднем около 100 г в месяц. При поступлении состояние ребенка тяжёлое, масса тела 7000 г, длина тела 69 см, масса тела по длине тела – очень низкая. Кожные покровы бледные, тургор тканей снижен, подкожная жировая клетчатка развита слабо. Симптомы мышечной гипотонии. В лёгких дыхание пуэрильное, частота дыхательных движений – 40 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, частота сердечных сокращений 140 в минуту. Живот вздут, увеличен в объёме, глубокая пальпация затруднена. Мочеиспускание не нарушено. Стул один раз в день, кашицеобразный, полифекалия. В клиническом анализе крови анемия лёгкой степени тяжести, нормохромная, увеличение СОЭ. Биохимический анализ крови: гипопротеинемия, гипохолестеринемия, увеличение трансаминаз, сахар крови по нижней границе нормы. Кроме того, отмечено повышение специфических IgA к тканевой трансглутаминазе; плоская сахарная кривая; в копрограмме – стеаторея II типа, амилорея. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости обнаружены признаки энтероколита, гепатоспленомегалия. В связи с особенностями анамнеза и клинической картины заподозрена целиакия. Ребенок переведен на аглиадиновую диету, после чего отмечено улучшение состояния и постепенное увеличение массы тела, но в связи с тем, что клиническая картина не укладывалась в классическое описание целиакии (сохранение высокого уровня печеночных трансаминаз, плоская сахарная кривая) проведена консультация генетика. В результате, кроме целиакии заподозрен гликогеноз. Ребенок направлен для дополнительного обследования в федеральный центр, где при обследовании на ЭГДС выявлены признаки атрофии ворсинчатого слоя слизистой оболочки двенадцатиперстной и начального отдела тощей кишки; в крови отмечен высокий уровень IgA и IgG к глиадину и тканевой трансглутаминазе. Подтвержден диагноз: целиакия, типичная форма, начало ремиссии; белково-энергетическая недостаточность 1-2 степени. Генетическое исследование показало наличие мутации в гене PHKB, ассоциированной с гликогенозом 9b типа.

Выводы:

Из характерных симптомов, позволяющих заподозрить гликогеноз, можно отметить признаки мышечной гипотонии, уровень сахара по нижней границе нормы натощак и при сахарной нагрузке, гепатомегалию. У некоторых пациентов с гликогенозом IX типа также описано повышение уровня аминотрансфераз, спленомегалия, гипогликемия. Наличие полифекалии, недостаточная прибавка в массе тела, маскируют клинику, характерную для данного типа гликогеноза. Улучшение диагностических возможностей и развитие уровня медицины требует от педиатрической службы высокой готовности к столкновению с редкими наследственными заболеваниями. Возможности ранней диагностики позволяют улучшить качество жизни таких пациентов.

ХРОНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЛЕДДА ПОД МАСКОЙ СИНДРОМА ЦИКЛИЧЕСКОЙ РВОТЫ

Аббасова Н.С., Леонтьева М.Е.

Научный руководитель: Колотилина А.И., к.м.н.

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

Введение: Хронический вариант течения синдрома Ледда традиционно представляет сложности для диагностики в связи с интермиттирующим течением тонкокишечной непроходимости. Описанный случай обращает внимание на необходимость высокой настороженности педиатров в отношении мальротации кишечника при обследовании ребенка с рецидивирующим синдромом рвоты. Представленный случай синдрома Ледда диагностирован в возрасте 2 лет. Пациент длительное время страдал приступами повторяющейся рвоты. Первый эпизод рвоты без подъема температуры и нарушения характера стула у ребенка отмечался в возрасте 1 месяца жизни. В промежутках между приступами рвоты мальчик чувствовал себя хорошо, массо-ростовые показатели превышали возрастные нормы. В течение периода наблюдения исключались: функциональная патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), заболевания почек и центральной нервной системы, нарушения обмена веществ. По результатам обследования был выставлен диагноз - синдром циклической рвоты (СЦР). По данным рентгеноконтрастного исследования (РКИ) верхних отделов ЖКТ, проведенного амбулаторно в возрасте 1,5 лет, кишечной непроходимости выявлено не было. В возрасте 2 лет мальчик экстренно госпитализирован в связи с очередным приступом рвоты. Эхографическое и РКИ показало механическую странгуляционную кишечную непроходимость. По результатам проведенного оперативного вмешательства был выставлен окончательный диагноз – мальротация кишечника (синдром Ледда).

Цель: Представление клинического случая отсроченной диагностики врожденной хирургической патологии у пациента с синдромом циклической рвоты.

Материалы и методы: Мальчик 2 лет жизни. Клинический метод: анализ медицинских документаций, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты: У пациента с повторными приступами рвоты диагностирована врожденная патология желудочно-кишечного тракта (незавершенный поворот кишечника), которая являлась основной причиной рвоты.

Выводы: Клинические симптомы при хроническом течении синдрома Ледда могут длительно скрываться под маской СЦР, что ведет к отсроченной диагностике. Однако рецидивирующая рвота, в том числе у детей старше года, должна рассматриваться педиатрами, как показание к РКИ органов ЖКТ. Таким образом, своевременное исключение пороков развития ЖКТ позволит избежать многочисленных госпитализаций и инвазивных вмешательств, а также предотвратит возможные осложнения.

СИНДРОМ ВИСКОТТА-ОЛДРИЧА - НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ПЕРВИЧНОГО ИММУНОДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ

Сиряк К.А., Полищук Е.А.

Научный руководитель: Фирсова В.Н

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Синдром Вискотта-Олдрича- первичный иммунодефицит, обусловленный комбинированной недостаточностью В- и Т-лимфоцитов. Заболевание характеризуется рецидивирующими инфекциями, экземой и тромбоцитопенией. Является наследственным, сцепленным с Х- хромосомой. Причина развития иммунодефицита - мутация гена, который кодирует цитоплазматический протеин WASp (Wiskott-Aldrich syndrome protein), необходимый для нормального обмена сигналами между Т- и В-лимфоцитами. Частота встречаемости - 3,6-5,7 на 1 млн. Опорные признаки синдрома Вискотта-Олдрича: петехии и гематомы на коже, экзематозные проявления, тромбоцитопения (менее 100х109) и уменьшение размеров тромбоцитов, снижение или полное отсутствие в крови белка WASp.

Цель: Демонстрация клинического случая синдрома Вискотта-Олдрича.

Материалы и методы: Проведен анализ амбулаторной карты , данных клинико-лабораторных исследований пациента И., 2017 года рождения.

Результаты: Пациент И. впервые был госпитализирован с жалобами на тромбоцитопению и высыпания на коже. В ходе обследования выявлено снижение тромбоцитов до 60-70 тыс/мкл., установлен предварительный диагноз: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура-болезнь Верльгофа. Назначенное лечение (глюкокортикостероиды, внутривенное введение иммуноглобулинов), временно нормализовало уровень тромбоцитов. В течение года повторно были зафиксированы тромбоцитопения (до 16 тыс/мкл.), фебрильная лихорадка, экхимозы на ногах. Для подтверждения диагноза проведено молекулярно-генетическое исследование: выявлена мутация в гене WAS, c.267 G>A в гемизиготном состоянии, приводящая к изменению аминокислоты p.Arg86His. На основании полученных данных ребенку был выставлен диагноз: Первичное иммунодефицитное состояние-синдром Вискотта- Олдрича . В связи с тяжелым состоянием по основному заболеванию пациент был направлен в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева. В центре было проведено иммунофенотипирование, обнаружено нарушение созревания Т-лимфоцитов (Тл) и В-лимфоцитов (Вл), снижение уровня CD8+ и CD19+. Выявлена тромбоцитопения минимально до 45 тыс./мкл. В соответствии с полученными результатами инициированы терапия ромиплостимом (Энплейт) и симптоматическое лечение, которые улучшили состояние больного. Пациенту И. назначена повторная госпитализация для проведения трансплантации гемопоэтических стволовых клеток от родственного донора, операция позволит снизить риск развития тяжелых осложнений и летального исхода до 20%. Для поддержания нормального уровня тромбоцитов необходимо постоянное лечение в соответствии с рекомендациями.

Выводы: Клинически заболевание проявляется на первом году жизни. Тяжесть симптомов может варьировать от тромбоцитопении с незначительными геморрагическими признаками до тяжелого заболевания с инфекционными и аутоиммунными нарушениями. Синдром Вискотта-Олдрича относится к неизлечимым патологиям. На сегодняшний день основным методом лечения является трансплантация гемопоэтических стволовых клеток от HLA-совместимого донора. Для облегчения состояния больного проводится трансфузионная терапия совместно с иммуноглобулинами и пероральными антибиотиками. Генная терапия, которая находится на экспериментальном этапе, может быть перспективной для пациентов, у которых нет HLA-совместимого донора.

Клинические исследования данного метода заключались в заборе гемопоэтических стволовых клеток детей, страдающих данным иммунодефицитом, с последующим введением нормального гена Вискотта- Олдрича; на завершающем этапе производилась трансплантация генетически модифицированных клеток пациентам. После проведенного лечения у группы больных снизилась частота инфекционных заболеваний, нормализовался уровень тромбоцитов. Результаты свидетельствуют о положительном эффекте на работу натуральных киллеров в иммунном ответе. Дальнейшее изучение и активное применение генной терапии затруднено риском развития лимфомы и других онкологических заболеваний. На данный момент анализируются отдаленные эффекты терапии.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Галстян А.А.

Научный руководитель: Вотякова О.И., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава РФ

Введение: Периодическая болезнь (ПБ) - наиболее распространенный аутовоспалительный синдром гетерогенной группы редких наследственных периодических лихорадок. ПБ - моногенное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования; обусловлено мутациями в гене MEFV, кодирующем белок пирин; наиболее частые мутации сосредоточены в 10 экзоне (77%), редкие - в последовательностях 2,3,5,9 экзонов. Главными носителями мутации в мире являются евреи-сефарды (реже евреи-ашкенази и друзы), арабы, армяне, турки. До 90% всех случаев ПБ дебютируют до 20-летнего возраста. Частота встречаемости наиболее типичных симптомов ПБ: лихорадка продолжительностью от 24 до 72 ч - 90%, «кинжальная» боль в животе - 82–96%, интенсивная боль в грудной клетке - 40,8%, артрит - 30-80%, орхит - 3-3,6 %. Из лабораторных проявлений ПБ наиболее типичными являются повышение в момент приступа уровня маркеров острой фазы (СОЭ, СРБ, фибриноген, сывороточный амилоид А). Основным осложнением ПБ является АА-амилоидоз почек, к факторам риска которого относятся: высокопенетрантная мутация M694V, поздний возраст постановки диагноза и наличие амилоидоза у родственников. Основой лечения является колхицин. Достижение полной ремиссии на фоне терапии отмечается у 51–68% пациентов, среди колхицинрезистентных детей 64% - гомозиготные носители мутации p.M694V.

Цель: Проанализировать особенности клинических проявлений и диагностики периодической болезни у семилетнего мальчика.

Материалы и методы: Проведен анализ данных медицинской документации пациента, наблюдавшегося в гастроэндокринологическом отделении для детей ОБУЗ «ИвОКБ».

Результаты: Ребенок А, 7 лет, от 2 беременности, протекавшей без осложнений, 2х родов в срок с массой тела 3600 г, длиной - 53 см. Аллергологический анамнез и семейный анамнез по иммунопатологическому профилю не отягощены, этнически армянин. Перенесенные заболевания: в 3 года - острый пиелонефрит, в 4 года – пневмония. В 5 лет оперирован по поводу перекрута кисты яичка, в 7 лет – паховой грыжи, в 6 лет - перитонит с аппендэктомией. С 1,5 лет беспокоят периодические, приступообразные, интенсивные боли в животе без четкой локализации, сопровождающиеся подъемом температуры до фебрильных цифр, купирующиеся приемом НПВС. Неоднократно поступал в хирургическое отделение, где исключался диагноз «острый живот». На фоне приступов отмечено повышение острофазных белков. В 3 года впервые госпитализирован в гастроэндокринологическое отделение, где установлен диагноз: хронический поверхностный гастродуоденит, обострение. HP+. Показатели СОЭ до 37 мм/ч. На фоне лечения наблюдался кратковременный эффект. После выписки из стационара приступы абдоминальной боли с повышением температуры тела участились, появились боли в суставах. В 5 лет при госпитализации по поводу болей в животе проведена колоноскопия, диагностирован проктосигмоидит. Фекальный кальпротектин определялся в пределах референтного значения. Улучшения от назначенного лечения (препараты 5-АСК) не было, и ребенок направлен в ФГБУ НМИЦ ДГОИ им. Рогачева с подозрением на ПБ, где проведено молекулярно-генетическое исследование гена MEFV – мутаций в 10 экзоне не обнаружено. Назначен колхицин 0,5 мг/сутки, на фоне его приема отмечено улучшение состояния, однако сохранялись приступы абдоминальной боли с повышением температуры. В 6 лет ребенку повторно проведено молекулярно-генетического исследование (прямое секвенирование по Сэнгеру), по данным которого выявлена замена M694V в гомозиготном состоянии, подтверждающая диагноз ПБ. Доза

колхицина была увеличена до 1,5 мг/сутки. В настоящее время на фоне приема препарата в указанной дозе приступы не беспокоят.

Выводы:

Представленный клинический случай демонстрирует сложность диагностики ПБ, возникающую вследствие того, что требуется исключение заболеваний, сходных с ней по клиническим проявлениям, и необходимость расширенного молекулярно-генетического исследования. Учитывая характер мутации, выявленной у ребенка, высока вероятность развития колхицинрезистентности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРОВЕДЕНИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С ТЯЖЕЛОЙ ВИРУСНОЙ ДИАРЕЕЙ.

Гаджимаева М.А., Ерпулева Ю.В., Дмитриенко Л.И.

Научный руководитель: Ерпулева Ю.В.

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

Введение: Рациональное питание является необходимым для роста и развития ребенка. У детей раннего возраста течение вирусной кишечной инфекции осложняется тяжелым эксикозом с электролитными нарушениями и негативными изменениями в белковом статусе, развитием резкой потери массы тела на фоне профузной диареи. Вот почему адекватная нутритивная поддержка у этой категории больных является одной из ключевых в успехе проводимой терапии.

Цель: Разработка алгоритмов питания детям раннего возраста с тяжелой вирусной диареей.

Материалы и методы: Лабораторное оборудование- биохимический анализатор ABBOTT Architect c16000.Биохимический анализ крови(общий белок, альбумин) методом по конечной точке.

Результаты: Ребенок 1 года 5 месяцев, с длительным и волнообразным течением вирусной диареи с развитием вторичной энтеропатии на фоне аденовирусной инфекции. На 19 сутки от начала заболевания на фоне профузной диареи и явлений эксикоза II степени потеря веса составляла 2300 гр. В этот период регистрировались выраженные изменения белкового статуса (гипопротеинемия - 37.7 г/л, гипоальбуминемия- 21 г/л). Проводилась коррекция энтерального питания (ЭП): смесь на основе гидролизованного белка - 900 мл/сут (б/ж/у/ккал=1,8/3,6/8,5/77) с назначением частичного парентерального питания (ЧПП): Глюкоза 20%- 10.4 г/кг/сут, Аминовен инфант 10%- 2.5 г/кг/сут, что полностью обеспечивало потребности организма ребенка в энергетических потребностях. В последующие дни на фоне нутритивной поддержки у ребенка отмечалась позитивная тенденция с прибавкой в весе 800 гр. Однако в связи с рецидивирующим диарейным синдромом и увеличением объема потерь, достигнутый эффект оказался нестабильным, что являлось предпосылкой к переводу на полное парентеральное питание: Глюкоза 20%- 10.4 г/кг/сут, Аминовен инфант 10%- 2.5 г/кг/сут, СМОФ- липид 20% - 1 г/кг/сут, с сохранением трофического объема ЭП с переводом на аминокислотную смесь. В дальнейшем по мере стабилизации состояния и уменьшения объема потерь, проводилось постепенное расширение энтерального объема с введением безмолочных каш 9 г/кг/сут, мяса 20 г/кг/сут и перевод на полное ЭП. На фоне проводимой нутритивной поддержки в рамках комплексной терапии, несмотря на затяжной характер диарейного синдрома, достигнут положительный клинико- лабораторный эффект, с прибавкой в весе 1 кг за месяц, с нормализацией уровня общего белка -70.7 г/л, альбуминов - 42 г/л, улучшения состояния ребенка.

Выводы: У детей раннего возраста при тяжелых формах вирусной диареи очень сложно назначить питание естественным путем и обеспечить ребенка во всех необходимых нутриентах и энергии. Успех терапии напрямую зависит от своевременной нутритивной поддержки со своевременным назначением парентерального питания, постепенного расширения и пошагового введения энтерального питания.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С МУКОВИСЦИДОЗОМ И ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ

Казачина А.Д.

Научный руководитель: Вахлова И.В., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: В мировой литературе описаны единичные случаи сочетания фенилкетонурии и кистозного фиброза. Опыт наблюдения таких детей в течение жизни представляет большую ценность в клинической практике.

Цель: Отследить состояние пациента с муковисцидозом и фенилкетонурией в динамике.

Материалы и методы: В статье рассматривается клинический пример диагностики и лечения пациента с редко встречающимся заболеванием, представлены материалы динамического наблюдения. В процессе диагностики использовались общеклинические исследования, бактериологическое исследование мокроты, ультразвуковая диагностика, спирография, рентгенологические исследования, в том числе компьютерная томография.

Результаты: Пациент (А) – мужской пол, последнее обследование в возрасте 3 лет 11 месяцев. Клинический диагноз: Муковисцидоз, смешанная форма, тяжелое течение. Хронический бронхит. Локальный пневмофиброз средней доли справа. Киста правой гайморовой пазухи. Хроническая панкреатическая недостаточность (панкреатическая эластаза-1 менее 15 мкг/л). Классическая фенилкетонурия. Резидуальная церебральная органическая недостаточность. Ребенок от II беременности, II родов. Беременность протекала на фоне эпилепсии, отягощенного акушерского анамнеза: на 32-33 неделе многоводие, отеки беременных. Роды срочные. Масса при рождении 4355 г. Длина тела 55 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Диагностика сочетанной патологии (муковисцидоза и фенилкетоурии) осуществлена неонатальным скринингом: обнаружено диагностически значимое повышение иммунореактивного трипсина (163,2 нг/мл) и фенилаланина (15,9 мг/дл). При генетическом исследовании выявлено 2 мутации – в гене CFTR: DelF508 в гомозиготном состоянии и в гене PAH: P281L в гомозиготном состоянии. На момент настоящего исследования - оценка физического развития (Z-scores): масса тела 17 кг (<1SD), рост 105 см (<1SD) — среднее, гармоничное. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Подкожно-жировая клетчатка развита хорошо, распределена равномерно. Мышечная система развита удовлетворительно. Признаки хронической гипоксии отсутствуют. Носовое дыхание свободное, выделений из носа нет. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над легкими легочный звук, одинаков над всеми отделами. Аускультативно в легких выслушивается равномерно ослабленное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Диурез адекватный. Стул на фоне постоянного приема панкреатина (креона 80000 ЕД/сутки) оформленный, без визуальных признаков стеатореи. Ребенок с рождения находится на гипофенилаланиновой диете (Афенилак 40). Получает специфическую терапию по поводу муковисцидоза: дорназа-альфа (пульмозим) 2,5 мг/сутки, урсодезоксихолевая кислота (урсофальк) 250 мг/сутки, панкреатин (креон) 80000 ЕД/сутки, ацетилцистеин (АЦЦ) 300 мг/сутки, азитромицин 200мг/сут.

Выводы:

1. На фоне проводимой терапии, течение муковисцидоза не демонстрирует быстрой прогрессии, состояние по данному заболеванию стабильное, хроническая панкреатическая недостаточность нивелируется регулярным приемом панкреатина, обострения бронхолегочного процесса редкие,

признаков дыхательной недостаточности и легочной гипертензии (в т.ч. по данным инструментальных методов исследования) нет, госпитализации носят плановый характер. Несмотря на ограничительные диетические мероприятия по ФКУ, физическое развитие ребенка на момент обследования – среднее, гармоничное.

2. Уровень фенилаланина находится в пределах допустимых значений (2,5 мг/дл), хорошо корригируется диетой. Обращает на себя внимание задержка речевого развития (отдельные слова, фразы, простые предложения). Наблюдается неврологом с Ds: РЦОН, логопедом.

3. Формирование и накопление опыта по ведению детей с редкой сочетанной патологией (муковисцидоз, фенилкетонурия) важно для достижения наиболее благоприятного прогноза. Вопрос о взаимоотягощающем или взаимооблегчающем влиянии данных заболеваний требует дальнейшего изучения и клинического осмысления.

ВТОРИЧНЫЙ СИНДРОМ УДЛИНЕННОГО ИНТЕРВАЛА QT, КАК ФАКТОР НАСТОРОЖЕННОСТИ ПО ПСЕВДОГИПОПАРАТИРЕОЗУ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.

Ситдиков И.И., Москалева А.В

Научный руководитель: Самошкина Е.С., к.м.н., доцент кафедры педиатрии

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва. Медицинский институт

Введение: Псевдогипопаратиреоз является крайне редким заболеванием, встречающимся с частотой 7,9 на 1 000 000 человек, патогенез его не вполне изучен, а клинические проявления часто маскируются под признаки неэндокринной патологии. В качестве примера сложности диагностики и выбора тактики ведения пациентов с псевдогипопаратиреозом, представляем клинический случай пациентки с поздней диагностикой псевдогипопаратиреоза.

Цель: Пациентка С., 2001 г.р., в возрасте 2 лет была доставлена бригадой скорой медицинской помощи с эпизодом тонико-клонических судорог, возникшем на фоне плача. При осмотре гипертрофия лобных бугров, мышечная гипотония; свободный Са крови 0,99 ммоль/л. Был выставлен диагноз: «Гипокальциемические судороги. Рахит». Рекомендован прием препаратов Са в суточной дозе 1000 МЕ и витамина D в суточной дозе 2000 МЕ. В течение следующих 5 лет отмечалось 3 эпизода подобных состояний; за медицинской помощью не обращались, самостоятельно принимали препараты витамина D и БАДы, содержащие Са курсами по 1,5-2 месяца.

Материалы и методы: В возрасте 7 лет во время занятий в школе у девочки развивается эпизод тонико-клонических судорог, в связи с чем ребенок в экстренном порядке госпитализируется в неврологическое отделение Детской республиканской клинической больницы; уровень ионизированного Са не определяли, общий кальций на нижней границе нормы, ЭКГ не проводили. На ЭЭГ очаг эпиактивности в височно-теменно-затылочной области. После проведенного обследования был выставлен диагноз: «Криптогенная эпилепсия»; показано лечение вальпратом натрия в суточной дозе 10 мг/кг. На фоне приема препарата полной компенсации достигнуто не было, отмечались эпизоды тонических и тоникоклонических судорог голеней, стоп, предплечий и кистей, доза вальпроевой кислоты была увеличпна до 15 мг/кг в сутки без выраженного положительного эффекта, в связи с чем через 2 года вновь была госпитализирована в отделение неврологии, где провели КТ-исследование головного мозга, по результатам которого в базальных ядрах, лобных долях на границе белого и серого вещества выявлены гиперденсивные образования, расположенные симметрично (кальцинаты?). По заключению МРТ данные за димиелинизирующее заболевание (лейкодистрофия?). При проведении ЭКГ выявлен синдром удлиненного интервала QT (QTc = 480 мс); было рекомендовано обследование в кардиологическом отделении. В отделении кардиологии выявлено снижение уровня ионизированного Са до 0,7 ммоль/л. Была осмотрена и проконсультирована эндокринологом, рекомендовано определение уровня паратгормона, результат 1078 пг/мл (9-64 пг/мл) был расценен как лабораторная ошибка; было показано повторное определение паратгормона, которое показало уровень 1047 пг/мл.

Результаты: 09.2007 обследована в Детском центре нарушений сердечного ритма Министерства здравоохранения г.Москвы, откуда после совместной консультации с руководителем отделения проф. Школьниковой М.А. направлена в Эндокринологический научный центр. По результатам обследования в ЭНЦ был выставлен диагноз: «Псевдогипопаратиреоз», рекомендовано лечение препаратами альфакальцидола в дозе 0,75 мкг/ сут и препаратами кальция в дозе 1000 МЕ, снижение дозы вальпроата натрия с постепенной его отменой. На фоне терапии купирован СУИQT, судорожный

синдром не регистрировался; диагноз «Эпилепсия» был снят. В настоящее время принимает альфакальцидол в суточной дозе 1 мкг и препараты Са в суточной дозе 1000 мг, жалоб нет.

Выводы: Дифференциальный диагноз судорожного синдрома у детей, равно как и нарушений ритма и проводимости является сложной клинической задачей, требующей от практикующего врача знания широкого спектра сопутствующей патологии. Включение в план обследования пациентов с судорожным синдромом определения электролитов, проведение ЭКГ, а при выявлении гипокальциемии – определения паратгормона, позволит сократить сроки диагностики патологии паращитовидных желез как причины судорожного синдрома и вторичного синдрома удлиненного интервала QT.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕКОНТРОЛИРУЕМОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ФОНЕ НЕДИАГНОСТИРОВАННОЙ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Мухаметшина Г.И.

Научный руководитель: Левчук Л.В., к.м.н., доцент кафедры факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Введение: Распространенность бронхиальной астмы (БА) составляет 2095,2 на 100 000 детей 15-17 лет. В практике пульмонолога нередко встречаются пациенты с астмоподобными жалобами, а отсутствие эффекта от базисной противоастматической терапии заставляет задуматься о других возможных причинах респираторных нарушений.

Цель: представить клинический случай сочетания бронхиальной астмы с врожденным пороком развития пищевода.

Материалы и методы: Подросток с клиническими проявлениями атопической бронхиальной астмы и ахалазией пищевода.

Результаты: Мальчик А., 17 лет, находился в пульмонологическом отделении МАУ ДГКБ №9 г. Екатеринбурга с 24.09. по 10.10.2018 г. Anamnesis vitae. Наследственность не отягощена. Ребенок родился от первой беременности, первых срочных родов. Масса при рождении 4084 г, длина тела 52 см. Выписан из роддома с диагнозом: сочетанная гипоксия легкой степени. Конъюгационная гипербилирубинемия. Естественное вскармливание до 6 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. До 5 лет респираторные заболевания переносил до 6 раз в год. В январе 2018 года перенес острую гнойную деструктивную пневмонию слева, осложненную дыхательной недостаточностью и пиотораксом слева. Anamnesis morbi. Аллергические проявления появилась в возрасте 1 года в виде острой аллергической реакции по типу крапивницы. В 8 лет впервые обратились на консультацию к пульмонологу с жалобами на слезотечение, насморк, зуд в носу, чихание, кашель. Был установлен диагноз: аллергический ринит. Гиперреактивность дыхательных путей. Получал ингаляции фенотерола+ипратропия бромида, ирригацию носовой полости. Через 6 месяцев проведена спирография, выявлено нарушение бронхиальной проходимости, по результатам иммунологического исследования - сенсибилизация к пыльце деревьев. Установлен диагноз: поллиноз. Бронхиальная астма? В течение 2-х лет к пульмонологу не обращались. В ноябре 2011 года повторно проведено аллергологическое обследование, выявлены бытовая, эпидермальная и пищевая сенсибилизация. Лечение: ингаляции фенотерола+ипратропия бромида и будесонида ситуационно, отмечался положительный эффект. С 2011 по 2014 гг. ребёнок жалоб не предъявлял.

В 2014 году появился приступообразный предутренний кашель без пробуждения, направлен в пульмонологическое отделение, в общем анализе крови определялась эозинофилия, по данным спирографии сохранялось снижение проходимости бронхов мелкого калибра, сохранялась сенсибилизация к бытовым и эпидермальным аллергенам. Проведена коррекция терапии (монтелукаст) но кашель сохранялся. Учитывая имеющиеся жалобы на периодические боли в животе, изжогу, ночной кашель, проведена ЭФГДС, диагностирован гастроэзофагеальный рефлюкс, катаральный эзофагит. К терапии подключили беклометазон, эзомепразол, висмута трикалия дицитрат. На фоне лечения боли в животе купировались, но кашель сохранялся. Ребенок продолжал переносить респираторные инфекции 5-6 раз в год.

В июне 2015 года проведена коррекция лечения, назначен будесонид+формотерол, но положительной динамики по-прежнему не отмечалось.

В феврале 2016 выполнена КТ грудной клетки, выявлена ахалазия пищевода.

Оперативное лечение ахалазии пищевода (срединная лапаротомия, эзофагокардиомиотомия по Геллеру) проведено через 2 года после установления диагноза. Через 6 месяцев после оперативного лечения пищевода подросток вновь обследован в пульмонологическом отделении. Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Жалоб нет. T°=36,2°C. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание везикулярное, ЧД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78 в мин., АД 116/62 мм. рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Катамнез: в течение 6 месяцев обострений БА не зарегистрировано.

Выводы: Данный клинический случай является примером того, что неконтролируемое течение БА требует проведения дифференциальной диагностики с учетом возможной коморбидности.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Х-СЦЕПЛЕННОЙ АДРЕНОЛЕЙКОДИСТРОФИИ

Восканян А.Э.

Научный руководитель: Новожилова И.Ю., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России

Введение: Х-сцепленная адренолейкодистрофия (Х-АЛД) относится к группе пероксисомных заболеваний, характеризующихся тяжелым дегенеративным поражением головного мозга, и проявляется с частотой 1:17 000 новорожденных мальчиков. Она обусловлена мутацией в гене ABCD1, приводящей вследствие дефекта мембранного белка-транспортера пероксисом к нарушению бета-окисления очень длинноцепочечных жирных кислот и накоплению их эфиров в белом веществе головного мозга и тканях надпочечников. Минимальный срок манифестации клинических проявлений Х-АЛД наблюдается при детской церебральной форме и приходится на младший школьный возраст, вследствие чего своевременное распознавание данной патологии вызывает большие затруднения.

Цель: Представлен клинический случай детской церебральной формы Х-АЛД у ребенка, наблюдавшегося в гастроэндокринологическом отделении для детей ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница».

Материалы и методы: Мальчик от первой беременности, закончившейся самопроизвольными родами в 39 недель гестации. Состояние при рождении удовлетворительное, период новорожденности без особенностей. На первом году наблюдался неврологом с диагнозом: последствия ППЦНС, синдром двигательных нарушений. В 8 месяцев перенес сотрясение головного мозга, в неврологическом статусе отмечались проявления общемозгового синдрома, в результате проведенного курса терапии – их регресс. Первые признаки настоящего заболевания появились в 7 лет 10 месяцев, когда мать заметила косоглазие и снижение слуха, которые связывала с переутомлением в школе. Поскольку в период летних каникул симптоматика сохранялась, мать обратилась к офтальмологу и сурдологу. Диагностированы непостоянное расходящееся содружественное косоглазие левого глаза и слабый гиперметропический астигматизм обоих глаз, назначена очковая коррекция. Сурдологом выявлена кондуктивная потеря слуха двусторонняя, справа 2-3 степени, слева 1 степени с элементами сенсоневральной тугоухости. Через месяц ребенок был осмотрен неврологом, так как плохо справлялся со школьной программой и появилась шаткость походки. Было рекомендовано проведение МРТ головного мозга, по данным которого выявлено массивное поражение белого вещества, и в возрасте 8 лет 3 месяцев впервые заподозрена Х-АЛД. Ребенок направлен на генетическое исследование: обнаружена мутация в гене ABCD1, а также выявлено повышение в крови концентрации кислоты С26, что позволило подтвердить диагноз.

Результаты: Учитывая, что к клиническим проявлениям Х-АЛД относится хроническая надпочечниковая недостаточность (ХНН), мальчик был направлен на обследование в специализированное эндокринологическое отделение для детей. При осмотре обращало на себя внимание отсутствие внешних признаков ХНН. Уровень кортизола оказался низким – 141,4 нмоль/л (N 171 – 536), а уровень АКТГ высоким – 2000 пг/мл (N 7,2 – 63,3), содержание K, Na и Cl в биохимическом анализе крови в норме, при этом уровень активности ренина в плазме повышен – 65,2 мкМЕ/мл (N 28 – 39,9). Таким образом у ребенка выявлены глюкокортикоидная и минералокортикоидная недостаточность и назначена заместительная терапия глюкокортикоидами – кортеф (9,5 мг/м2 в сутки) и минералокортикоидами – кортинефф (0,1 мг в сутки). Для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения ребенок направлен в РДКБ, где консилиумом было констатировано, что данному пациенту в настоящее время нецелесообразно проведение аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток в силу быстропрогрессирующего характера

течения заболевания. Единственно возможным вариантом поддерживающего лечения является назначение патогенетической терапии препаратом «Масло Лоренцо».

Выводы:

Представленный случай демонстрирует важность ранней диагностики Х-АЛД с целью предупреждения развития необратимых дегенеративных изменений головного мозга путем своевременного назначения эффективной терапии. Также необходимо проводить активное выявление надпочечниковой недостаточности у пациентов с Х-АЛД. Встает вопрос о включении данной патологии в программу неонатального скрининга.

АТИПИЧНАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПОДРОСТКА С ОЖИРЕНИЕМ И ВРОЖДЕННОЙ ТРОМБОФИЛИЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Полякова В.М.

Научный руководитель: Зайкова И.О., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Сахарный диабет (СД) – заболевание обмена веществ различной этиологии, которое характеризуется хронической гипергликемией, возникающей в результате нарушения секреции или действия инсулина либо обоих факторов одновременно (определение ISPAD, 2000). Особенностью СД у детей и подростков до настоящего времени считался СД 1 типа, характеризующийся острым началом, выраженной гипергликемией и кетоацидозом. С развитием современных методов диагностики стали выявляться и другие типы СД у детей и подростков: неонатальный, СД 2 типа, MODY-диабет, что имеет огромное значение в выборе терапевтической тактики и профилактике осложнений. Между тем, появились данные о случаях атипичного СД, имеющего черты 1 и 2 типа. В доступной отечественной литературе мы не встретили описания данного типа СД у подростка с ожирением.

Результаты: Клинический случай. Больной 16 лет поступил по экстренным показаниям в реанимационное отделение ОДКБ в крайне тяжелом состоянии с манифестом сахарного диабета в кетоацидозе. Заболел остро, на фоне ОРВИ появились жажда, полиурия, выраженная слабость, снижение массы тела. Состояние ребенка ухудшалось, на 8-ые сутки от начала заболевания мальчик был госпитализирован в реанимационное отделение по месту проживания с диагнозом: Сахарный диабет 1 типа впервые выявленный. Кетоацидоз тяжелой степени. При обследовании выявлялись признаки тяжелых метаболических и водно-электролитных нарушений: гипергликемия до 40,0 ммоль/л; Ph крови – 6,97; повышение активности АЛТ; уровня мочевины и креатинина на фоне нарастания СРБ, лейкоцитоза, нейтрофилеза. Состояние ребенка на фоне проводимой терапии – с отрицательной динамикой. Отмечено: заторможенность, сонливость, резкое снижение диуреза, нарастание в крови концентрации мочевины и креатинина, гипотония с необходимостью вазопрессорной поддержки, в связи с чем ребенок был переведен реанимационной бригадой в ОАР №2 ОДКБ. При поступлении в РАО состояние крайне тяжелое, обусловленное нарушением сознания (сопор), метаболическим ацидозом, дисбалансом параметров водно-электролитного обмена, синдромом полиорганной недостаточности (церебральная недостаточность, сердечно-сосудистая недостаточность, острое почечное повреждение), ожирением (SDS ИМТ+2,96) и течением основного заболевания. Обращает на себя внимание повышение в коагулограмме значений Д-димера до 6,55 мкг/мл (норма - до 0,5 мг/л), потребовавшее поиска высокочувствительными визуализирующими методами тромбоза различной локализации и назначения антикоагулянтной терапии. На 14 сутки от начала заболевания, учитывая улучшение общего состояния ребенка, восстановление диуреза, нормализацию показателей КОС, уровней креатинина и мочевины, пациент был переведен в эндокринологическое отделение ОДКБ с целью уточнения диагноза и продолжения терапии. Гормональное обследование: ТТГ – 1,24 МЕ/л; кортизол в сыворотке крови 1692,64 нмоль/л, С-пептид– 7,56 нг/мл (норма 1,1–4,4 нг/мл). Иммунологические маркеры СД1 типа (антитела к GAD, IA2) – не обнаружены, что характерно для СД 2 типа, как и выраженное снижение инсулинопотребности к моменту выписки подростка из стационара. Обнаружены значимые генетические полиморфизмы, ассоциированные с нарушением фолатного цикла и с риском развития тромбофилии. Клинический диагноз: Ожирение конституционально-экзогенное 2 степени. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. Кетоацидоз тяжелой степени. Острое почечное повреждение (преренальная ОПН) в рамках синдрома полиорганной недостаточности. Стеатогепатит, низкой степени биохимической активности. Стеатоз поджелудочной железы. ГЭРБ: эрозивный эзофагит. Дуодено-гастральный рефлюкс. Лабильная артериальная

гипертензия. Врожденная тромбофилия. Для исключения моногенной формы СД направлены материалы на молекулярно-генетический анализ в ВЭНЦ.

Выводы: Приведенный клинический пример демонстрирует тяжелый нетипичный для больного ожирением манифест сахарного диабета 2 типа и указывает на возможность развития СД 2 типа у подростков с ожирением в кетозе и кетоацидозе.

Клинический пример редкого заболевания: Недостаточность длинноцепочечной 3-гидрокси-ацил-Коа-дегидрогеназы жирных кислот (LCHADD).

Бондаренко Д.А., Ферапонтова Н.В.

Научный руководитель: Шилова М.М., к.м.н., доцент, Анушенко А,О., врач-гастроэнтеролог.

ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова

Введение: Недостаточность длинноцепочечной 3-гидрокси-ацил-Коа-дегидрогеназы жирных кислот (LCHADD) – наследственное аутосомно-рецессивное заболевание из группы орфанных заболеваний, причиной которого является мутация гена HADHA, отвечающего за синтез фермента, элиминирующего высокотоксичные метаболиты цикла Клоопа-Линена. При LCHADD в ситуациях истощения углеводных запасов активация липидного катаболизма приводит к накоплению токсичных метаболитов, приводящих к состоянию метаболического криза, представляющего собой явления остро возникающей энцефалопатии, явлений сердечной и печеночной недостаточности.

Цель: Использование высокотехнологических методов диагностики позволяет своевременно диагностировать орфанные заболевания и назначать терапию.

Материалы и методы: Пациентка А. поступила в ФГАУ "НМИЦ здоровья детей" впервые в гастроэнтерологическое отделение в возрасте 8 месяцев. При поступлении жалобы на вялость, слабость, отставание физического развития, увеличение в размерах живота, периодические срыгивания, эпизод стеатореи/ахолии стула, примесь непереваренной пищи в стуле. Данные осмотра: физическое развитие низкое, гармоничное (SDS роста -2,14, SDS веса -3,43, BMI 14,79 кг/м2), «кукольное» лицо, мышечный тонус диффузно снижен. Ребенок самостоятельно не сидит, на встает в кроватке, не переворачивается. Аппетит снижен, живот округлой формы, увеличен в размерах, доступен поверхностной и глубокой пальпации, безболезненный, очаговых уплотнений не пальпируется. Пальпируется край печени +5+6 см от края правой реберной дуги, селезенка не пальпируется. По результатам проведенного в отделении обследования обращает на себя внимание эпизоды гипогликемии до 1,3 ммоль/л. По лабораторным данным – анемия легкой степени Hb 95 г/л, Эр 3,49. Фиксируется выраженное повышение сывороточной концентрации лактата натощак – 6,8 ммоль/л. При анализе коагулограммы – признаки минимальной коагулопатии – протромбин по Квику 67%, протромбиновое время 17,2 сек, МНО 1,24, АЧТВ 41,9. Фиксируется синдром цитолиза минимальной степени АЛТ 74,2 ед/л, АСТ 130,8 ед/л. Билирубин общий 20,6, ГГТ 34,2, щелочная фосфатаза 299 – на верхней границе нормы. Выраженная гепатомегалия, отрицательную плотность печени по данным компьютерной томографии (снижение плотности печени до -20-30 HU (при норме 55-75 HU), что соответствует жировой дистрофии печени, и подтверждается морфологическим исследованием, проведенным по месту жительства). По данным ЭхоКГ – концентрическая гипертрофия миокарда. В ходе диагностики были исключены внутриутробные инфекции, гликогеновая болезнь и самые частые лизосомные болезни накопления.

Результаты: Получены результаты ТМС: выявлено снижение концентрации свободного карнитина (CO) и увеличение концентрации длинноцепочечных жирных кислот C12, C14:1, C14OH, C16:1,

C16OH, C16:1OH, C18OH, C18:1OH. Методом ПЦР-ПДРФ пациенту проведен анализ на частную мутацию c.1528G>C, (p.Glu510Gln) в гене HADHA (NM_00182.4, недостаточность длинноцепочечной 3-гидрокси-ацил-коа-дегидрогеназы жирных кислот). Данная мутация выявлена у пациента в гомозиготном состоянии.

Выводы: Лечение пациентов с LCHADD цепью носит комплексный характер, в его основе лежит коррекция метаболических нарушений посредством диеты, которая заключается в снижении потребления больным пищевых жиров в качестве резервной составляющей тканевой биоэнергетики, минимизации катаболизма жирных кислот и уменьшении их значимости для восполнения энергозатрат клетки с обеспечением нормальных процессов анаболизма, роста и нутритивного статуса детей. Главная задача диетотерапии – это профилактика голодаия, вследствие которого активируется использование в качестве субстрата энергии жиры, в процессе приводящие к накоплению высокоточных для человеческого организма соединений. Помимо этого, в рационе следует учитывать, в каких продуктах питания содержится высокое количество потенциально опасных субстратов, с целью их элиминирования из рациона. Пациенту назначена комплексная терапия, выписывается в стабильном состоянии под наблюдение специалистов по месту жительства.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА У ДЕТЕЙ

Терещенко Е.Г., Изоткин Д.С.

Научный руководитель: Гудков Р.А., к. м. н., доцент

ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России

Введение: Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона и язвенный колит) являются редкой патологией у детей, и имеют проблемный прогноз. Несмотря на характерную клиническую картину и информативные лабораторно-инструментальные методы, не редки случаи поздней диагностики.

Цель: Описание клинического случая Мальчик А., 16 лет госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом парапроктит. Из анамнеза: ранее неоднократно без эффекта лечился по поводу парапроктита, длительно отмечался болевой и диарейный синдромы, афтозный стоматит, потеря веса. В клинической картине - тяжёлая белково-энергетическая недостаточность (рост 163см, вес 28кг, ИМТ=10,5), язвенно-инфильтративное поражение перианальной области, выраженный абдоминальный болевой синдром, анемия, гипопротеинемия.

Материалы и методы: По результатам ультразвукового и рентгенологического обследования - выраженные изменения в брюшной полости - абсцессы, спайки, неравномерное утолщение стенок кишки. При ЭГДС - выраженный эзофагит и очаговый гастрит. Колоноскопия не могла быть проведена из-за высокого риска перфорации. Выявлен высокий уровень кальпротектина в кале.

Результаты: Предворительный диагноз - распространенная болезнь Крона. На фоне терапии (парэнтеральное и энтеральное питание, коррекция водно-электролитных нарушений, анемии, пульс-терапия метилпреднизолоном, приём преднизолона внутрь, сульфасалазин) положительная динамика. Для дальнейшего обследования и лечения ребёнок направлен в гастроэнтерологическое отделение федерального клинического центра, где диагноз подтверждён морфологически. Терапия дополнена препаратоми: месалазин, салофальк клизмы, инфликсимаб. Особенностью случая является тотальное поражение всех отделов пищеварительного тракта, а также наличие тяжёлых осложнений.

Выводы: ВЗК необходимо исключать во всех случаях сочетания абдоминального синдрома, диареи, потери веса и анемии, а также при наличии парапроктита (в хирургической практике) и торпидного перианального поражения.

МАССИВНАЯ ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ДЕВУШКИ-ПОДРОСТКА

Попова А.П., Мачульская Н.В.

Научный руководитель: Ларина Л.Е., к.м.н., доцент,

Название ВУЗа:

ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России

Введение: Эпизоды венозной тромбоэмболии у детей не превышают 0,7 случаев на 100000 детского населения. Однако под наблюдением гинекологов и педиатров находятся девушки-подростки, использующие препараты из группы комбинированных оральных контрацептивов, которые являются самым частым предрасполагающим фактором венозной тромбоэмболии.

Цель: Пациентка Э., 17 лет с жалобами на сердцебиение, боли в груди при глубоком дыхании и эпизодом потери сознания 5.03.19 поступила в педиатрическое отделение МДГКБ, где наблюдалась с диагнозом «Синдром вегетативной дисфункции. Вазо-вагальные синкопе. Истеро-невротические реакции», получала анксиолитическую терапию. Эпилептическая активность головного мозга по данным ЭЭГ исключена. Лабораторно - повышение антистрептолизина О до 637 МЕ/мл, С-реактивного белка – 0,0293 г/л, признаки железодефицитной анемии. Из анамнеза известно, что слабость и снижение толерантности к физической нагрузке беспокоили пациентку в течение двух месяцев. В связи с нарушением менструальной функции наблюдается у гинеколога, в течение 6 месяцев принимала оральные контрацептивы с положительным эффектом. В феврале по показаниям гинеколога препарат отменен, 1.03.19 по своему желанию пациентка возобновила гормонотерапию.

Материалы и методы: 7.03.19 вновь появились боли в груди при глубоком вдохе, АД 95/64 мм.рт.ст. По данным ЭХО-КГ от 8.03.19 за левым желудочком визуализируется неоднородная ткань, для исключения объемного образования средостения направлена на КТ-ангиографию.

12.03.19 в положении сидя потеряла сознание, появилась головная боль, слабость, сохранялись жалобы на боли за грудиной, аппетит снижен, кожные покровы бледные, АД 80/60 мм.рт.ст, ЧСС 90 ударов/мин. Сатурация кислорода 98%. 13.03.19 повторный эпизод потери сознания. По результатам КТ исследования

14.03.19 – признаки двусторонней массивной ТЭЛА, на УЗИ декомпенсированное легочное сердце с высокой легочной гипертензией (давление в правом желудочке 75 мм.рт.ст), переведена в отделение реанимации, сатурация оставалась в пределах нормы. Для определения источника тромбоэмболии выполнено УЗИ сосудов нижних конечностей: признаки неокклюзивного тромбоза бедренно-подколенного сегмента глубоких вен с признаками флотации. Учитывая средне-тяжелое состояние и возможное ухудшение на фоне тромболизиса с прогрессированием тромбоэмболии из флотирующих остатков верхушки тромба было решено воздержаться от активного тромболизиса и ограничится гепаринотерапией.

Результаты: Вечером 15.03.19 отмечалось резкое ухудшение состояние – нарастание загрудинных болей, одышки, затруднение вдоха, чувство страха, удушье, снижение сатурации до 70%, повышение ЧСС до 125 уд/мин, ЧДД до 50/мин, АД 140/74 мм.рт.ст., набухание и пульсация шейных вен.

Болевой синдром и психомоторное возбуждение купированы приёмом морфина и реланиума, проводилась оксигенотерапия. После тромболитической терапии препаратом Альтеплаза сатурация восстановилась до 96-100%, уменьшилась одышка, ЧДД 25/мин, ЧСС 75 уд/мин, АД 110/75 мм.рт.ст.

При аускультации ослабление дыхания над всей поверхностью легких. Д-димеры 10 660 нг/мл. Уменьшились проявления дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности.

Через 3 часа тромболизис завершен, продолжилась гепаринотерапия, назначено введение антитромбина III.

19.03.19 пациентка переведена в отделение гематологии для дальнейшего лечения и наблюдения. По результатам ЭХО-КГ от 25.03.19 восстановление размеров полостей сердца.

С 26.03.19 переведена на терапию низкомолекулярным гепарином. Девочка в состоянии средней степени тяжести с положительной динамикой продолжает лечение в отделении геатологии.

Выводы: Представленное наблюдение демонстрирует необходимость настороженности в отношении тромбоэмболии у пациенток, принимающих оральные контрацептивы и имеющих стертые клинические симптомы, поскольку острое ухудшение состояния требует проведения рациональной тромболитической и антикоагулянтной терапии в условиях стационара.

БОЛЕЗНЬ КРОНА С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВНЕКИШЕЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Костенко Д.Е.

Научный руководитель: Баженова Ю.Л., ассистент кафедры поликлинической педиатрии и педиатрии

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Болезнь Крона (БК) — хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, гранулематозным воспалением с развитием местных и системных осложнений. Распространенность БК как в России в целом, так и в отдельных ее регионах неизвестна [3]. Значимым претендентом на роль триггера аутоиммунного процесса при БК является цитомегаловирус [8]. Клиника БК представляет собой сложную комбинацию кишечных и внекишечных проявлений. Последние могут затрагивать все органы и системы организма, приводя к развитию периферических артритов, увеитов, узловатой эритемы, ТЭЛА, вульвитов, реже – других состояний [7].

Цель: Демонстрация клинического случая болезни Крона, характеризующегося преобладанием внекишечных проявлений расстройств.

Материалы и методы: Данные анамнеза, амбулаторной карты, выписных эпикризов, заключений проведенных исследований и консультаций.

Результаты: Первые сиптомы появились в возрасте 9 лет (жалобы на периодические боли в ногах, частые головные боли), поставлен диагноз ВСД. В течение двух последующих лет постепенно нарастают боли в крупных суставах верхних и нижних конечностей, МФС левой руки. Госпитализирована, диагноз: ювенильный хронический артрит, акт. I ст., ФН 0-1 ст., Re 0 ст.; персистирующая цитомегаловирусная инфекция. При обследовании суставов - синовиит. В лечении – НПВС, сульфаниламиды с кратковременной положительной динамикой в виде уменьшения болевого синдрома. Присоединились боли в спине. В лабораторном исследовании - повышение АСТ, АЛТ, ЩФ, ревмопробы отрицательные. Сохранялись выраженные арталгии. В терапии - увеличена доза сульфасалазина. В 11 лет – ухудшение состояния, усиление арталгий. Плановая госпитализация в кардиоревматологическое отделение с диагнозом: недифференцированный полиартрит, акт. I-II ст., ФН I-II ст; персистирующая цитомегаловирусная инфекция. Проведена ревизия базисной терапии, в связи с ее неэффективностью назначен метотрексат. В возрасте 14 лет у пациентки обнаружена киста правого яичника (есть вероятность, что киста – проявление БК; заболевание имеет склонность к свищеобразованию, возможно формирование энтерооваривального свища и воспалительных псевдокист [10, 12]). Диагностированы хронический неинфекционный энтероколит (рецидивирующее течение), хронический поверхностный гастродуоденит с гиперхлоргидрией, Нр-ассоциированный. Назначен длительный прием закофалька. Повторная госпитализация в связи с жалобами на периодические боли во всех суставах, отечность в области коленных суставов, хруст в ШОП. При УЗИ суставов – синовиит обоих ТБС, минимальный тендовагинит разгибателей пальцев обоих ЛЗС, уплотнение капсулы КС; увеличена доза метотрексата. В течение трех месяцев участились боли в животе (независимо от приема еды), появился стул с примесью крови. Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение. Диагноз – угрожаемая по болезни Крона с последующей отменой метотрексата и назначением салофалька. В 15 лет в связи с усилением боли в суставах, проведено УЗИ суставов – минимальный выпот в ГСС, ТБС, МФС. В терапии комбинация метотрексата и сульфасалазина. В течение последующего года девочка жаловалась на ежедневные боли в эпигастрии и околопупочной области, чаще при физической нагрузке и перед дефекацией, снижение аппетита, тошноту, отрыжку, изжогу,

метеоризм, учащение стула (до 5 р/сут), слабость, утомляемость, дефицит веса. Установлен диагноз: болезнь Крона тонкой кишки, воспалительная форма, средней тяжести, умеренной активности; хронический поверхностный гастродуоденит, Нр-отр., обострение; ЮИА, полиартрит, минимальной активности. Назначены месалазин, метотрексат, фолиевая кислота, будесонид. Динамика на фоне лечения положительная.

Выводы:

1.Внекишечные проявления БК могут преобладать в клинической картине заболевания, поэтому важна настороженность врачей в отношении атипичного течения болезни.

2. Более пристальному наблюдению подлежат дети с ЦМВИ в анамнезе.

3. Необходима своевременная диагностика внекишечных проявлений у пациентов с болезнью Крона.

ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Урзяева Н.Н.

Научный руководитель: Балыкова Л.А., д.м.н., профессор, Старостина Л.С., к.м.н., доцент

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

Введение: Постмиокардитическая дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) с исходом в рефрактерную хроническую сердечную недостаточность (ХСН), некоррегируемую медикаментозной поддержкой после имплантации кардиовертера-дефибриллятора, потребовала проведения педиатрической трансплантации сердца (ТС).

Цель: Отразить основные показания к педиатрической трансплантации сердца и осложнения после её проведения.

Материалы и методы: Мальчик 8 лет с диагнозом «Дилатационная кардиомиопатия (постмиокардитическая), желудочковая тахикадия/экстрасистолия. ХСН III стадии, функциональный класс III–IV (NYHA). Синкопальные (аритмогенные) состояния. Состояние после имплантации кардиовертера-дефибриллятора. Высокий риск внезапной сердечной смерти». Впервые изменения в сердце в виде экстрасистолии (ЭС) выявлены педиатром в возрасте 4 лет 10 мес. При холтеровском мониторировании (ХМ) выявлена брадикардия, ЭС, пробежки желудочковой тахикардии. При эхокардиографии (ЭхоКГ) выявлено снижение фракции выброса (ФВ) по Teichgolz до 54% (при норме 60%) и увеличение конечно-диастолического размера (КДР) левого желудочка (ЛЖ) до 40 мм (при норме 29 мм). Несмотря на нутритивную, вентиляционную поддержку, лекарственную терапию, с использованием комбинации ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина, бета-блокаторов, диуретиков, антагонистов альдостерона, и кардиотоников – дигоксина, милринона, допамина, левосимендана, быстро начала развиваться декомпенсация. Уже через полгода (октябрь 2015г.) при попытке радикальной смены терапии отмечалось первое синкопальное состояние вследствие остановки кровообращения. Несмотря на имплантацию кардиовертера-дефибриллятора состояние ребенка продолжало ухудшаться: отмечалась клиника отека легких. На ЭхоКГ - снижение ФВ до 14% по Teicholz (8% по Simpson), КДР - 62 мм (N=36). На электрокардиограмме брадиаритмия до 76-84 в мин. Содержание натрий-уретического пептида составило более 24000 пг/мл. При проведении ХМ определялись эпизоды предсердной стимуляции ИКД, ригидный ритм (циркадный индекс 109%,), до 7000-17000 желудочковых ЭС в сутки. Обращали внимание дефицит веса, атрофия мышц конечностей, значительное снижение толерантности к физической нагрузке. Было принято решение о необходимости ТС за пределами РФ.

Результаты: Показания для педиатрической ТС определены Советом Американской ассоциации Сердца по сердечно-сосудистым заболеваниям среди молодёжи от 2007г. и Международным обществом трансплантации сердца и легких у младенцев от 2016г.: - прогрессирующее течение ХСН, резистентное к терапии с необходимостью постоянной внутривенной инотропной или механической поддержки кровообращения (МПК); - прогрессирование вторичной легочной гипертензии при левожелудочковой недостаточности; - фульминантная жизнеугрожающая аритмия; - комбинированные врождённые пороки сердца Перелёт в Индию для ТС сопровождался присоединением инфекций, нарастанием сердечной недостаточности (СН), было зарегистрировано несколько следующих друг за другом остановок сердца. Дальнейшее ожидание стало невозможным без МПК. Ребёнок был подключен к аппарату экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). После ТС развилась тяжелая гипотензия, выраженная дисфункция ЛЖ, вновь был экстренно подключен к аппарату ЭКМО. Проводилась инотропная поддержка, гормональная пульс-терапия из-за

подозрения на реакцию отторжения трансплантата. По данным коронарографии выявлялось поражение коронарных артерий, в связи с чем проведена чрескожная транслюминальная ангиопластика. Послеоперационный период осложнился острой инфекцией, судорожным синдромом, нарушением периферического кровообращения. Через 2 месяца определялись признаки ишемического инсульта на компьютерной томограмме с умеренно выраженной клиникой.

Выводы: Трансплантация сердца в сочетании с комплексной терапией, направленной на снижение признаков СН и проявлений аритмии, позволила сохранить ребёнку жизнь и существенно улучшить её качество, что показывает необходимость развития педиатрической ТС в России.

СИНДРОМ ЭЛЕРСА-ДАНЛОСА, ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА.

Мехтиева С.Д., Полетаева Е.В

Научный руководитель: Котманова Н.А.

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет. Медицинский факультет им.Т.З.Биктимирова.

Введение: Дисплазия соединительной ткани представляет собой уникальную аномалию развития организма и является важнейшей проблемой врождённой патологии в связи с проградиентным течением, полиорганностью поражения и нередко неблагоприятным исходом. Проявления ДСТ в раннем и дошкольном возрасте не выражены, поэтому остаются незамеченными и своевременно не корригируются. Несостоятельность соединительнотканных структур ведет к повышенному детскому травматизму и возникновению внезапных неотложных состояний.

Цель: проанализировать клинический случай, рассмотреть основные клинические критерии постановки диагноза дифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы: история болезни из архива Ульяновской областной детской клинической больницы имени политического и общественного деятеля Ю.Ф. Горячева (УОДКБ).

Результаты: В результате проведенного анализа клинического случая были выделены клинические симптомы синдрома Элерса-Данлоса. Основными проявления включают в себя гипермобильность суставов, наличие аномальной рубцовой ткани- стрии, тяжелый периодонтоз с тотальной потерей зубов, чрезмерная эластичность кожи. С помощью инструментальных исследований - УЗИ органов брюшной полсти и КТ органов брюшной области с контрастным усилением было найдено объемного образования забрюшинного пространства (киста забрюшинного пространства). При проведении ЭХО-КС выявлены: брадиаритмию, пролапс трикуспидального клапана 1 степени, с регургитацией 1 степени, расширение корня и восходящего отдела аорты, снижение сократительной способности миокарда ЛЖ. Была проведена консультация кардиолога, выставлен диагноз: Пролапс митрального клапана 1 степени. Метаболическая кардиопатия. Синдром вегетативной дистонии по симпатикотоническому типа пубертатного периода, перманентное течение. После консультации врача-генетика и проведении клинико-генеалогического обследования, был подтвержден Синдром Элерса-Данлоса (синдром дисплазии соединительной ткани), предположительно VIII тип.(130080)Тип наследования: аутосомно-доминантный. Риск для потомков: 50%. Именно для этого типа синдрома Элерса-Данлоса характерен тяжелый периодонтоз с ранней потерей зубов

Выводы: Данный клинический случай показал отсутствие настороженности у врачей педиатров в отношении дисплазии соединительной ткани, диагноз впервые выставлен пациенту в подростковом возрасте, несмотря на характерные клинические проявления. Правильно и вовремя подобранная поддерживающая терапия может уменьшить, а иногда практически свести на нет проявления заболевания, что существенно улучшает качество и продолжительности жизни ребенка.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ДЖАНОТТИ-КРОСТИ

Соловьева В.М.

Научный руководитель: Ерюшова Т.Ю., к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики детских болезней педиатрического факультета, Аминова А.И., д.м.н., профессор кафедры пропедевтики детских болезней педиатрического факультета

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

Введение: Синдром Джанотти-Крости - совокупность дерматологических симптомов, которые возникают на фоне инфекционных процессов. Синдром Джанотти-Крости относится к категории редких нарушений.

Цель: информировать врачей и оценить трудности диагностики синдрома Джанотти-Крости на примере клинического случая

Материалы и методы: Анализ истории болезни и амбулаторной карты больной Н, 02.12.2017 года рождения. В стационаре у ребенка диагностирован Острый пиелонефрит с образованием очагов деструкции в левой почке(апостематозный нефрит),активная фаза,функция почек сохранена. Острый инфекционный энтероколит. Энтеровирусная инфекция, смешанная форма. В постгоспитальном периоде, амбулаторно был поставлен синдром Джанотти-Крости на основании характерных жалоб, анамнеза и особенностей локального проявления заболевания

Результаты: Пациентка Н., 8 месяцев, поступила 31.08.2018 в ДГКБ №9 с жалобами на частый разжиженный стул с зеленью и слизью, фебрильную температуру тела, вялость на протяжении 4 дней. Из анамнеза жизни – ОАА (угроза прерывания в 1 триместре), отягощенный аллергоанамнез - пищевая аллергия в виде крапивницы. Проведено лабораторное и инструментальное исследование: выраженная воспалительная активность в общем анализе крови (лейкоцитоз до 29,23 10^3/мкл, СОЭ 68 мм/ч), в биохимическом анализе крови повышены маркеры системного воспалительного процесса (СРБ 102 мг/л, уровень прокальцитонина-1,1 нг/мл), в анализе кала выделена Escherichia coli, Enterococcus faecalis, Klebsiella pneumonia, на УЗИ почек и выявлен очаг деструкция в левой почке (апостематозный нефрит). На основании чего был диагностирован: острый пиелонефрит с формированием мультифокальных гнойно-деструктивных изменений паренхимы левой почки, активная фаза, функция почек не изменена. Острый инфекционный энтероколит. Ребенку была назначена консервативная антибактериальная терапия (а/б терапия) препаратом Цефтриаксон. На фоне проводимой терапии отмечалась отрицательная динамика по результатам УЗИ почек в виде нарастания диаметра очага деструкции. В связи с чем, было проведено КТ почек с контрастированием – картина соответствует течению острого пиелонефрита с формированием мультифокальных гнойно-деструктивных изменений паренхимы левой почки, и проведена смена а/б терапии на препарат Меропенем. На 10 сутки консервативной терапии отмечалась положительная динамика течения заболевания: купирование лихорадки, снижение воспалительной активности крови (лейкоциты 9,5 10^3/мкл, СОЭ 28мм/ч, СРБ 0,9 мг/л) и уменьшение размеров очага деструкции в левой почке по результатам УЗИ. 17.09.18 произошло ухудшение состояния ребенка, которое характеризовалось повторной волной лихорадки до фебрильных цифр, появлением на коже лица, рук и ног обильной пятнисто-папулезной, везикулезной сыпи, в зеве – энантема в виде множественных везикулярных элементов на мягком небе. При проведении лабораторной диагностики методом ПЦР в зеве- энтеровирус и энтеровирусная инфекция. Была проведена смена а/б терапии на Цефоперазон и добавлен антигистаминный препарат Зодак. Через сутки, на фоне терапии самочувствие улучшилось, симптомы интоксикации купировались, сыпь стала менее яркой, регрессирующей, новых высыпаний не отмечалось. Из стационара пациентка

выписана 24.09.2018с рекомендациями продолжить а/б терапию. Через 10 дней ребенок был осмотрен педиатром в КДЦ ДГКБ №9, где при осмотре на фоне бледно-розовой здоровой кожи на симметричных участках в области лба и висков на лице, на предплечья и разгибательных поверхностях голеней сохранялись мономорфные, куполообразные, розово-пурпурного цвета папулы до 10 мм в диаметре, возвышающиеся над поверхностью кожи, склонные к слиянию, плотные на ощупь, что не характерно для энтеровирусной экзантемы, которая купируется в течение 3-5 дней после появления и после исчезновения сыпи на коже остается шелушение и пигментация.Учитывая данные анамнеза, возраст больного и характерные изменения на коже был поставлен диагноз- синдром Дж-

Выводы: Синдром Джанотти-Крости отличает клинический полиморфизм, что затрудняет его диагностику.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ЦЕЛЬВЕГЕРА С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ У НОВОРОЖДЕННОГО

Старцева А.А. Левченкова Е.А.

Научный руководитель: Аминова А.И., д.м.н., профессор

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

Введение: Синдром Цельвегера является наиболее тяжелым вариантом нарушения биогенеза пероксисом спектра синдрома Цельвегера, который характеризуется дефектами миграции нейронов в головном мозге, челюстно-лицевым дизморфизмом, сильной гипотонией, неонатальными судорогами и нарушением функции печени. Болезнь возникает в неонатальном периоде, проявляясь как пороками развития органов, которые возникают внутриутробно, так и прогрессированием болезни вследствие непреходящей дисфункции пероксисом. Нарушения биогенеза пероксисом спектра синдрома Цельвегера обусловлены мутациями в одном из 13 генов PEX, кодирующих пероксины. Мутации в этих генах ведут к аномалиям биогенеза пероксисом.

Цель: предоставить клинический разбор у девочки 21 суток жизни со сложной генетической аномалией *Синдромом Цельвегера приведшей к смерти

Материалы и методы: Проведен анализ истории болезни пациентки 21 суток с синдромом Цельвейгера и врождённой пневмонией, осложнившегося полиорганной недостаточностью, прогрессирующей постреморрагической окклюзионной гидроцефалией, Ишемия мозга, ВЖК 3 степени.

Результаты: Ребенок был доставлен неонатальной реанимационной бригадой в ДГКБ №9 имени Сперанского. 28.01.2019 ребенку был установлен диагноз прогрессирующего наследственного заболевания из группы нарушений биогенеза пероксисомы тип 1А (тип Цельвейгера) На 14 неделе беременности мать перенесла ОРВИ, без повышения температуры, в 3 триместре была выявлена угроза преждевременных родов, внутриутробно была диагностирована генетическая гетерозиротная мутация у плода, синдром Цельвейгера, лиссэнцефалия Роды: первые преждевременные оперативные роды в ножном прилежании на 30-31 неделе. Извлечена живая недоношенная девочка. Тяжесть состояния ребенка с множественнми врождёнными пороками развития была обусловлена дыхательной недостаточностью за счет синдрома дыхательных расстройств. Проводилась ИВЛ. При поступлении в ДГКБ 9 им Сперанского состояние очень тяжелое. Тяжесть состояния была обусловлена прогрессирующим течением наследственно-дегенеративного заболевания, дыхательной недостаточностью, симптомами интоксикации, выраженным метаболическим алкалозом, высокой гуморальной активностью, отечным синдромом, синдромом интоксикации на фоне течения врожденной инфекции, пневмонии, неврологической симптоматикой на фоне тяжелого гипоксически-геморрагического поражения ЦНС, метаболическими нарушениями, азотемией на фоне почечного поражения, анемией. В период с 12 по 15 февраля на фоне проводимой комплексной терапии состояние ребенка прогрессивно ухудшалась на фоне течения основного прогрессирующего дегенеративного заболевания и 15 февраля 2018 года в 18.00 после проведения реанимационных мероприятий в течение 30 минут констатирована смерть ребенка.

Выводы: так как синдром Цельвегера является тяжелой наследственной патологией. Важно на перинатальном этапе диагностики выявить первичные признаки данной патологии. Также необходимо предупреждать родителей, имеющих в родовом анамнезе данное заболевание, о возможности развития патологии у потомков

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ VACTERL-АССОЦИАЦИИ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЁНКА

Безносова Л.А.

Научный руководитель: Турина И.Е., к.м.н., доцент, Холоднова Н.В. врач-неонатолог

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

Введение: Актуальность. VACTERL-ассоциация – аббревиатура для обозначения множественных врождённых пороков развития (ВПР): аномалии позвоночника и ребер (Vertebral); атрезия ануса (Anal atresia); пороки сердца (Cardiovascular anomalies); трахеоэзофагеальный свищ (Tracheoesophageal fistula); атрезия пищевода (Esophageal atresia); аномалии почек (Renal anomalies); дефекты конечностей (Limb defects). Диагноз ставится на основании 3 и более выявленных пороков. Заболеваемость около 1:10000-40000 живых новорождённых.

Материалы и методы: Описание клинического случая. Девочка А. у матери 29 лет с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом; от II беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре, анемией во II и III триместре, нарушением маточно-плацентарного кровотока в III триместре. По УЗИ на 33 неделе гестации – преждевременное созревание плаценты; синдром задержки развития плода, многоводие, микрогастрия; заподозрена атрезия пищевода. Роды I, преждевременные, экстренное кесарево сечение на 33 неделе гестации; выраженное многоводие 7-10 л., воды светлые. Оценка по шкале Апгар 5/7 баллов, масса тела 1900г, длина тела 42см. Заинтубирована в родильном зале, переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных в тяжелом состоянии за счет дыхательной недостаточности (ДН), ВПР на фоне недоношенности. Диагноз высокой атрезии пищевода без трахеопищеводного свища подтверждён на первые сутки жизни (с.ж.). На 2 с.ж. наложена гастростома по Кадеру. С 7 с.ж. выхаживалась в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей по поводу врождённой пневмонии. Выявлены врождённый порок сердца, уретерогидронефроз слева. В 1 месяц жизни (мес.ж.) переведена в Детскую городскую клиническую больницу №9 им. Г.Н.Сперанского. Состояние при поступлении тяжёлое за счёт ДН, метаболических, электролитных, микроциркуляторных нарушений, неврологической симптоматики, ВПР на фоне недоношенности. Отмечаются стигмы дизэмбриогенеза. Обратило на себя внимание подтекание содержимого желудка мимо гастростомы, воспалительные изменения кожи вокруг неё. По результатам клинико-лабораторного и инструментального обследования диагностирован сепсис, вызванный Klebsiella pneumoniae: бактериемия, пневмония, вторичный пиелонефрит, энтероколит. В 1 мес. 25 с.ж. наложена эзофагостома, проведена релапаротомия, реконструкция гастростомы. Энтеральное питание начато с 2 мес.ж. через гастростому, питание с расширением усваивает, в весе прибавляет. К 2,5 мес.ж. купированы дыхательные нарушения. Моча санирована, уточнён характер ВПР почек: эктопия, мальротация, изменение числа почек, сращение и удвоение ЧЛС с уретерогидронефрозом и снижением функции обеих собирательных систем удвоенной левой половины диспластичной, асимметрично сращенной по типу подково- и S-образной почки, эктопия устьев мочеточников справа, атрезия устья мочеточника слева. Установлены 2 уретерокутанеостомы в удвоенный левый мочеточник.

Результаты: У ребёнка пренатально заподозрен и антенатально подтверждён диагноз высокой атрезии пищевода без свища (E). Позже диагностированы дефект межжелудочковой перегородки (C), аномалия строения скелета - 6 поясничных позвонков, крестец с аномалиями слияния позвонков и осевыми нарушениями (V), агенезия I пястной кости и гипотрофия I пальца слева (L), порок развития почек (R). На основании множественных ВПР выставлен диагноз «VACTERL-ассоциация».

Выводы: Сочетанные ВПР у детей с VACTERL-ассоциацией диктуют необходимость широкого диагностического поиска, этапного хирургического лечения. Для наиболее тяжёлых, жизнеугрожающих пороков необходима коррекция в неонатальном периоде. У данной пациентки

наибольший интерес представляет сочетанный порок почек. Выбрана верная тактика лечения: гастростомия на 2 с.ж. с последующим наложением эзофагостомы; уретерокутанеостомия.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ВНЕДРЕНИЕ ИМПЛАНТИРУЕМОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ДИСТАНЦИОННОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ

Кашигина О.Ю. , Мырзагалиев А.К., Пунтикова А.Ю.

Научный руководитель: Городков С.Ю., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО „Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского“ Минздрава России

Введение: Долгое восстановление целостности нерва приводит к дегенерации спинальных ганглиев, атрофии мышц и трофическим нарушениям в зоне иннервации. Существующие приборы для стимуляции

роста нерва имеют недостатки: имплантируемый источник питания, небиодеградируемый электрод.

Цель: Создание биодеградируемого имплантируемого устройства для стимуляции роста периферических нервов

Материалы и методы: Было две группы животных: I (n = 15) – нейрорафия без нейростимуляции; II (n=10) – нейрорафия с нейростимуляцией(НС) созданным устройством. Выполняя электронейромиографию (ЭНМГ), учитывали показатели невронального потенциала (НП): латентный период(ЛП) и амплитуду. Животных выводили из эксперимента через 30 дней, выполняя ЭНМГ и морфологическое исследование участка нейрорафии. В группе II НС выполняли по 10 минут каждые 8 часов в течение 30 дней с частотой 1 Гц.

Результаты: В I группе медиана ЛП составляла 9,00 мс [min 7,8 мс; max 11,4 мс]; медиана амплитуды - 5,00 uV [min 2,2 uV; max 25 uV]. Значение медианы ЛП в группе II - 10,39 [min 6,27 мс; max 12,2 мс], амплитуды -20,3 uV [min 9,3 uV; max 140 uV]. При сравнении измерения ЛП в двух группах до пересечения нерва и спустя 30 дней было выяснено, что в группе животных, которым выполнялась электронейростимуляция ЛП на 7,25 % меньше, а амплитуда на 24,88% больше. При морфологическом исследовании выяснено, что среднее количество нервных волокон, проросших через зону нейрорафии в дистальный отрезок нерва в группе II в два раза выше.

Выводы:

1. Разработано устройство для дистанционной электростимуляции периферических нервов.

2. Отработана методика имплантации созданного устройства для дистанционной электростимуляции in vivo.

3. При стимуляции зоны шва нерва повышается скорость проведения импульса через зону нейрорафии на 7,25%.

4. При наличии электронейростимуляции амплитуда вызванного потенциала увеличивалась на 24,88 % в сравнение с группой, которой стимуляция не проводилась. 5. Количество аксонов после электронейростимуляции выше в два раза.

ПРЕДХИРУРГИЧЕКАЯ КОРРЕКЦИЯ МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА

Дудник О.В.

Научный руководитель: Мамедов А.А., д.м.н, профессор

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

Введение: Одной из актуальных проблем современной стоматологии, детской челюстно-лицевой хирургии и ортодонтии является разработка и совершенствование методов ранней реабилитации детей с патологией челюстно-лицевой области, так как врожденная аномалия развития приводит к деформации средней трети лица, дисгармонии развития лицевого скелета, грубо нарушает функции жизненно важных органов и систем, эстетику лица и негативно влияет на формирование психоэмоциального статуса ребенка (Блохина С.И., 2002, Han B.J. 2005).

Цель: Повышение эффективности хирургического лечения за счет предварительной ортодонтической коррекции межчелюстной кости у детей с двусторонней расщелиной губы и неба.

Материалы и методы: За период с 2011 по 2019 гг. на кафедре стоматологии детского возраста и ортодонтии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, а также, в клинике НИИ Детской хирургии НЦЗД было проведено обследование и лечение 74 детей с двусторонней расщелиной губы и неба. Проводили частичную остеотомию сошника. Это позволяло сократить сроки подготовки к первичной хейлоринопластике. Мини-винтами фиксировали разработанную ортодонтическую конструкцию на боковые фрагменты верхней челюсти. Миниимпланты соединяли с основной конструкцией пружинными или эластичными тягами. Через две недели, при достижении оптимального состояния межчелюстной кости и боковых фрагментов производили операцию - первичная хейлоринопластика.

Результаты: Клинические и биометрические исследования в дооперационном и послеоперационном периодах показали нормализацию соотношения межчелюстной кости и боковых фрагментов у всех 74 пациентов (100%).

Выводы: Применение разработанной ортодонтической конструкции позволяет сократить предхирургическую ортодонтическую подготовку, нормализовать положение межчелюстной кости и форму верхней челюсти с последующим проведением первичной хейлоринопластики и, в дальнейшем, уранопластики, а также, сократить сроки реабилитации пациентов с двусторонней расщелиной губы и неба , достигнув тем самым стабильного эстетического и функционального результата.

ПРЕДХИРУРГИЧЕСКАЯ ОРТОДОНТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОДНОСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА

Мазурина Л.А., Слынько А.Ю.

Научный руководитель: Мамедов А.А., д.м.н. профессор

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

Введение: В последние годы в России для коррекции деформаций при врожденной патологии в раннем детском возрасте используются ортодонтические аппараты. Однако, в отечественной литературе недостаточно данных по использованию этих конструкций у больных с односторонней расщелиной губы и неба (ОРГН) в период новорожденности

Цель: Повышение эффективности лечения детей с ОРГН за счет предхирургической ортодонтической подготовки с применением ортоимплантов

Материалы и методы: За период с 2014-ого по 2018 год в динамическом наблюдении находилось 40 детей с ОРГН. В возрасте от 3-х дней до года жизни до операции первичной хейлопластики пациенту проводилась предхирургическая ортодонтическая подготовка. Были сняты оттиски для изготовления индивидуальной ложки, а также контрольно-диагностической модели, осуществлен фотопротокол, проведены замеры диастаза между фрагментами верхней челюсти. В малый и большой фрагменты верхней челюсти были установлены ортоимпланты. На головки ортоимплантов была зафиксирована эластическая цепочка размер которой определялся ортодонтическим динамометром. В течение двух недель проводилась активация эластической цепочки. Через 2 недели, перед операцией были удалены ортоимпланты с фрагментов верхней челюсти. Повторно сняты оттиски при помощи индивидуальной ложки и отлита контрольно-диагностическая модель для проведения антропометрических измерений. После чего произведена первичная одномоментная односторонняя хейлопластика

Результаты: На основании клинического обследования и антропометрического изучения моделей челюстей пациентов с ОРГН в дооперационном и послеоперационном периоде было установлено, что уменьшение диастаза между фрагментами верхней челюсти на 50% в мм наблюдалось у всех пациентов

Выводы: Предхирургическая ортодонтическая подготовка с применением ортоимплантов с эластической цепочкой позволяет уменьшить размер диастаза на 50% в мм, что создает комфортные условия для проведения первичной хейлопластики. Сокращает сроки лечения, сроки реабилитации пациентов с РГН и улучшает эстетические результаты.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Устаева Г. А. Баширова К. Б. Абасов Ш. М.

Научный руководитель: Махачев Б. М., д.м.н; Ашурбеков В. Т., д.м.н.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Введение: Хирургическое лечение врождённых диафрагмальных грыж является актуальной проблемой у новорожденных.

Цель: Проведение анализа результатов лечения врождённых диафрагмальных грыж разными способами.

Материалы и методы: На базе ДРКБ г. Махачкала находились на лечении 28 новорожденных с диагнозом: врождённая диафрагмальная грыжа. Из них у 26 пациентов выявлено левостороннее расположение диафрагмальной грыжи, в 2 случаях правостороннее. 6 новорожденных были недоношенными. Множественные пороки развития выявлены у 14 (43,7%) новорожденных. 17 новорожденным выполнено оперативное вмешательство - торакотомия (пластика диафрагмы). 8 новорожденным выполнено оперативное вмешательство торакоскопическим методом. У всех новорожденных проводился мониторинг ЧСС, НАД, SpO2, EtCO2, исследование КОС и газового состава капиллярной крови, ЭХОКГ с определением давления в лёгочной артерии. Операция проводится следующим образом: Положение ребенка на боку. Устанавливаем 3 троакара, 2 и 3-4 межреберье. Инсуффляция (закись азота) 4-6 мм.рт.ст. При ревизии в плевральной полости петли тонкого и толстого кишечника, селезёнка, печень. Окончатым зажимом и мягким зажимом органы вправляют в брюшную полость. Дефект ушивают капроном узловыми швами. В послеоперационном периоде ребенок находится в реанимационном отделении, на ИВЛ с полной синхронизацией. Кормление начинаем на 2-3 сутки. Проводится коррекция лёгочной гипертензии. Перед выпиской контрольная рентгенография и УЗИ сердца. Преимущества торакоскопии: - малая травматичность доступа - минимальная потеря крови во время операции - лучшая визуализация органов и тканей грудной клетки на всех этапах оперативного вмешательства - более гладкое течение раннего послеоперационного периода за счёт уменьшения болевого синдрома - уменьшение количества послеоперационных осложнений - сокращение сроков госпитализации больных - отличный косметический результат - по предварительным данным отмечается значительное снижение летальности (с 62,2 до 14,3%).

Результаты: У новорожденных, которым выполнено оперативное вмешательство эндоскопическим методом в послеоперационном периоде состояние улучшилось. Сравнительные сроки пребывания в стационаре сократились. Из 17 оперированных открытым доступом 8 случаев закончились летальным исходом, а из 8 оперированных торакоскопическим методом только 1 случай летального исхода.

Выводы: Торакоскопическая пластика аномалий и заболеваний диафрагмы у новорожденных демонстрирует лучшие результаты, чем при открытой методике.

ОПЫТ ПОЭТАПНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ ПРИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ПРИВРАТНИКА У ДЕТЕЙ

Киракосян Е.В.

Научный руководитель: Лохматов М.М., д.м.н., профессор

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

Введение: Традиционный метод хирургического лечения стеноза выходного отдела желудка (привратника) у детей является оперативным вмешательством. Эндоскопическая баллонная дилатация (ЭБД) – метод выбора у взрослых при лечении рубцовых стенозов привратника, являющихся исходом язвенной болезни желудка с локализацией язвы в антральном отделе. По данным зарубежных публикаций описаны единичные случаи лечения стенозов привратника у детей путём БД.

Цель: Выработать методику применения ЭБД у детей с рубцовыми стенозами привратника и произвести максимально эффективное восстановление желудочно-кишечного пассажа.

Материалы и методы: За 2017–2018 годы в отделении эндоскопических исследований Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей наблюдалось два случая образования крупных язв в антральном отделе желудка у детей раннего и дошкольного возрастов. Вторичная пептическая язва в обоих случаях осложнилась стенозом выходного отдела желудка. При эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) обнаружен выраженный циркулярный, неспецифический рубцовый стеноз привратника желудка с остаточным просветом 3-4 мм на фоне жесткого рубцового образования глубиной примерно 1,5 мм, непроходимого для эндоскопа наружным диметром 5,9 мм. С учётом возраста, анамнеза заболевания, общего и соматического состояния, результатов лабораторных и инструментальных исследований, с согласия родителей и одобрения этического комитета было принято решение о проведении экспериментальной баллонной дилатационной терапии привратника желудка у детей. Проведена управляемая проволочным проводником поэтапная ЭБД привратника желудка до максимального диаметра баллона 15 мм. При первом сеансе БД под эндоскопическим контролем по струне-проводнику через рабочий канал эндоскопа в область суженного привратника заведён баллонный катетер. Выполнена последовательная инсуффляция катетера дистиллированной водой до 10 мм под давлением 3 атм, затем до 12 мм под давлением 8 атм с экспозицией по 120 секунд, после чего баллон был полностью сдут и извлечён. Место дилатации орошали раствором дексаметазона. При контрольной ЭГДС – просвет привратника около 6 мм, проходим для эндоскопа с наружным диаметром 5,9 мм. При втором сеансе выполнены те же, что и в первый раз, действия с раздуванием баллона до 15 мм под давлением 8 атм, время экспозиции 120 секунд.

Результаты: Выработали методику и успешно применили поэтапную ЭБД у обоих детей со стенозом выходного отдела желудка. По окончании вмешательства, в раннем и позднем послеоперационном периоде и последующем наблюдении отмечен положительный результат эндоскопического лечения, определяемый и клинически, и инструментально.

Выводы: Представленный опыт отражает высокую диагностическую и лечебную значимость метода, положительную динамику состояния детей, определяемую и клинически, и инструментально. Благодаря этой методике современная эндоскопия на сегодняшний день становится высокотехнологичной альтернативой традиционных методов коррекции у детей со стенозом привратника.

МЕТОДЫ ДИСТАЛИЗАЦИИ БОКОВОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ

Щербинина И.С.

Научный руководитель: Тимощенко Т.В.

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

Введение: В настоящее время механизм дистализации боковой группы зубов полностью не изучен. Следовательно, нет метода дистализации моляров, который отвечал бы всем критериям ортодонтического лечения. Существует множество различных аппаратов для дистализации боковой группы зубов, среди которых съемные внутри- и внеротовые аппараты, а также несъемная аппаратура. Несмотря на широкий ассортимент предложенных вариантов, вопрос выбора методики дистализации остается открытым. Для подробного изучения были выбраны такие методики, как использование петлевого дистализирующего корректора (ПДК), дистализация моляров с помощью брекет-системы в комплексе с микроимплантами, система Invisalign. Тема представляет как теоретический, так и практический интерес, так как нормализация положения моляров обеспечивает определенные трудности в процессе лечения.

Цель: Изучить и проанализировать научные исследования, посвященные нормализации положения моляров верхней и нижней челюсти при их медиальном сдвиге.

Материалы и методы: В материалах и методах рассмотрены исследования методик, а конкретно - ход исследования, используемые аппараты и их особенности, сроки проведения, полученные результаты, которые отражены в таблице в графе "результаты".

Результаты: В Таблице 1 приведена средняя скорость дистализации и интрузии моляров, которые рассчитывались для каждого значения по формулам: 1. Ср.Vдист. = Ср.Sдист. / Ср.tдист., где V – скорость дистализации; S – расстояние, на которое была осуществлена дистализация; t – время, за которое была осуществлена дистализация; 2. Ср.Vинтр. = Ср.Sинтр. / Ср.tинтр., где V – скорость интрузии; S – расстояние, на которое была осуществлена интрузия; t – время, за которое была осуществлена интрузия. Таблица 1 - Значения скорости дистализации и интрузии моляров. По данным таблицы максимальное значение скорости дистализации моляров верхней челюсти удалось достичь при использовании петлевого дистализирующего корректора (ПДК), средняя скорость дистализации при использовании которого составляет 0.86 мм/мес. В проанализированных источниках данные о наклоне и интрузии в результате лечения моляров отсутствовали. Следовательно, перед использованием данного метода в практике требуется его более глубокое изучение. Использование брекет-системы и микроимплантата в качестве анкоража на верхней и на нижней челюстях позволило достичь положительных результатов дистализации моляров. Средняя скорость дистализации на нижней челюсти, где имплантат был установлен в косую линию, составила 0.27 мм/мес, интрузии – 0.10 мм/мес. Для верхней челюсти максимальная скорость дистализации моляров с использованием брекет-системы и микроимплантата, установленного в скулоальвеолярный гребень, равна 0.46 мм/мес, интрузия 0.35 мм/мес. Результаты подтверждают эффективность использования данной методики. Минимальное значение скорости дистализации боковой группы зубов имеет методика использования системы Ivisalign, которая равна 0.09-0.10 мм/мес. Интрузия и наклон моляров по результатам исследования являлись незначительными. Несмотря на то, что ученым удалось доказать возможность дистализации боковой группы зубов с помощью ортодонтических элайнеров, данный метод нуждается в усовершенствовании.

Выводы: На основании результатов изученных исследований установлено, что дистализация моляров на верхней и на нижней челюстях возможна при использовании всех рассмотренных выше методик:

петлевого дистализирующего корректора (ПДК), брекет-системы в комплексе с микроимплантатом, системы Invisalign. Изученные методы дистализации моляров не являются совершенными и обладают определенными особенностями. Учитывая вышесказанное, окончательное решение о целесообразности применения той или иной методики остаётся за врачом-ортодонтом.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НИЗКОВОЛЬТНОЙ И ВЫСОКОВОЛЬТНОЙ ЭЛЕКТРОТРАВМЫ У ДЕТЕЙ.

Колтакова М.П., Асеев А.А., Кабелка А.А.

Научный руководитель: Вечеркин В.А., д.м.н. профессор

ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России

Введение: В течении последнего десятилетия электротравма, осложненная шоком, стала новой категорией повреждений, что выдвинуло ее на рубеж одной из актуальных проблем детской хирургии. В последние годы отмечается значительный рост в структуре детского травматизма, в том числе множественных, сочетанных повреждений, электрической травмы, приводящих к летальности и инвалидизации пациентов.

Цель: Проанализировать лечение и исходы высоковольтных и низковольтных электротравм у детей.

Материалы и методы: В клинике детской хирургии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко с 2009 по 2018 год находилось на лечении 59 детей в возрасте от 8 месяцев до 14,7 лет. Среди них: мальчиков 43 (73%), девочек – 16 (27%). Пострадавшие поступили через 1,5 часа – 6 суток после поражения током. С низковольтной электротравмой у 51 (86,4%) ребенка площадь электроожога от 0,1 %-1,5% II-IIIст. Дети поступили в среднетяжёлом и удовлетворительном состоянии. Высоковольтная электротравма была у 8 пациентов. Механизм получения травмы: удар тока в результате контакта с проводами на крышах вагонов у 3 (37,5%), площадь ожога 40%-69% IIIа-IIIб ст.; контакт с высоковольтным проводом у 2 (25%) с площадью поражения 13% и 28% II-IIIст.; у 3 (37,5%) больных поражение током получено в трансформаторных будках. Площадь электроожога 5%-40% IIIа-IIIб ст. Пострадавшие с высоковольтной электротравмой поступили в крайне тяжелом состоянии с нарушением сознания, внешнего дыхания, нестабильной гемодинамикой в стадии ожогового шока I, II, III ст.

Результаты: Установлено, что в лабораторных исследованиях пациентов, которым проводилось комплексное лечение в отделении реанимации или в ПИТ ожогового отделения, отмечалось повышение гемоглобина, гематокрита, лейкоцитоз, гипергликемия, повышение КФК, амилазы, мочевины, АлАТ, АсАТ, ЩФ. На ЭКГ: нарушение процессов реполяризации и внутрижелудочковой проводимости. При изучении аппаратом «Кардиокод» наблюдалось снижение УО от 84 % до 67 %, МОК ниже нормы от 75 % до 97 %. Нарушения сократительной способности миокарда. Всем пациентам проводили комплексную интенсивную терапию. Инфузионную терапию осуществляли до восстановления ОЦК. Проводилось активное хирургическое лечение: фасциотомия, некротомия на 1-2сут., одному пострадавшему ампутация верхних конечностей с экзартикуляцией, ранние и ранние отсроченные некрэктомии. Далее поэтапная некрэктомия с АДП. В исходе 5(62,5%) больных выписаны в удовлетворительном состоянии домой. 3(37,5%) пациента направлены в ФГБУ НИИТО Нижнего Новгорода. Летальных исходов нет.

Выводы: 1. Среди причин возникновения низковольтной травмы преобладал контакт с током в розетках с оголенными проводами в бытовых условиях. Высоковольтной – контакт с высоковольтным проводом в трансформаторных будках и на крышах вагонов.

2. У детей с высоковольтной травмой отмечалось выраженное нарушение гемодинамики, проявлявшееся снижением диастолических и систолических параметров.

3. Применение ранней и этапных некрэктомий снизило риск гнойно-септических послеожоговых осложнений и частоту летальных исходов.

КОМПЛЕКСНЫЙ МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКОГО ОЧАГА ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Залетов П.А., Кузьменко К.С., Морозова В.С., Ноевой И.И., Слемзина М.Н., Хачирова О.Ф.,

Научный руководитель: Цыбин А. А., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Тульский государственный университет, Медицинский институт

Введение: Морфофункциональные изменения в динамике при гематогенном остеомиелите (ГО) у детей, особенно первичного воспалительного очага, изучены недостаточно. Данные по гистоморфологическому исследованию острого и хронического очага остеомиелита дают приблизительный прогноз о динамике воспалительного процесса (ВП) после операции.

Цель: Целью работы было изучение морфологической характеристики очага ГО. В задачи исследования вошли анализ и оценка воспалительного процесса в очаге путем комплексного, морфологического и динамического контроля.

Материалы и методы: Материалом для гистологического исследования послужили кусочки костной ткани, взятые при лечебно-диагностической биопсии пораженного сегмента у 42 детей. Особенностью оперативного лечения у 89 больных было то, что у них использовалась методика длительного аспирационного дренирования костного гнойного очага (ДНАДКГО), позволившая изучить некоторые закономерности цитологической динамики мазков отделяемого экссудата из костного гнойного очага на всем протяжении дренирования.

Результаты: В период обострения воспалительного процесса (ВП) при гистологическом исследовании обнаружили некроз костной ткани и костного мозга, отек и резкое расширение сосудистых каналов, а также пролиферацию остеобластов в костных трабекулах, наличие остеокластов. В составе воспалительного экссудата локализованного в пространствах между костными структурами, в периваскулярных зонах, в просвете расширенных гаверсовых каналов, преобладают нейтрофильные лейкоциты и лимфоциты. После стихания ВП и наступления ремиссии наблюдалась продуктивная реакция с образованием полей грануляционной ткани, значительные количества лимфоцитов, плазматических клеток, волокнистых структур. На поверхности костных структур в костных лакунах появлялись фиброциты, остеокласты, фиброзная ткань и разрастание молодой кости, т.е. уменьшение воспалительных элементов и замещение исчезнувших регенераторными элементами, фиброцитами. Наряду с регенераторными элементами, остеоцитами, присутствуют клеточные воспалительные элементы: моноциты, лимфоциты, лейкоциты с низкой степенью фагоцитоза, нейтрофилы, плазматические клетки, разрушенные лейкоциты. Сохраняются морфологические элементы, продолжающегося деструктивно-воспалительного процесса кости (остеокласты, разрушенные остеобласты). Данные изменения свидетельствуют о необходимости дальнейшей санации и деконтаминации костного гнойного очага с целью окончательного устранения воспалительного процесса, а также завершения восстановительного. Признаками воспаления являются бактерии и морфологические признаки фагоцитарной активности сегментоядерных нейтрофилов. У большей части больных обнаружено различное количество микроорганизмов на светооптическом уровне: кокки, коккобациллы, палочки разных размеров, элементы гриба. При цитологическом исследовании отделяемого экссудата из свища в хронической стадии остеомиелита, при традиционном дренировании перед операцией фагоцитоз носил угнетенный характер. При изучении цитологической динамики мазков отделяемого экссудата из дренажей и свищей при методике ДНАДКГО отмечена выраженная морфологическая фагоцитарная активность сегментоядерных нейтрофилов в динамике дренирования. Она определялась по наличию бактерий в цитоплазме клеток, а также нарастание регенераторных

элементов (фибробластов и остеобластов) Это указывало на безусловное повышение санационной и регенераторной активности в очаге за счет методики ДНАДКГО в послеоперационном периоде.

Выводы: Комплексный морфологический контроль очага ГО у детей позволяет объективно оценить санационную и регенераторную динамику лечения после операции методикой ДНАДКГО, и подтверждает необходимость длительного наружного дренирования, обеспечивающего восстановительные процессы в остеомиелитическом очаге.

ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ. СОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Слемзина М.Н., Залетов П. А., Хачирова О.Ф., Ноевой И. И., Морозова В.С., Кузьменко К.С.

Научный руководитель: Цыбин А. А., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Тульский государственный университет, Медицинский институт

Введение: Существующие экспериментальные теории возникновения и течения гематогенного остеомиелита (ГО) у детей не отвечают на главный клинический вопрос: как ликвидировать возникшую деструкцию, предупредить хронизацию процесса и добиться восстановления нормальной структуры костной ткани?

Цель: 1. Повышение эффективности комплексного хирургического лечения детей с остеомиелитом.

2. Изучение роли длительного непрерывного аспирационного дренирования костного гнойного очага (ДНАДКГО).

Материалы и методы: Проведен ретроспективный и проспективный анализ у 664 детей с остеомиелитом различного генеза в течение последних 30 лет. В основном это больные с ГО (98%). 189 детей лечились традиционной операцией – остеоперфорацией. 89 детей с ГО, лечившиеся методикой длительного непрерывного аспирационного дренирования костного гнойного очага (ДНАДКГО).

Результаты: Осложненное течение острого периода ГО отмечено у 70% детей, у которых потребовалась дополнительная операция (в среднем 2). В том числе генерализованное течение заболевания было у 12% пациентов. При использовании методики ДНАДКГО отдаленные результаты прослежены у 68 детей и ближайшие у 21 ребенка. Из них 1 ребенок продолжает лечение. В результате применения ДНАДКГО у детей отсутствовали рецидивы заболевания в раннем и позднем периоде наблюдения. Таким образом, была решена одна из основных задач - предупреждение деструкции кости при раннем использовании методики и восстановление костной ткани при глубокой деструкции, когда операция проводилась с опозданием. Микробиология очага при ОГО остеомиелите: в 80% случаев высевался золотистый стафилококк. В хроническом очаге стафилококк встречался в 30%. В 44% присутствовала грамположительная микрофлора и в 56% грамотрицательная. В хроническом очаге в 67,5%. присутствовали анаэробы. В 5% случаев ассоциации с грибковой микрофлорой. Диагностика гематогенной природы остеомиелита в ранние сроки не имеет специфичности и затруднена, являясь причиной поздней операции. Основная проблема ГО обусловлена гнойной деструкцией и структурными изменения костной ткани в остром периоде на фоне стойкой внутрикостной гипертензии (ВКГ), и стойкими воспалительно-дистрофическими и воспалительно-дегенеративными поражениями в хроническом периоде на фоне микробной контаминации. Нарушение санации пораженной кости лежит в основе длительного существования остеомиелитического очага и токсикоза в острой и хронической стадии. Это угнетает иммуногенез и регенерацию кости, что подтверждено исследованиями динамики клеточного и гуморального иммунитета. Добиться в этом случае результата позволяет современный подход – новый хирургический метод и отношение к очагу (ДНАДКГО). На основе проведенного анализа была создана концептуальная модель патогенеза заболевания в острой и хронической стадии, и практическая схема. Это позволило обосновать новый способ наружной санации и деконтаминации остеомиелитического очага, и устранения патологических условий на основе гидродинамики, поддерживающих воспаление в кости. Метод обладает оптимизирующим влиянием на остеогенез

Выводы: Данные других исследований и наблюдение за гидродинамикой в очаге остеомиелита показало, что гнойно-воспалительный процесс в кости создает ВКГ - ведущее звено в патогенезе ее разрушения. Это поддерживает все остальные звенья патогенеза, и на фоне микробной контаминации костной ткани, переход в хроническую стадию заболевания. Длительный непрерывный

аспирационный эффект наружного дренирования устраняет основные звенья патогенеза в остром периоде болезни, и создает условия для восстановительных процессов в острой и хронической стадии, оптимизируя остеогенеза. Поэтому методика ДНАДКГО может быть современным решением проблемы ГО.

ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОЗНО - КИСТОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

Морозова В.С., Кузьменко К.С., Слемзина М.Н., Залетов П.А., Хачирова О.Ф., Ноевой И.И.

Научный руководитель: Цыбин А. А., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Тульский государственный университет, Медицинский институт

Введение: За несколько десятилетий предложено большое количество методов лечения фиброзно-кистозной дисплазии костной ткани (ФКДКТ) у детей. Радикальные операции и различные виды костной пластики не гарантируют отсутствие рецидивов и осложнений, которые наблюдаются от 7% до 42%. Костная пластика остаточных полостей призвана стимулировать остеогенез. Однако, по данным различных авторов, все виды костной пластики сопряжены с длительной перестройкой трансплантатов.

Цель: Улучшение результатов лечения детей с ФКДКТ. Обоснование нового подхода в лечении. Оценка ближайших результатов лечения детей с ФКДКТ.

Материалы и методы: Хирургическое лечение проведено у 26 пациентов с монооссальной различной локализацией, из них мальчиков – 15, девочек - 11, в возрасте от 2,5 лет до 15 лет. Операции проводились под общим обезболиванием. Краевая резекция в области кистозного образования с хирургической санацией: тщательное удаление фиброзных масс, кюретаж, фрезевая обработка костной полости. Ее наружное аспирационное дренирование проводилось через дополнительную внеочаговую остеоперфорацию кортикального слоя здорового участка кости. Непрерывно действующее разрежение в дренажной системе создавалось в интервале от 0,2 до 0,35 мм рт. ст. известными устройствами. После снятия швов пациенты обучались уходу за дренажной системой и выписывались из отделения в среднем на 10-12-й день. Рентгенологический контроль проводился в 1, 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты: По Брайцеву В.Р. (1927), сущность ФКДКТ состоит в функциональном отклонении развития остеобластической мезенхимы в эмбриональном периоде. Трансформация ее в фиброзный костный мозг и разрастанием в ″остеоидную ткань и кость незаконченного типа″. Накопление экссудата в кисте приводит к повышению гидростатического давления в костной полости. Следовательно, основными компонентами лечения должны быть: хирургическая санация очага, устранение внутрикостной гипертензии (ВКГ) на весь период лечения, оптимизации остеогенеза с формированием законченного типа костной структуры в зоне дефекта. Любой способ лечения должен быть патогномоничным, учитывать и устранять механизмы возникновения, течения заболевания и его осложнения, которые его поддерживают и способствуют переходу в хроническую стадию. Учитывая особенности костной структуры и архитектонику сосудов, процесс выздоровления при ФКДКТ не может протекать по длительности так же, как заживление мягких тканях. Он будет отличаться по длительности восстановления костной ткани после хирургической санации, по срокам дренирования костного очага. За этот период должны быть постепенно ликвидированы условия, поддерживающие механизм осложнения, и созданы условия для репаративной регенерации костной ткани после операции. Доказана высокая эффективность методики в санации и устранении ВКГ, влиянии на остеогенез и на результаты лечения в целом. Это позволило отказаться от костной пластики при лечении детей ФКДКТ. При динамическом, клиническом и рентгенологическом контроле детей с ФКДКТ отмечено оживление пери- и эндостального костеобразования, постепенное закрытие костной полости регенератом нормализующейся костной структуры, в сроки от 3-х до 9-ти месяцев. У всех детей в ближайшем периоде восстановилась костная структура в очаге. Нестандартное удлинение сроков дренирования способствует постоянному (непрерывному) устранению ВКГ и контролирует асептическое воспаление в послеоперационном периоде. В цитологических мазках исследуемого

экссудата из дренажа отмечено стойкое присутствие остеобластов, подтверждающих репаративный процесс в костной ткани. За все время лечения не применялась антибактериальная терапия, и не было случаев осложнения, в т.ч. нагноения ран.

Выводы: Новый подход и ДНАДКО является эффективной и перспективной методикой, что может максимально исключить осложнения, связанные с использованием костной пластики, и при этом повлиять на репаративные процессы в кости. Однако, репаративные механизмы требуют дополнительных морфологических исследований.

ОКАЗАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА В ПЕРИОДЕ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Стебелева Ю.В.

Научный руководитель: Мамедов А.А., д.м.н, профессор

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

Введение: Врожденная и наследственная патология челюстно-лицевой области занимает ведущее место в детской челюстно-лицевой хирургии, а частота встречаемости врожденных пороков является критерием здоровья популяции (Супиев Т.К., Мамедов Ад. А., Негаметзянов Н.Г., 2013). По данным различных авторов, в России частота рождаемости детей с расщелиной губы и неба в среднем составляет от 1 на 500 до 1 на 750 новорожденных (Очнева Г.И., Мамедов Ад. А., Боев В.М., 2001; Супиев Т.К., Мамедов Ад. А., Негаметзянов Н.Г., 2013; Старикова Н.В., Надточий А.Г., 2013). Выбор срока проведения уранопластики разнообразен, как и число используемых методов, что определяет необходимость научного исследования. Дискутабельным остается вопрос выбора наиболее функционального и наименее травматичного метода оперативного вмешательства. Согласно данным литературы, срок проведения оперативного вмешательства у пациента с расщелиной неба практически всегда определяется оператором - челюстно-лицевым хирургом. Необходимо отметить, что среди практикующих специалистов отсутствует единое представление о сроках хирургического лечения пациентов с расщелиной губы и неба, что и определяет актуальность данного исследования.

Цель: Повышение эффективности лечения детей с расщелиной неба за счет проведения операции уранопластика в периоде грудного возраста.

Материалы и методы: Данное клиническое исследование было основано на опыте обследования и лечения 7 пациентов с диагнозом врожденная расщелина неба. Возраст наблюдаемых нами детей составил от 2 месяцев до 1 года. Все дети были осмотрены челюстно-лицевым хирургом совместно с педиатром, а также врачом-ортодонтом. При обследовании были использованы следующие клинико-диагностические методы: выяснение и анализ акушерского анамнеза матери ребенка, общесоматического и местного статуса ребенка, учитывались перенесенные ребенком заболевания. Диагноз ставился согласно клинико-анатомической классификации врожденной расщелины верхней губы и неба по Ад. А. Мамедову. Также были проведены лабораторные методы исследования, по необходимости были организованы консультации смежных специалистов (оториноларинголога, невролога, кардиолога) с целью подготовки к операции. Все пациенты были консультированы врачом-анестезиологом на предмет подготовленности ребенка к плановому оперативному вмешательству. За период госпитализации всем пациентам было проведено оперативное вмешательство в объеме уранопластика по методике Ад. А. Мамедова. Оценка эффективности оперативного вмешательства производилась по следующим критериям: на момент выписки определялось отсутствие локального расхождения швов с формированием остаточных дефектов, в отдаленном послеоперационном периоде (через 3, 6, 9, 12 месяцев) оценивались такие параметры, как динамика роста и веса ребенка, уменьшение частоты заболеваемости ОРВИ, уменьшение частоты заболеваний ЛОР-органов; производилась сравнительная оценка слуха ребенка. Значимым критерием эффективности оперативного вмешательства в отдаленном послеоперационном периоде являлась оценка речи ребенка, проводимая логопедом.

Результаты: Согласно полученным данным, в 1 случае мы наблюдали точечный дефект среднего отдела неба округлой формы, диаметр которого не превышал 1.5 мм. Данный дефект впоследствии не будет оказывать существенного влияния на речь пациента. При оценке соматического статуса у 6 пациентов мы отмечали положительную динамику веса. У всех пациентов отмечалось снижение

заболеваемости ОРВИ. При анализе отологического статуса у 3 пациентов через полгода после оперативного вмешательства было выявлено уменьшение воспалительных заболеваний среднего уха.

Выводы: Анализ результатов хирургического лечения пациентов с врожденной расщелиной неба в периоде грудного возраста подтверждает эффективность разработанного способа лечения. Данные клинических исследований в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде доказывают благоприятное воздействие раннего хирургического вмешательства при применении используемых хирургических методик.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОПОТОЧНЫХ НАЗАЛЬНЫХ КАНЮЛЬ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЁЛЫМИ ПЛЕВРОПНЕВМОНИЯМИ, ОСЛОЖНИВШИМИСЯ ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ, НА ФОНЕ ТЯЖЁЛЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Трембач И.А.

Научный руководитель: Тараканов В.А., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: На сегодняшний день в педиатрической интенсивной терапии отдельное внимание сконцентрировано на проведение механической инвазивной вентиляции лёгких с осуществлением принципов её протективности. Это связано с тем, что при применении агрессивных параметров вентиляции лёгких, особенно в условиях патологии дыхательной системы, развивается вентилятор-ассоциированное лёгочное повреждение, ухудшающее явления дыхательной недостаточности. Исходя из вышесказанного, использование методов неинвазивной респираторной поддержки и уменьшение сроков нахождения детей на ИВЛ благоприятно влияет на исход заболевания и выживаемость. Это имеет ещё более важное значение при лечении заболеваний дыхательной системы у детей с тяжёлыми органическими поражениями ЦНС, проявляющимися грубой задержкой психомоторного развития и частыми рецидивирующими бронхообстуктивными процессами. В таких ситуациях возникает проблемы, связанные с отлучением детей от ИВЛ. При появлении нового метода респираторной поддержки в виде высокопоточных назальных канюль такие сложности нивелируются, в некоторых случаях даже удаётся достичь улучшение оксигенации и газообмена и избежать необходимости выполнения дополнительных методов контроля за дыхательными путями (например, трахеостомия).

Цель: Определить эффективность применения высокопоточных назальных канюль при отлучении от ИВЛ детей с тяжёлыми плевропневмониями на фоне грубых задержек психомоторного развития в связи с тяжёлыми органическими поражениями ЦНС, осложнившимися острым респираторным дистресс-синдромом.

Материалы и методы: Ретроспективное одноцентровое исследование, в которое включено 25 детей, поступивших в ГБУЗ «ДККБ» в период с 2015 по 2018 гг. в возрасте от 3 до 11 лет. Дети получали лечение в отделении анестезиологии и реанимации с диагнозами: острая бактериально-деструктивная пневмония, эмпиема плевры, острый респираторный дистресс-синдром, респираторный сепсис. Все дети имели фоновую тяжёлую неврологическую патологию с органическим поражением ЦНС и грубой задержкой психомоторного развития, а также деформирующими изменениями в грудном отделе позвоночника. В исследование включены дети с благоприятным исходом заболевания: выписаны из стационара. Все дети нуждались в проведении оперативного вмешательства по поводу эмпиемы плевры в виде торакоскопической санации и дренировании плевральной полости, УЗ-кавитации. В послеоперационном периоде состояние детей оставалось тяжёлым как в связи с тяжёлым септическим процессом, так и в связи с послеоперационным стрессом. Дети находились на продлённой ИВЛ с индексами оксигенации от 10 до 14 баллов, а также на инотропной и вазопрессорной поддержке, которая составляла по инотропной шкале 7-15 баллов, проводилась терапия сепсиса. В ходе проведения исследования дети разделены на две группы. Первая группа (15 детей) переводилась на самостоятельное дыхание традиционными способами (экстубация, нормопоточная оксигенотерапия), вторая группа (10 детей) отлучалась с использованием высокопоточных назальных канюль.

Результаты: В первой группе реинтубация потребовалась в 8 случаях (53 %), в 9 случаях (60 %) отлучение от механической вентиляции произведено через наложение трахеостомы. Средняя продолжительность дней на ИВЛ в послеоперационном периоде составило в первой группе 5 дней. Во

второй группе детей реинтубация потребовалась в 2 случаях (20%), трахеостомия детям не проводилась. Длительность ИВЛ в послеоперационном периоде у детей второй группы составила 2 дня.

Выводы: Высокопоточные назальные канюли являются простым, удобным и эффективным способом осуществления респираторной поддержки у детей в условиях ОРДС. Данный метод уменьшает сроки нахождения детей на ИВЛ, снижает необходимость реинтубаций трахеи, обеспечивает адекватный газообмен и оксигенацию, минимизирует вероятность наложения трахеостомы, облегчает ведение детей в послеоперационном периоде, снижает потребность пациента в санации ТБД.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИЕЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ И ЛЕГКИХ ПРИ ЭМПИЕМЕ ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ

Егиев И.Х, Джиляева Э.Я.

Научный руководитель: Барова Н.К., к.м.н, заведующая хирургическим отделением №1, главный специалист детский хирург МЗ Краснодарского края

ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Гнойно-воспалительные заболевания легких и плевры представляют из себя одну из наиболее актуальных проблем современной торакальной хирургии детского возраста. Это обусловлено возрастанием удельного веса детей с осложненным течением острых деструктивных пневмоний (ОДП), нередко с исходом в сепсис, быстрым развитием легочно-плевральных осложнений, полиэтиологичностью и многогранностью клинических проявлений, тяжестью течения заболевания, разнонаправленностью подходов к хирургическому лечению и сохраняющейся высокой летальностью. В структуре общего количества пневмоний от 10% до 15% приходится на долю различных форм острых деструктивных пневмоний, из которых наиболее тяжелое течение и высокая летальность (2÷13%) характерны для легочно-плевральных форм . При этом почти в половине всех случаев страдают дети раннего возраста. За последние годы наблюдается существенная эволюция взглядов на диагностику и лечение ОДП. В настоящее время сложно представить диагностический алгоритм без данных УЗ исследования и КТ ОГК, а дренирование плевральной полости и торакотомию – основными методами хирургического лечения. Эффективным методом лечения являются малоинвазивные технологии, снижающие травматичность оперативного вмешательства при высокой своей результативности. Сочетание видеоторакоскопии со свойствами ультразвука низкой частоты привлекает внимание как возможность повышения эффективности санационных мероприятий при ОДП интраоперационно в силу таких факторов, как бактерицидность, улучшение микроциркуляции и биодоступности антибиотиков, максимальная щадящее удаление фибрина и некротических масс.

Цель: Оценка эффективности применения видеоторакоскопии с ультразвуковой кавитацией плевральной полости и легких при эмпиеме плевры у детей.

Материалы и методы: За последние 5 лет на базе ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» пролечено 155 детей с ОДП в возрасте от 1 месяца до 18 лет. Из них у 122 (78,70%) диагностированы легочно-плевральные формы. В 38 (31,14%) случаях оперативное пособие заключалось в дренировании плевральной полости – группа сравнения. У 72 (59,01%) методом оперативного вмешательства явилась видеоторакоскопия с ультразвуковой кавитацией плевральной полости и легких – основная группа (аппарат «SONOKA-190», частота 25кГц). По завершении санационных мероприятий операция завершалась постановкой двух плевральных дренажей, обеспечивающих оптимальную аспирацию из нижних точек диафрагмальных синусов. Случаи абсцессотомий сопровождались постановкой дополнительного (спиральный, «REDAX») дренажа в его полость. Остальным детям с целью санации выполнялась ВТС или торакотомия по показаниям – 12 (9,83%). Структура стадийности в обеих группах идентична и представлена серозно-гнойной, гнойно-фибринозной и стадией организации. Сравниваемые группы идентичны так же по возрасту и полу.

Результаты: Сравнительный анализ результатов лечения по наиболее демонстративным клиническим критериям показал максимальную эффективность в группе пациентов, получивших лечение с использованием видеоторакоскопии с ультразвуковой кавитацией легких и плевры. Применение низкочастотного ультразвука позволило ещё интраоперационно добиться: малотравматичного, интенсивного отторжения некротических тканей и наложений фибрина с последующим эффективным расправлением легочной ткани. Клинически это выражалось в более быстром купировании

интоксикационного синдрома (p<0,001), регрессе дыхательных расстройств (p<0,001), купировании плеврального выпота (p<0,001), сокращению сроков госпитализации (Me 29 и 21 дней). Анализ обзорных рентгенограмм в первые послеоперационные сутки показал достоверные различия в плане снижения гомогенного затемнения плевральной полости у больных основной группы. Показания к программному оперативному лечению отсутствовали в обеих группах.

Выводы: Видеоторакоскопическая санация в сочетании с ультразвуковой кавитацией плевральной полости и легких является по нашим данным наиболее эффективным и экономически оправданным методом хирургического лечения эмпиемы плевры у детей на современном этапе.

ЛАЗЕРНАЯ ВНУТРИТКАНЕВАЯ ТЕРМОТЕРАПИЯ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ: ФОТОТЕРМИЧЕСКИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ИЗЛУЧЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ ДЛИНЫ ВОЛНЫ ИНФРАКРАСНОГО ДИАПАЗОНА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Галиулин М.Я.(1), Ларин А.С.(1), Кускильдин А.А.(1), Анчугова А.Е.(2), Гиззатуллина Р.И.(2)

Научный руководитель: Абушкин И.А., д.м.н, доцент

(1)Центр медицинских лазерных технологий, г. Челябинск,

(2)Челябинский государственный университет, г. Челябинск

Введение: Медикаментозное лечение сосудистых образований (гемангиом, гемангиоэндотелиом) часто бывает не эффективным. Все большее распространение у данных пациентов получает лазерная интерстициальная термотерапия (ЛИТТ). С появлением обширной линейки лазерных аппаратов стало актуальным изучение фототермических взаимодействий во время ЛИТТ излучением различной длины волны и возможности визуализации этих процессов при ультразвуковом исследовании (УЗИ).

Цель: Сравнительное изучение в эксперименте in vitro и in vivo эффективности и побочных действий ЛИТТ сосудистых образований с использованием излучения различной длины волны и возможности ее контроля с помощью УЗИ. Анализ эффективности ЛИТТ под контролем УЗИ у детей с сосудистыми образованиями.

Материалы и методы: В работе использованы полупроводниковые лазерные аппараты с длиной волны излучения 0,92, 0,97 и 1,06 мкм и оптоволоконные лазеры с длиной волны излучения 1,56 и 1,9 мкм. Энергию лазера доставляли через кварц-кварцевый световод диаметром 400 мкм. Во всех опытах режим работы лазера был непрерывным, мощность варьировала - 2,3,4,5 Вт, время экспозиции составило 30 секунд. В эксперименте моделью сосудистого образования выбрана ткань печени, как имеющая обширную и разнообразную сосудистую сеть. Опыт проводили in vitro на печени свиньи, а in vivo - на печени кроликов. УЗИ выполняли с использованием линейного датчика с частотой 10-14 МГц. После опытов на изолированной печени проводили макро- и микроскопическую оценку области ЛИТТ, сопоставляли с данными УЗИ. В клинике ЛИТТ проведена у 781 детей сосудистыми образованиями (младенческими, врожденными гемангиомами и гемангиоэндотелиомами), из них у 636 детей - без УЗИ контроля (1 группа) и у 141 детей - с УЗИ контролем (2 группа). Группы были идентичны, за исключением метода лечения.

Результаты: In vitro при ЛИТТ излучением с длиной волны 1,9 мкм, начиная с мощности в 2Вт, а также при длине волны излучения равной 0,92 мкм, начиная с 3 Вт, наблюдали пробой ткани печени по сосудам. Наибольшая зона коагуляции 15х10 мм и 15х12 мм без пробоя ткани была получена при ЛИТТ излучением с длиной волны 1,06 и 1,56 мкм, при мощности в 3 Вт. Увеличение мощности работы лазера свыше 4 Вт во всех сериях привело к образованию зоны карбонизации без увеличения зоны коагуляции. Зона коагуляции и карбонизации при УЗИ представлялось в виде гиперэхогенного очага. Эксперимент in vivo полностью подтвердил возможность пробоя ткани печени по сосудам при ЛИТТ, пробоя не наблюдали излучением длиной волны 0,97 и 1,56 мкм при мощности 2 и 3 Вт. Увеличение мощности приводило к формированию карбонизации. С учетом полученных в эксперименте in vitro и in vivo данных, ЛИТТ в клинике проводили под контролем УЗИ излучением с длиной волны 1,56 мкм в непрерывном режиме с мощностью 3 Вт. У 520 детей 1 группы стойкую инволюцию процесса наблюдали после первого сеанса ЛИТТ. Однако у 80 пациентов необходимо было провести 2-3 сеанса, а у 36 - более 3 сеансов. Во 2 группе у 133 пациентов ЛИТТ проводили

однократно, у 7 детей 2-3 раза и у 1 пациента - более 3 раз, что существенно, $p<0,05$, ниже, чем в первой группе. Все дети выздоровели.

Выводы: ЛИТТ излучением с длиной волны 1,9 мкм в непрерывном режиме с мощностью 2Вт и выше может осложниться ожогом сосудов на большое расстояние в сторону от области коагуляции. ЛИТТ излучением с длиной волны 0,97; 1,06 и 1,56 мкм в непрерывном режиме с мощностью 2-3 Вт формирует область коагуляции в течение 30 секунд. Повышение мощности работы аппарата приводит к формированию очага карбонизации без увеличения области коагуляции. Формирующаяся при ЛИТТ область коагуляции четко отражается при ультразвуковом контроле в виде гиперэхогенного облачка, однако эхокартина области коагуляции и карбонизации идентичны. С учетом данных эксперимента ЛИТТ в клинике можно проводить излучением с длиной волны 0,97; 1,06 и 1,56 мкм в непрерывном режиме с мощностью в 2-3 Вт. УЗИ контроль ЛИТТ сосудистых образований у детей существенно повышает ее эффективность.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЭПИФИЗАРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Кадышев А.В.

Научный руководитель: Городков С.Ю., к.м.н, доцент; Затравкина Т.Ю., к.м.н.

ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России

Введение: Острый гематогенный остеомиелит у детей первого года жизни наиболее часто поражает эпифизы крупных длинных трубчатых костей: бедренной, плечевой, большеберцовой, лучевой и локтевой, с развитием гнойных артритов тазобедренного, коленного, голеностопного, плечевого и локтевого суставов. Это наиболее значимые суставы для человека в последующей жизни и в труде. Поэтому поздняя диагностика и позднее лечение такого ребенка - это всегда опасность развития сепсиса и возникновения угрозы его жизни, а также деструктивного повреждения эпиметафиза кости и сустава, с нарушением его функции, вплоть до глубокой инвалидности. По данным российских учёных у 43,4% детей с острым метаэпифизарным остеомиелитом длинных трубчатых костей нижних конечностей развиваются различные ортопедические осложнения. При этом в 50% случаев ортопедические последствия формируются у детей, перенесших острый метаэпифизарный остеомиелит в период новорожденности и первого года жизни.

Цель: оценить особенности течения острого гематогенного остеомиелита эпифизарной локализации у детей, приведшего к приобретённым костно-суставным деформациям.

Материалы и методы: с 2007 по 2018 гг. в «НИИ травматологии, ортопедии и нейрохирургии СГМУ» получали специализированное ортопедическое лечение 10 детей, которые перенесли острый гематогенный остеомиелит в возрасте до 1 года. У них диагностированы следующие приобретённые костно-суставные деформации: патологический вывих сустава (n=4), укорочение конечности (n=2), патологический вывих сустава с укорочением конечности (n=1), переход остеомиелита в хроническую форму (n=1), патологический вывих сустава с асептическим некрозом головки бедренной кости (n=1), патологический подвывих сустава (n=1). Проанализированы особенности течения острого гематогенного остеомиелита у этих детей. Для сравнения было проанализировано 11 случаев обращения за хирургическим лечением детей с острым гематогенным остеомиелитом, катамнез которых не был отягощён развитием костно-суставных деформаций.

Результаты: характеристика детей с костно-суставными деформациями: средний возраст детей с острым гематогенным остеомиелитом на момент поступления в стационар составил 84,6 дня. Патологический гнойный очаг локализовался в проксимальном эпифизе бедренной кости (n=6), дистальном эпифизе бедренной кости (n=2), проксимальном и дистальном эпифизах бедренной кости (n=1), проксимальном эпифизе плечевой кости (n=1). Анализ времени обращения за хирургической помощью показал, что дети были доставлены в хирургический стационар в среднем на 9 сутки от начала заболевания. При бактериологических исследованиях возбудитель заболевания в очаге инфекции был обнаружен у 5 детей: St. Aureus (n=3), Sal. Enteritidis (n=1), Str. epidermidis (n=1); возбудитель не выявлен (n=5). Всем детям было произведено хирургическое лечение – пункция сустава (n=5), вскрытие остеомиелитической флегмоны (n=4), артротомия (n=1). В последующем этим детям потребовалось ортопедическое лечение: открытое вправление вывиха (n=1), остеотомия таза по Salter (n=1), открытые вправления вывиха с остеотомией таза (n=4), вальгизирующая остеотомия с металлоостеосинтезом (n=1), консервативная терапия (n=3).

Выводы: Таким образом, развитие приобретённых костно-суставных деформаций у детей с острым гематогенным остеомиелитом имеет прямую корреляцию с тяжестью его течения, своевременной диагностикой и особенностями хирургического лечения. Дети раннего возраста, перенёсшие острый гематогенный остеомиелит эпифизарной локализации, должны наблюдаться как детским хирургом, так и травматологом-ортопедом, для своевременной диагностики, лечения или профилактики ортопедических осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Данияров Э.С., Пулатов П.Н., Шамсиев Ш.Ж., Азизов Ш.Ф.

Научный руководитель: Шамсиев Ж.А., профессор

Самаркандский государственный медицинский институт

Введение: В последнее десятилетие в Узбекистане бурно развивается эндоскопическая хирургия. В настоящее время все более прочные позиции в детской урологической практике занимают эндоскопические методы диагностики и лечения. Общепринятыми преимуществами эндоурологических методов лечения являются: малая травматичность операционного доступа и манипуляции; отличный обзор и визуальный контроль всех этапов операции благодаря специальному освещению и интраоперационному увеличению; уменьшение послеоперационной боли; раннее восстановление нарушенных функций организма и физической активности пациента; уменьшение количества послеоперационных осложнений; сокращение пребывания пациента в стационаре.

Цель: Улучшение результатов лечения с применением эндоскопических методов коррекции у детей с ПМР.

Материалы и методы: За период 2010-2018 гг. в отделении урологии клиники -Клиники СамМИ проведено обследование и эндоскопическое лечение 49 детей в возрасте от 1 года до 17 лет с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) 2-4 степени. По возрасту преобладали дети старшей возрастной группы и составили 41% от всех больных. Мальчиков было 41%, девочек 59% .

Результаты: Показания к эндоколлагенопластике уретеровезикального сегмента при ПМР у детей: ПМР II – III – IV степени с латентным и рецидивирующим течением пиелонефрита, тяжелая степень рефлюкса. Эндохирургическое лечение ПМР заключалось в трансуретральном подслизистом введении коллагена в объеме от 2 до 4 мл под устье мочеточника с использованием стандартизированной эндоскопической иглы и формированием коллагенового болюса, служащего опорой для мочеточника, стенки которого прилегают друг к другу, обеспечивая клапанную антирефлюксную функцию, препятствующую обратному оттоку мочи. Эндоколлагенопластика уретеровезикального сегмента мочеточника выполнена 49 пациентам (58 мочеточников), из них у 9 детей с обеих сторон одновременно. Длительность вмешательства составляла 10-15 минут. Эффективность метода оценивали через 6-12 месяцев. Атаки пиелонефрита купированы у 89% больных. При контрольной цистографии отсутствие рефлюкса отмечено у 62% детей с II и III степенью, у 18% больных диагностировано уменьшение рефлюксации с III до II и с IV до III степени. В общем эффективность эндоскопической коррекции ПМР составила 80%. При отсутствии эффекта была проведена повторная эндоколлагенопластика с положительной динамикой.

Выводы: Эндоскопическая коррекция ПМР характеризуется высокой эффективностью, малой травматичностью, минимальным риском осложнений, коротким госпитальным периодом, возможностью повторных эндоскопических вмешательств, что позволяет применить их у детей во всех возрастных группах.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ

Данияров Э.С., Пулатов П.Н., Шамсиев Ш.Ж., Абдувойитов Б.Б.

Научный руководитель: Шамсиев Ж.А., профессор

Самаркандский государственный медицинский институт

Введение: В последние десятилетия во всем мире стремительно развивается эндоскопическая хирургия, в том числе и в Узбекистане. Все более важные позиции в детской урологической практике занимают эндоскопические методы диагностики и лечения врожденных патологий.

Цель: Определить эффективность применения малоинвазивных эндоурологических методов коррекции врожденных гидронефрозов у детей.

Материалы и методы: За период с 2010 по 2018 гг. в отделении детской урологии 2 - клиники Самаркандского Медицинского Института применены эндоскопические методы операции с врожденным гидронефроз у 43 пациентов. Урологическое обследование включало клинико-лабораторные исследования: рентгенологические и эндоскопические методы визуализации мочевой системы: ультросонография, экскреторная урография, цистография и цистоуретроскопия. По показаниям компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

Результаты: Эндохирургическое лечение врожденного гидронефроза включало в себя ретроградную катетеризацию лоханки проводником под ультразвуковым контролем с последующей установкой трансуретрального полиуретанового мочеточникового стента в двумя «свиными хвостами», длины от 6 до 14 см, диаметром 4,8-5 Ch. Длительность дренирования чашечно-лоханочного системы у детей с гидронефрозом составляла 1-3 месяца. После удаления стента при врожденном гидронефрозе отмечено уменьшение ретенции чашечно-лоханочной системы в 1,5-2 раза. У всех больных диагностировано улучшение функции почек

Выводы: Таким образом, внедрение в детскую урологическую практику эндоскопических методов лечения показало их высокую эффективность, малую травматичность, уменьшение послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания в стационаре, при необходимости возможность повторных эндоскопических и хирургических вмешательств.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОКЭКТОМИЯ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Тогаев И.У., Рузиев Ж.А., Шамсиев Ш.Ж., Рафиков Б.Р., Абдусаматов А.У.

Научный руководитель: Шамсиев Ж.А., профессор

Самаркандский государственный медицинский институт

Введение: Эхинококкоз – тяжелое паразитарное заболевание, которое несмотря на определенные успехи в диагностике и лечении, по прежнему представляет серьезную социальную, медицинскую и экономическую проблему. Среди всех паразитарных заболеваний эхинококкоз занимает лидирующую позицию по количеству осложненных форм и несмотря на доброкачественный характер, в большинстве случаях требует оперативного вмешательства. Лапароскопическая эхинококкэктомия печени сравнительно новый, но достаточно эффективный и малоинвазивный метод лечения данной патологии.

Цель: Оценить эффективность видеолапароскопической эхинококкэктомии (ЛЭ) печени у детей.

Материалы и методы: В период 2017-2019 года во клинике СамМИ 12 больным с эхинококкозом печени была произведена ЛЭ. Всем больным произведено полное клинико – лабораторное обследование, целенаправленный опрос пациента, ультразвуковая сонография, рентгенография грудной клетки, по показаниям магнитно-резонансная томография. Доступ в брюшную полость осуществляли традиционным методом. Обнаруженная эхинококковая киста предварительно ограничивалась от окружающих тканей салфеткой смоченной раствором теплого глицерина. Содержимое кисты аспирировалось, затем хитиновая оболочка удалялась. Остаточная полость печени обрабатывалась подогретым до 700 раствором глицерина с экспозицией 5 минут. В 2х случаях во время операции обнаружены множественные мелкие дочерние кисты эхинококкоза, которые являлись показанием для конверсии. Для полноценной санации остаточной полости произведена минилапаротомия в зависимости от расположения кисты - подреберная или верхне-срединная.

Результаты: Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, дети на 3-4 сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписаны домой. Всем больным до и после операции назначена химиотерапия альбендазолом. После выписки из стационара больные находились на диспансерном наблюдении и регулярно каждый месяц проходили контрольный осмотр, рецидива эхинококкоза не отмечено.

Выводы: Таким образом видеолапароскопическая эхинококэкктомия печени при неосложненных формах эхинококкоза печени не уступает результатам традиционного лапаротомного доступа, но в отличии от нее кроме косметического эффекта, значительно уменьшаются рецидив заболевания и время нахождения больного в стационаре.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ У ДЕТЕЙ

Махмудов З.М, Шамсиев Ш.Ж., Рафиков Б.Р., Хурсандов М.Х.

Научный руководитель: Шамсиев Ж.А., профессор

Самаркандский государственный медицинский институт

Введение: Современной тенденцией развития хирургии является уменьшение инвазивности и травматичности оперативных вмешательств. Однако по организационным и техническим причинам они пока мало распространены в экстренной хирургии у детей.

Цель: Улучшение диагностики и результатов хирургического лечения с применением видеолапароскопической техники при наиболее распространенных острых хирург

ических заболеваниях живота у детей.

Материалы и методы: С начала 2018 года в отделении экстренной и гнойной хирургии 2-клиники СамМИ было пролечено173 больных детей с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости. Из них с острым аппендицитом было 121 детей, с острой кишечной непроходимостью 51.

Результаты: Из общего числа больных видеолапароскопические операции применили у 21 больных детей оперированные в экстренном порядке. Из них лапароскопическая аппендэктомия была проведена 11 больным, у 3 по поводу аппендикулярного перитонита. 8 детям с острой спаечной кишечной непроходимостью была произведена диагностическая лапароскопия с разъединением спаек и восстановлением пассажа кишечника. Одному больному со спаечной кишечной непроходимостью операция начата лапароскопически, вследствие массивности спаечного процесса - перешли на лапаротомию. Двум больным с явлениями желудочно-кишечного кровотечения, при радиоизотопном сканировании был выявлен дивертикул Меккеля, который впоследствии был лапароскопически удален. Осложнений после этих операций не отмечалось.

Выводы: Таким образом, применение лапароскопии в неотложной хирургии у детей не только оправдана, но и целесообразна благодаря максимальным диагностическим возможностям, полноте лечебного воздействия и хорошим результатам лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПА ДЛЯ «ВИДЕОБРОНХОСКОПИИ» ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

Рузиев Ж.А., Шавдирова Г.М., Шамсиев Ш.Ж., Ахмедов И.Ю.

Научный руководитель: Шамсиев Ж.А., профессор

Самаркандский государственный медицинский институт

Введение: Бронхоскопия в настоящее время стала неотъемлемой частью клинической педиатрии и применяется повсеместно. Принципиально новый подход к диагностике, а именно визуальная оценка изменений слизистой трахеобронхиального дерева с лабораторным и морфологическим изучением биологических субстратов, полученных при эндоскопии, открывает большие перспективы в расшифровке ранних и доклинических стадий различных заболеваний, улучшает результаты лечения. Широкое использование видеобронхоскопии в педиатрии, с высокой разрешающей способностью, создали идеальные условия не только для визуального наблюдения, но и для кинофото документации.

Цель: Оценить эффективность применение лапароскопа малого диаметра с углом обзора 300 при ригидной бронхоскопии у детей с подозрением на инородное тело (ИТ) дыхательных путей.

Материалы и методы: Во 2-клинике СамМИ с 2017г по 2019гг пролечено 107 больных с ИТ. Более чем у половины детей - 69 (73,8%) инородные тело локализовались в правом главном бронхе, у 23 (24,6 %) в левом главном бронхе, а у 13 (13,9,07%) больных ИТ локализовалось в трахеи и у 2 (2,14%) больных инородное тело локализовалось на уровне обеих главных бронхов. Возраст больных от 8 месяцев до 18 лет. Мальчиков было 66 (70,6%), девочек – 41 (29,4%).

Результаты: Основными субъективными признаками заболевания при обращении больных являлись наличие приступообразного кашля, хриплое дыхания, которое прогрессировало со временем. Диагноз установлен на основании анамнеза заболевания, рентгенологического исследования и бронхоскопии. Размеры ИТ варьировали от 0,2см до 2,0см. Тактика лечения заключалась в том, что всем больным проводилась рентгенография грудной клетки для выявления локализации рентгенокотрастных ИТ, выявления вентильного механизма и осложнений. Решающую роль при установлении диагноза сыграла бронхоскопия. 18 больным старше 3 лет проводилась «видеобронхоскопия». Остальным больным проводилась традиционная ригидная бронхоскопия. Для интубации трахеи использовали 6,0 мм тубус бронхоскопа. После гипервентиляции легких, с мониторингом гемодинамических показателей, в тубус вводили лапароскоп малого диаметра с углом обзора 300 для наилучшей визуализации слизистой трахеобронхиального дерева, определения характера ИТ и наличия эндобронхита. Видеобронхоскопия проводилась в течении 6-10 секунд и данные записывались на видеосистему. После обнаружения ИТ, эндоскоп удаляли и ИТ удалялись с помощью бронхиальных щипцов. Далее проводилась контрольная видеобронхоскопия, бронхолаваж с физ.раствором (микроскопия) и декометоксином. При удалении ИТ целиком повторная санационная бронхоскопии не требовалась.

Выводы: Полученный опыт использования лапароскопа малого диаметра, для видеобронхоскопии при инородных телах дыхательных путей показал свою высокую ценность и позволил сформулировать показания к применению данного метода у этой категории больных. Также «видебронхоскопия» является надежным методом мониторинга лечении гнойного эндобронхита при длительно находящихся инородных телах дыхательных путей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ПИЩЕВОДА У РЕБЕНКА.

Амерханов Н.З., Поспелов М.С., Кутлуюлова Л.К.

Научный руководитель: Морозов В.И., д.м.н, профессор.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Инородные тела (ИТ) пищевода являются достаточно частой патологией детского возраста. Частота повреждений пищевода при попадании в него инородных тел варьирует, по данным разных источников, в пределах от 30 до 77%. При этом в 3 - 4% случаях выявляются перфорации пищевода с развитием тяжелых гнойных осложнений. Жизнеугрожающие осложнения, вызванные попаданием ИТ в пищевод, во многом определяются характером, локализацией и длительностью их нахождения в нем. В отдельных случаях ИТ пищевода могут вызывать перфорацию пищевода, вторичную флегмону шеи и гнойный медиастинит, реже трахеопищеводный свищ, кровотечение, эзофагит, абсцесс стенки пищевода, травматическое повреждение аорты. Среди инородных тел пищевода встречаются рыбные кости, пуговицы, значки, монеты, а также детали детских игрушек.

Цель: На примере клинического случая показать опасности повреждения пищевода инородными телами.

Материалы и методы: 9.02.18 в ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» обратилась мама с ребенком 4 лет с жалобами на боль в горле, резкую болезненность при движении в шее, невозможность глотать, вялость, слабость, повышение t до 37,50С. Из анамнеза известно, что ребенок болен 3 день. За 3 дня до обращения ела домашнюю шаурму с курицей. На следующий день появилась температура и рвота. Мама давала ребенку жаропонижающие препараты. 8.02.18 девочка продолжала температурить, появились жалобы на боли в шее. 9.02.18 девочка перестала поворачивать головой, появился отек на шее. Обратились в хирургический приемный покой ДРКБ. Ребенок был осмотрен ЛОР-врачом. При осмотре зева: зев несимметричный, за счет инфильтрации паратонзиллярного пространства слева, гиперемия слизистой, выбухание задней стенки глотки слева. Был выставлен DS: Заглоточный абсцесс слева. Назначено КТ шеи, по данным КТ: ИТ (куриная кость), прободающая пищевод, проникающая в мягкие ткани правой боковой поверхности шеи. ИТ (около 22 мм) находится в мягких тканях, начиная от уровня верхнего края щитовидной железы и практически упирается в общую сонную артерию справа. Был собран консилиум врачей, выставлен диагноз: ИТ пищевода, перфорация пищевода. Заглоточный абсцесс слева. 9.02.18 проведено ФГДС, заключение: ИТ в/3 пищевода, осложненное перфорацией стенки пищевода с развитием абсцесса, удалено. Поверхностный гастродуоденит, умеренно выраженный. Наложение чрескожной эндоскопической гастростомы. 9.02.18 операция: Ревизия шейного отдела пищевода, вскрытие, дренирование абсцесса. 10.02.18: Состояние ребенка тяжелое, находится на ИВЛ, осмотр глотки затруднен, видимая часть задней стенки глотки выбухает. Принято решение провести фарингоскопию в условиях операционной, не исключается гнойный затек в заглоточном пространстве. 10.02.18 операция: Фарингоскопия. Вскрытие заглоточного пространства с обеих сторон. 14.02.18, после стабилизации состояния пациентка была переведено в хирургическое отделение № 2 для дальнейшего лечения. Проведенное лечение: антибиотики, инфузионная терапия, обезболивающие, перевязки, санация ротоглотки. 15.02.18, 22.02.18 проведены контрольные ФГДС, отмечается положительная динамика (полная эпителизация). 28.02.18 ФГДС: Эндоскопическая картина в пределах нормы, произведено удаление чрескожной эндоскопической гастростомы.

Результаты: В последующем перфорация пищевода зажила на 7 сутки. Проведено удаление гастростомы, отмечено полное выздоровление пациента. В результате проведенного лечения пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии на 20 сутки с выздоровлением

Выводы: Инородные тела пищевода у детей представляют собой большую опасность ввиду развития тяжелых гнойно-септических осложнений со стороны органов средостения, шеи, глотки, что может привести к тяжелым последствиям и даже к летальному исходу. Родителям, в свою очередь, необходимо внимательно относиться к кормлению детей и ограничивать доступ к мелким предметам и деталям в быту.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ АРТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Ванян А.С., Гнетов П.И.

Научный руководитель: Вечёркин В.А.

ФГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Введение: Внедрение артроскопии в детскую практику позволило значительно повысить эффективность диагностики и выполнить необходимый объем оперативного пособия. Малая травматичность при использовании метода и низкая частота осложнений, позволяет резко сократить послеоперационный период и уменьшить сроки восстановительного лечения, что особенно важно в детском и подростковом возрасте.

Цель: Определить диагностическую значимость и информативность артроскопии в диагностике у детей внутрисуставных травматических повреждений, приобретенных и врожденных заболеваний коленного сустава.

Материалы и методы: На базе БУЗ ВО ОДКБ№2 с 2014 по 2018 года было проведено 45 артроскопий коленного сустава у детей различного пола, включая 3 детей в возрасте от 9 до 11 лет, других 18 детей возраста от 12 лет до 14 лет и 24 больных возраста 15-17 лет. Основным артроскопическим доступом при патологии коленных суставов использован нижненаружный, выполненный у 45 больных детей.

Результаты: Артроскопия, выполненная анализируемым 45 больным детям по поводу заболевания коленного сустава неясного генеза или ранее не диагностированного его травматического повреждения, позволила установить следующие - болезнь Гоффа – 7 больных, болезнь Кенига- 3 детей, синовиит 3 больных. У детей с травматическим повреждением коленного сустава были установлены: ушиб – у 2 пострадавших; переломы, переломо-вывихи коленного сустава - у 7 больных; повреждение связок коленного сустава у 13; повреждение мениска у 10.

Выводы: Артроскопия является наиболее диагностически и практически значимой технологией в дифференциальном диагнозе заболеваний коленного сустава у детей и подростков.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОМФАЛОЦЕЛЕ НОВОРОЖДЁННЫХ.

Щукина А.А., Мокрушина О.Г., Гурская А.С., Шумихин В.С., Дьяконова Е.Ю.

Научный руководитель: Мокрушина О.Г., д.м.н., профессор

ФГАУ Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России

Введение: Омфалоцеле один из часто встречающихся пороков развития передней брюшной стенки. В настоящее время не существует единой тактики его хирургического лечения. Применение первичной радикальной пластики при омфалоцеле больших размеров, особенно при наличии сопутствующей патологии, приводит к высокой частоте повторных оперативных вмешательств. Различные формы омфалоцеле и высокий риск развития лёгочной гипертензии затрудняют проведение первичной пластики передней брюшной стенки, что оставляет вопрос о хирургической тактике лечения омфалоцеле открытым.

Цель: Оценить эффективность хирургического лечения у новорождённых с различными формами омфалоцеле.

Материалы и методы: В исследование включено 110 новорождённых с омфалоцеле разных размеров и различным содержимым грыжевого мешка, прооперированных методом первичной радикальной пластики и отсроченной пластики передней брюшной стенки за период с августа 2007г по апрель 2018г в возрасте от 3,2 дн (±1,7). Средний возраст на момент госпитализации составил 1,4(±0,8) дня. Девочек - 54, мальчиков - 56 (1:1). Средний гестационный возраст - 37,5 недели.

Результаты: По наличию печени в грыжевом мешке были сформированы 2 группы: 1-ая группа - 47 новорождённых без печени в грыжевом мешке, 2-я группа - 63 ребёнка с наличием печени в оболочках омфалоцеле. Средний вес в 1-ой группе - 3023г, во 2-ой 2933г. Наличие генетической патологии в каждой из групп составило 20% и 22,7% соответственно. В 1-ой группе синдромальная патология (синдром Бэквита-Видемана – 8 детей, Синдром Фринца – 1 ребёнок, синдром Эдвардса – 1 ребёнок (10,9%)), ВПС – 7 детей (6,4%)), преобладает над 2-ой группой, где синдромальная патология – 4,5 %, ВПС – 12 детей (10,9%) . Потребность в ИВЛ составила 9 детей (8,2%) в 1-ой группе и 8 детей (7,3%) - во 2-ой. В 1-ой группе всем пациентам выполнена первичная радикальная пластика передней брюшной стенки, максимальный возраст на момент операции составил 14 дней. Во 2-ой группе 16 детям (14,5%) выполнен второй этап пластики передней брюшной стенки с уменьшение сроков оперативного вмешательства на первом этапе до 4 дн., и увеличением сроков оперативного вмешательства на втором этапе до 22 суток (за счет поэтапного погружения эвентрированных органов в брюшную полость). Среднее время начала энтеральной нагрузки в обеих группах не различалось и соответствовало 4 п/о суткам с постепенным увеличением энтеральной нагрузки до физиологической нормы к 10-11 п/о суткам в 1-ой группе, 17-18 п/о суткам во 2-ой группе. Пассаж по ЖКТ в среднем восстанавливался на 2 п/о сутки в 1-ой группе, на 4 п/о сутки во 2-ой группе. Возраст пациентов на момент выписки из стационара в 1-ой группе составил 13,1 дней, во 2-ой группе 20,75 дней. Наложение вторичных швов детям во 2-ой группе, перенесшим двухэтапную пластику, потребовалось в 4 случаях (3%). В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 41 ребёнка (37,2%) – компартмент-синдром – 5,4%, дискинезия ЖКТ – 5,4 %, сердечно-сосудистая недостаточность – 4,5%, сепсис – 2% . В 1-ой группе у 4 детей (3%), во 2-ой группе у 11 детей (10%) отмечалось развитие лёгочной гипертензии, потребовавшее проведения посиндромной терапии. В связи с наличием сопутствующих синдромальных нарушений (синдром Эдвардса – 3 человека., синдром Беквита-Видемана – 1 человек), а также критического ВПС для раннего неонатального периода (гипоплазия левых отделов сердца – 2

ребёнка) летальный исход отмечен у 6 пациентов (1 ребёнок (0,9%) в 1-ой группе, 5 детей (4,5%) во 2-ой группе.

Выводы: По результатам исследования выявлено, что алгоритм лечения новорождённых с омфалоцеле несовершенен и требует доработки. Риск развития легочной гипертензии выше в группе пациентов, с печенью в грыжевом мешке. Проведение двухэтапной пластики оправдано в данной группе пациентов, что позволяет добиться высоких косметических и функциональных результатов, даже при наличии сопутствующей патологии. Мы считаем необходимым включение в прокол обследования проведение ЭХО-КГ с измерением показателей легочной гипертензии и проведение генетического обследования.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ «ОТКЛЮЧЕННОГО» ОТДЕЛА КИШЕЧНИКА И БЕСШОВНОГО АНАСТОМОЗА

Борисов С.А.

Научный руководитель: Цап Н.А., д.м.н, профессор,

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: При острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей показано завершение оперативного вмешательства формированием энтеро- или колостомы после резекции кишки в условиях гнойного перитонита, при несостоятельности швов анастомоза, при перфорации кишки и развитии калового перитонита. Энтеро- и колостомы выполняются в детской абдоминальной хирургии и как этап реконструктивных вмешательств при пороках развития кишечника. По данным литературы наиболее характерной патогистологической особенностью в «отключенной» кишке является развитие гипорегенераторной атрофии слизистой оболочки. Идет снижение или даже полное прекращение функции клеток слизистой, развиваются воспалительные и склеротические процессы в стенке «отключенной» кишки, которые прямо пропорциональны срокам отключения. Длительный срок существования кишечной стомы крайне нежелателен, т.к. в отключенной более 12 месяцев толстой кишке наблюдается хронический атрофический колит. Наименьшие изменения в стенке «отключенной» кишки отмечаются в сроки до 4 месяцев, что и обосновывает целесообразность проведения восстановительных операций в эти сроки. Для снижения гипо- и атрофических явлений в стенке «отключенной» кишки необходима ее ранняя активизация, временное восстановление проходимости кишки, которое можно достичь путем формирования послеоперационного магнитно-компрессионного межкишечного анастомоза.

Цели: Изучить морфофункциональные изменения в стенке «отключенной» кишки и в сформированном магнитно-компрессионном межкишечном анастомозе (МКМА).

Материалы и методы: Полнослойный биоптат участка «отключенной» толстой кишки забирали во время радикального оперативного вмешательства по поводу основного заболевания у 10 детей. Материал МКМА представлен резецированной дистальной часть безшовного анастомоза у 20 детей при закрытии двуствольной стомы путем формирования конце-бокового анастомоза. С целью изучения морфофункциональных изменений в «отключенном» отделе кишечника и в зоне МКМА использовали: а/ гистологические методики (окраска гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван-Гизону), б/ гистохимические методики исследования стенки кишки (Шик-реакция на нейтральные гликозаминогликаны, окраска толуидиновым синим для выявления кислых гликозаминогликаиов, суданом черным для выявления фосфолипидов).

Результаты: По результатам исследования при окраске гематоксилин-эозином в стенке «отключенной» кишки отсутствовали дистрофические изменения эпителия. Энтеро- и колоноциты имели четкие контуры с правильно сформированным ядром, без характерной для дистрофически измененных клеток зернистости в цитоплазме. Десквамация энтеро- или колоноцитов, характерная для длительного отключенного из процесса пищеварения участка кишки не наблюдалась. При окраске на наличие компонентов соединительной ткани, склероза подслизистого слоя и редукции лимфоидных фолликулов не отмечалось. За короткий срок существования полного отключения участка кишки (6-13 суток), восстановления (временного) проходимости кишки в короткие сроки, не успевают сформироваться стойкие изменения микроциркуляторного русла. Окраской на выявление кислых и нейтральных гликозаминогликанов не отмечено снижения интенсивности слизеобразования. Выявлены важные особенности МКМА: бесшовный анастомоз биологически герметичен; отсутствуют условия

для проникновения инфекции в толщу кишечной стенки и в свободную брюшную полость; отсутствуют воспалительные инфильтраты, что характерно для шовных анастомозов; увеличено содержание межэпителиальных лимфоцитов, что способствует минимизации воспалительной реакции; соединительнотканный рубчик МКМА не имеет тенденции к склерозированию, а значит и к стенозу.

Выводы: Послеоперационные патоморфологические изменения в «отключенной» кишке можно предотвратить путем создания в двуствольной кишечной стоме МКМА, который выполняет задачу временного восстановления проходимости кишечника. Морфофункциональное состояние МКМА свидетельствует о его преимуществах перед шовным анастомозом.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ.

Бирюкова Е.Ю.

Научный руководитель: Смирнов А.Н.

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

Введение: После операции по поводу болезни Гиршпрунга (БГ) у определенной категории пациентов сохраняются патологические симптомы, такие как: симптомы кишечной обструкции и/или симптомы энтероколита, в связи с чем частота повторных операций составляет от 5 до 15% случаев.

Цели: Определение показаний к повторному оперативному вмешательству, определение объема предоперационной подготовки и выбор метода ренизведения толстой кишки.

Материалы и методы: С 2008 по 2018 г. в клинике на лечении находились 278 пациентов с болезнью Гиршпрунга, не включая тотальные формы аганглиоза толстой кишки, подвергшихся операциям по методикам Соаве, Соаве-Джордсона. Повторные операции были отмечены у 36 пациентов. Показаниями для обследования у детей являлись клиника толстокишечной обструкции, проявляющаяся запорами и/или вздутием живота (28 детей - 77,8%), а также клиника энтероколита (18 детей - 50,0%). В ряде случаев (16 пациентов - 44,5%) обструктивные симптомы сочетались с воспалительными. Причинами указанных симптомов явились наличие остаточной зоны аганглиоза (26), низведение переходной зоны (5), стеноз прямой кишки (3), формирование ректо-перинеального свища (1) и кистозная трансформация культи прямой кишки после операции Дюамеля (1). Большую часть больных составили пациенты с субтотальной формой болезни Гиршпрунга(15-71,4%). Спектр повторных операций включал: лапароскопическое удаление облитерированной культи прямой кишки (после операции Дюамеля), симулировавшей клинику гигантской кисты брюшной полости - 1, открытая операция Соаве - ренизведение кишки - 6, наложение кишечной стомы - 5, лапароскопически-ассистированное низведение толстой кишки (по методике Соаве-Джорджсона) - 19, иссечение рубцового стеноза прямой кишки - 2, сфинктеротомия - 3.

Результаты: Результаты ренизведения толстой кишки: пожизненная стома - 2 ребенка, временная стома - 3, все дети оперированы радикально в сроки от 6 до 15 месяцев после наложения стомы; произвольная контролируемая дефекация достигнута у 27 больных (79,4%), периодическая потребность в клизмах сохраняется у 4 детей (11,8%), периодическое недержание жидкого стула у 3 пациентов (8,8%). Осложнения развились у 5 детей: среди них были - стеноз анастомоза легкой степени, разрешенный консервативно путем бужирования - у 3 детей, несостоятельность колоректального анастомоза с развитием тазового перитонита (1), развитие тазового абсцесса (1).

Выводы: Все пациенты, имеющие симптомы кишечной обструкции/энтероколита после радикального лечения, должны быть обследованы на наличие остаточной зоны аганглиоза толстой кишки, предложенный нами алгоритм диагностики и лечения позволяет выбрать рациональную тактику практически во всех случаях неудовлетворительных результатов хирургического лечения БГ.

ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ У ДЕТЕЙ.

Кропачева А.С., Баталова Е.М.

Научный руководитель: Чиженок Н.И.

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера

Введение: Среди всех травм детского возраста, требующих госпитализации, черепно-мозговым травмам (ЧМТ) отводится ведущее место.

Цель: Оценить особенности анамнеза и течения восстановительного периода у детей разного возраста с ЧМТ.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ГБУЗ ПК «ГДКБ» в отделении нейрохирургии. Под наблюдением находились 50 детей. Все обследуемые были поделены на 3 группы: дети в возрасте до 3 лет (36%), от 3 до 7 лет (14%), от 7 до 15 лет (50%).

Результаты: Чаще всего дети травмировались в быту (54%), а также на улице – 38%. Характер полученных травм зависел от возраста детей: у детей преддошкольного возраста преобладал бытовой травматизм (94%), причем чаще травмировались девочки (63%); среди детей школьного возраста преобладал уличный травматизм (58%), мальчики получали травмы чаще (73%). У детей наблюдались закрытые черепно-мозговые травмы (ЗЧМТ) (96%) и открытые черепно-мозговые травмы (ОЧМТ) (4%). Среди клинических форм ЧМТ встречались сотрясение головного мозга (74%) и ушиб головного мозга (26%). Среди травм головного мозга у детей раннего возраста примерно с одинаковой частотой встречались ушиб головного мозга (56%) и сотрясение головного мозга (44%). Часто наблюдалось сочетание ушиба головного мозга с переломом костей черепа (44%) и с подапоневротической гематомой (39%). Во II группе у всех детей наблюдался ушиб головного мозга. В III группе у 88% детей – сотрясение головного мозга; у 12% – ушиб головного мозга. Также в этой группе наблюдалась ОЧМТ, сопровождающаяся ушибом головного мозга и переломом костей черепа. Основные жалобы при поступлении зависели от характера травмы. При сотрясении головного мозга чаще наблюдались рвота (54%) и головная боль (41%). При ушибе головного мозга на первое место выступала рвота (23%), на второе – вялость и сонливость (15%). При переломе костей черепа основные жалобы были такие же, как при ушибе головного мозга, так как все случаи переломов сочетались с ушибом головного мозга. Для детей младшего возраста была более характерна яркая общая симптоматика (вялость, сонливость, капризность), независимо от характера повреждения. Все дети находились на консервативном лечении и были выписаны из стационара с улучшением. Сроки пребывания детей в стационаре в среднем составили 7,1±2,2 дня.

Выводы: У детей ЧМТ чаще возникает в быту. В младшем возрасте количество мальчиков и девочек, получивших ЧМТ, было равным, после трех лет, среди получивших данную травму, количественно преобладали мальчики. Наиболее часто среди повреждений встречалось сотрясение головного мозга – 74%, на втором месте – ушиб головного мозга (26%), на третьем – сочетание ушиба головного мозга и перелома костей черепа (22%). Ведущими клиническими симптомами при ЧМТ среди обследуемых были головная боль, головокружение, тошнота, рвота.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Климашов П.А., Поспелов М.С., Фатыхов Ю.И., Амерханов Н.З., Муртазалиев И.Ю.

Научный руководитель: Морозов В.И., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Спонтанный пневмоторакс является одной из причин госпитализации больных с острой легочной патологией. По данным литературы, причинами спонтанного пневмоторакса чаще всего являются буллезная эмфизема легких (90,1%), кисты легких (4,3%), разрывы плевро-легочных спаек (2,8%). Частота спонтанного пневмоторакса по данным разных авторов составляет от 1 до 18 случаев на 100000 населения в год.

Цель: Определить эффективность видеоторакоскопии при лечении спонтанного пневмоторакса.

Материалы и методы: В хирургическое отделение №2 ГАУЗ «ДРКБ М3 РТ» с 2015 года поступило 11 больных с клиникой спонтанного пневматоракса. Средний возраст больных составил 14 лет. Все больные мальчики. Все обратившиеся при поступлении жаловались на резкую боль в грудной клетки, затрудненное дыхание. На проведенных рентгенограммах грудной клетки был выявлен пневмоторакс: левосторонни у 4 пациентов и правосторонний у 7 пациентов. При поступлении выполнялась пункция дренирование плевральной полости со стороны пневмоторакса. После стабилизации состояния всем больным проводилась КТ грудной клетки. У 8 больных выявлен односторонний процесс и у 3 больных двухсторонний. Проводилась осмотр грудной полости. Выявлялись блебы и буллы верхушки легкого до 1,3 см в диаметре. Далее выбиралась оптимальная зона резекции. Всем больным была выполнена торакоскопическая атипичная резекция верхней доли легких. Операция выполнялась с помощью 3 портов, резекция легких выполнялась с помощью эндоскопических сшивающих аппаратов. Проводилась паравертебральная блокада 2% раствором наропина с тотальной плеврэктомией после гидропрепаровки 0,25% раствором новокаина. Оперативное вмешательство завершалось установкой дренажа в плевральную полость. Больным с двусторонним процессом выполнялась одномоментная двухсторонняя торакоскопическая атипичная резекция легких.

Результаты:Дренажи удалялись на 2-3 сутки. Больные выписывались на 6-е сутки после операции. Осложнений и рецидивов заболевания не наблюдалось.

Выводы: Таким образом, видеоторакоскопия, при лечении спонтанного пневмоторакса является эффективным лечебным вмешательством, позволяет выявить оптимальную зону резекции пораженной части легкого. Применение видеоторакоскопических методов лечения с тотальной плеврэктомией позволяет значительно сократить количество рецидивов. Метод видеоторакоскопии является малотравматичным, имеет хороший косметический эффект, позволяет быстро восстановить пациента.

ОПЫТ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Нугманов А.Ф., Климашов П.А., Поспелов М.С., Амерханов Н.З.

Научный руководитель: Морозов Валерий Иванович, д.м.н, профессор.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Новообразования грудной клетки у детей достаточно редки. По данным литературы, среди всех опухолей у детей в грудной полости локализуется 2,3 % по сравнению с 8% у взрослых. Лечение опухолей легких у детей может быть достаточно тяжелым и зависит от вида опухоли. Современным методом, помогающим верифицировать опухоль грудной клетки у детей является торакоскопическая биопсия опухоли.

Цели: Изучить эффективность видеоторакоскопических операций при новообразованиях грудной клетки у детей.

Материалы и методы: В хирургическое отделение №2 ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» с 2015 года пролечено 15 пациентов с новообразованиями грудной клетки. Возраст больных был от 2 месяцев до 14 лет. Всем больным предварительно выполнялось КТ грудной клетки и легких с контрастированием. После подготовки всем больным выполнена торакоскопия. Нами выявлено: невринома грудной клетки у 10 больных, туберкулез внутригрудных лимфоузлов у 2, аденокарцинома легкого у 1 больного, тимома у 1, лимфома у 1. Больным с невриномами и туберкулезом внутригрудных лимфоузлов была выполнено удаление новообразований, остальным торакоскопическая биопсия.

Результаты: Осложнений выполнения вмешательств не было. Все пациенты либо выписаны, либо переведены в профильные отделения.

Выводы: Применение торакоскопии в диагностике и лечении новообразований грудной клетки позволило правильно поставить диагноз и начать специфическое лечение. Метод видеоторакоскопии является малотравматичным, имеет хороший косметический эффект, позволяет быстро восстановить пациента. Минимальная операционная травма лучше сказывается на дальнейшем специфическом лечении пациента.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Джураева Д.Д., Кензина О.И.

Научный руководитель: Цап Н.А., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет

Введение: Интестинальная нейромышечная дисплазия (ИНД) типа В — это порок развития, характеризующийся гиперплазией парасимпатического мезентериального нервного сплетения и нарушением развития подслизистого нервного сплетения. Наиболее характерными морфологическими его признаками являются гигантские нервные ганглии в подслизистом слое более чем с 8 нервными клетками (нормальный ганглий содержит от 2 до 4 нервных клеток). При этой патологии отмечено нарушение моторно-эвакуаторной функции кишки в различных вариантах: от легких запоров до клинической картины, имитирующей болезнь Гиршпрунга (БГ). Для постановки диагноза, который определяется как «количественный», нужно по крайней мере на 25–30 участках толстой кишки обнаружить от 4 до 7 гигантских ганглиев. В отличие от болезни Гиршпрунга, исследование довольно большого числа пациентов с интестинальной нейромышечной дисплазией типа В показало, что гиперплазия подслизистого сплетения и увеличение ацетилхолинэстеразной активности в нервных волокнах собственной пластинки слизистой оболочки зависит от возраста и может исчезнуть в процессе созревания нервной системы кишечника.

Цели: Анализ морфофункционального состояния толстой кишки при болезни Гиршпрунга и нейромышечной дисплазии (НМД) типа В у детей от 1 месяца до 4 лет.

Материалы и методы: Для достижения цели, поставленной в работе, было проведено ретроспективное исследование. Методом сплошной выборки было отобрано 20 историй болезни детей с тотальной формой БГ и НМД кишечника. Всем детям было проведено комплексное клинико-лабораторное и лучевое обследование: контрастная Ro-графия, УЗИ толстой кишки, эндоскопическое (ректоколоноскопия), лапароскопия с поэтажной не менее 3-х сегментов полнослойной биопсией стенки толстой кишки.
По протяжённости зоны дис- и аганглиоза дети распределены на 3 группы: I гр. – субтотальная форма – 8 (40%) детей, II гр. – тотальная форма – 10 (50%) детей и с поражением терминального отдела подвздошной кишки – 2 (10%) детей. Выбор способа и объёма оперативного вмешательства был дифференцирован: при субтотальном форме БГ выполняли колоректоанастомоз по Соаве (3) или высокий колоректоанастомоз над тазовой брюшиной (5); при тотальной форме выполняли илеоректоанастомоз по Соаве (4) или илеоректоанастомоз «конец в конец» (8). Весь биопсийный и операционный материал направлен на гистологическое исследование. Для статистической обработки данных использовалась программа Microsoft Office Excel. Данные представлены в виде абсолютного количества и (%).

Результаты: В полнослойных биоптатах толстой кишки указано на отсутствие, снижение количества нервных ганглиев, их дисплазию, что приводит к массивным резекциям кишечника, развитию торпидных форм течения энтероколита и синдрому короткой кишки. Анализ морфологической картины резецированной толстой кишки показал, что у всех детей выявлено значительное снижение нервных ганглиев в стенке толстой кишки, в 12 (60%) случаях встречались участки гипо- и аганглиоза (до 3 ганглиев). Полное отсутствие ганглиев отмечалось у 8 (40%) детей, при этом толстая кишка макроскопически была резко сужена. Нормального строения обнаруженных нервных ганглиев не выявлено ни у одного пациента: дистрофия и атрофия обнаружена у 9 (45%) больных, дисплазия у 2

(10%), и единичные описания гипертрофии, отечности и склероза. Признаки хронического воспаления в стенке кишки встретились в более чем 50% случаев. Наибольшие морфологические изменения описаны в мышечном слое: гипертрофия и склероз мышечного слоя составили 60% и 55% случаев соответственно. Склероз подслизистого слоя встретился у 12 (60%) детей.

Выводы:

Несоответствия в диагностических критериях и методах, используемых для постановки окончательного диагноза ИНД, затрудняют всеобщее признание ИНД как невропатологического нарушения моторики желудочно-кишечного тракта. Первичный анализ гистологического материала при тотальной колэктомии указывает на необходимость дифференцированной морфологической верификации диспластических процессов в толстой кишке.

ОДНОРЯДНЫЙ ПРЕЦИЗИОННЫЙ ШОВ – ПРИОРИТЕТ В ФОРМИРОВАНИИ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ У ДЕТЕЙ

Кензина О.И., Джураева Д.Д.

Научный руководитель: Цап Н.А., д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет

Введение: В абдоминальной хирургии актуальным вопросом является способ формирования межкишечного анастомоза. Сравнительная характеристика многорядного и однорядного кишечных швов приводится во многих статьях. История однорядного кишечного шва началась раньше – первый предложен еще в 1824 году Jobert A. Двухрядный был предложен позже - в 1880 г В. Черни, и широко стал применяться хирургами в практике из-за кажущейся надежности. Однако доказано, что двухрядный шов уступает по многим параметрам однорядному. При двухрядном рана заживает вторичным натяжением, формируются микроабсцессы между рядами швов. Он в большей степени приводит к сужению просвета полого органа. В отличие от него однорядный заживает первичным натяжением, с образованием нежного рубца, имеет меньшую биологическую проницаемость, меньше нарушает микроциркуляцию в зоне анастомоза. Однорядный кишечный шов имеет достаточную прочность и герметичность, а также даёт меньшее количество осложнений.

Цели: Определение возможности применения однорядного прецизионного шва при формировании тонко- и толстокишечных анастомозов.

Материалы и методы: В ходе исследования проведен проспективный анализ медицинских карт 78 детей, оперированных в клинике детской хирургии. Всем детям был выполнен межкишечный анастомоз на реконструктивном этапе после операций, сопровождающихся резекцией кишки. Для статистической обработки данных использовалась программа Microsoft Office Excel. Данные представлены в виде абсолютного количества и (%).

За 5 лет межкишечный анастомоз наложен 78 детям в возрасте от 4 месяцев до 15 лет. Преобладали дети раннего возраста до 3 лет - 58 пациентов (74,4%). Мальчиков 49 (62,8%), девочек 29 (37,2%). Все дети поступили в плановом порядке.

В подавляющем большинстве случаев - 65 пациентов (83,3%) - с кишечными стомами различной локализации: колостома у 42 детей (64,5%) - группа детей, которым кишечная стома накладывалась как этап оперативного лечения при болезни Гиршпрунга на восходящий отдел толстой кишки, илеостома у 21 ребёнка (32,3%) - у 1/3 детей как этап лечения болезни Гиршпрунга, и 2/3 закрытие двойной илеостомы, и еюностома у 2 (3,1%) (исход некротизирующего энтероколита новорождённого). Различные оперативные вмешательства с иссечением участка кишки и наложением межкишечного анастомоза выполнены у 13 детей (16,7%), из них преимущественно выполнено радикальное оперативное вмешательство при тотальной форме болезни Гиршпрунга или нейромышечной дисплазии (НМД) – у 11 детей (84,6%) и у 2 детей (15,4%) резекция кишки по поводу удвоения кишечника. Оперативное лечение проводилось под эндотрахеальным наркозом, после предоперационной подготовки в объёме: оценка общего состояния ребенка, оценка проходимости кишечника, если ребёнок был ранее оперирован, диета за 1-2 дня (смеси и питье), антибиотикопрофилактика.

На полный диаметр кишки анастомоз наложен у 63 (80,8%) детей. В качестве шовного материала использовалась синтетическая, рассасывающаяся монофиламентная нить Биосин или ее аналог Моносин (4/0, 5/0). Использовалась техника непрерывного однорядного шва с захватом серозного, мышечного и подслизистого слоев, расстояние между стежками и краем стенки – 3 мм. Однорядный прецизионный непрерывный шов был выполнен у 33 пациентов (42,3%), в большинстве случаев с 2015 г. Двухрядный шов проведен у 45 (57,7 %) детей, в основном в 2013-2014 гг. Осложнения имелись у 3

детей (3,9%): в 1 случае стеноз анастомоза при большом различии диаметров приводящей и отводящей кишки (использован двухрядный шов), несостоятельность анастомоза у 2 пациентов с однорядным швом (закрытие колостомы, оператор с начальным опытом).

Выводы:

Макроскопическая картина зоны «однорядного» анастомоза и быстрое восстановление пассажа через «компрометированный» участок кишечника свидетельствуют о полноценном структурно-функциональном состоянии. Это позволяет говорить о приоритете однорядного кишечного шва и хороших результатах применения данной техники в плановой абдоминальной хирургии

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Мордвинов Н.С.

Научный руководитель: Макаров С.В.

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет

Введение: Вопрос о состоянии пациента после операции всегда был и остается наиболее значимым. Процент послеоперационных осложнений на данном этапе развития медицинской науки по-прежнему весьма значителен. Применение ГБО в различных модификациях позволяет существенно снизить данный процент, а также укорить восстановление пациента при минимальных затратах со стороны медицинского учреждения.

Цели: Определение эффектов, которое способно оказывать ГБО кислородную ёмкости крови, выяснить при каких патологиях и нарушениях гомеостаза организма ребенка, наиболее целесообразно применение данного метода, а также эффект, оказываемый ГБО, на уменьшение послеоперационного периода.

Материалы и методы: В основе данной работы лежат следующие методы исследования: анализ литературы по данному направлению, проведение мониторинга состояния пациентов, прошедших операции первоначально без использования ГБО, затем с применением в послеоперационном периоде, анализ данных полученных в результате мониторинга, сопоставление результатов моей работы с данными в отечественной и мировой литературе.

Результаты: При дыхании атмосферным кислородом под нормальным давлением его перенос ограничен в связи с невозможностью связывания молекулами глобинов более чем с одной молекулой кислорода. Плазма же переносит еще более незначительный объем кислорода. Поскольку растворимость кислорода при 37 °С составляет 0.225 мл * л-1 * кПа-1 (0.03 мл-л-1мм рт.ст.-1), то каждые 100 мл плазмы крови при напряжении кислорода 13.3 кПа (100 мм рт.ст.) могут переносить в растворенном состоянии лишь 0.3 мл кислорода. При давлении в 760 мм рт.ст. гемоглобин эритроцитов насыщен кислородом практически до предела, этот путь переноса кислорода к клеткам не может использоваться сверх нормы. Однако, при ГБО транспорт кислорода плазмой можно значительно повысить.

Использование ГБО эффективно при осложненном течении послеоперационного периода, например, после реконструктивных операций на пищеводе, когда существует угроза ишемического некроза трансплантата. При этом значительно уменьшается опасность ишемического повреждения головного мозга, расширяются возможности хирургической техники при реконструктивных операциях на трахее, поскольку обеспечивается пролонгированное апноэ без значительных нарушений гемодинамики.

Нами было обследовано 100 детей в возрасте от 0 до 15 лет (с разделением на 5 групп) по направлениям травматология (34), торакоабдоминальная хирургия (34), гнойная хирургия (32). В результате применения ГБО в до- и постоперационное время было выявлено существенное улучшение состояния детей. В частности, наиболее эффективной она оказалась у пациентов в возрасте от 0 до 2,5 лет, где срок послеоперационного периода сократился более чем на 30%. Причем использование 40%-ой, 65%-ой кислородной смеси, а также карбогена давали существенно различные показатели эффективности, на 18%, 30% и 52% соответственно.

Нами было высказано предположение, что значительные результаты применения гипербарической оксигенации при использовании различных газовых смесях в раннем детском возрасте связано с наличием, еще не полностью замещенного, так называемого фетального гемоглобина. Данная разновидность имеется и в крови взрослого, но процентное содержание колеблется в пределах 1 % от

общего гемоглобина крови взрослого и обнаруживается в 1-7 % числе эритроцитов крови, причем увеличение данного показателя у взрослых является маркером онкологических процессов. Однако у ребенка до 2,5-3 лет эта форма гемоглобина является ключевой, хотя к 1,5 годам уже и составляет менее 35%. Высокое сродство к кислороду HbF является следствием его первичной структуры: в γ-цепях лизин-143 заменен на серин-143

Выводы: Полученные нами данные об особенности применения ГБО в детской хирургической клинике дают ясно понять, что дальнейшее использование данного метода с целью лечения и профилактики, дают большие возможности для увеличения процента операбельности и снижения летальности в послеоперационном периоде, а также предотвращения осложнений, связанных с гипоксией органов и тканей.

РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

Магсумов А.М., Яфясов Р.Я.

Научный руководитель: Морозов Валерий Иванович, д.м.н, профессор

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Современный этап хирургической коррекции болезни Гиршпрунга характеризуется разработкой и широким внедрением малоинвазивных вмешательств и переходом к одноэтапному методу лечения

Цели: Обобщение начального опыта малоинвазивных вмешательств при болезни Гиршпрунга у детей.

Материалы и методы: За 2007-2017 гг. хирургическое лечение выполнено у 74 пациентов с болезнью Гиршпрунга. Возраст больных от 1 месяца до 14 лет. Трансанальная методика резекции и низведения выполнена у 41 пациента, лапароскопически ассистированная резекция и низведение - у 33. Длительность хирургического вмешательства составила от 1,5 до 6 часов. Интраоперационная кровопотеря была минимальной. Малая травматизация тканей позволила значительно снизить объем послеоперационной интенсивной терапии

Результаты: Пациенты выписаны из стационара на 7-10 сутки после хирургического вмешательства. К моменту выписки колоректальный анастомоз был проходим у всех пациентов. При контрольном осмотре, явления анастомозита отмечались у 37 пациентов, стеноз колоректального анастомоза сформировался - у 4.
Отдаленные результаты прослежены на сроках наблюдения до 10 лет. Хорошие результаты отмечены у 56 больных, удовлетворительные – у 11, неудовлетворительные – у 7. Двум пациентам со стенозом колоректального анастомоза выполнены повторные операции низведения

Выводы: Таким образом, результаты малоинвазивных вмешательств позволяют считать их операциями выбора в лечении болезни Гиршпрунга у детей

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КОНЦА ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА

Тимофеева А.В.

Научный руководитель: Карасева О.В., д.м.н., профессор

ГБУЗ Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии ДЗМ, Москва, Россия

Введение: Дисфункция перитонеального конца вентрикулоперитонеального шунта одна из основных причин развития окклюзионных осложнений у детей – носителей вентрикулоперитониального шунта (ВПШ). Методы диагностика и выбор лечебной тактики сохраняют свою актуальность на современном этапе.

Цели: Определить эффективность и возможности лапароскопии в диагностике и лечении дистальной дисфункции ВПШ.

Материалы и методы: С 2008 года в НИИ НДХиТ диагностировано 23 случая дистальной дисфункции ВПШ у 21 ребенка. Диагностика и лечение были проведены малоинвазивным способом с использованием лапароскопии.

Результаты: Из всех случаев дисфункции ВПШ, дисфункция перитонеального конца выявлена в 22,6%. Преобладали механические причины: обтурация просвета перитонеального отдела (21,7%), перегиб (4,8%) или разъединение системы (28,5%) с последующей миграцией участка шунта. При лапароскопии устраняли причину обтурации, удаляли свободно лежащие части шунта, укорачивали длину шунта при его перегибе. При необходимости производили замену перитонеального конца ВПШ.

Вторая по частоте причина развития дистальной дисфункции – шунт-инфекция и нарушение состав ликвора (высокое содержание белка), что приводит к развитию массивного инфильтративно-спаечного процесса в брюшной полости (30,4%) и/или к формированию псевдокист (19%). Лапароскопия позволяет произвести диагностику, неагрессивное разделение спаек для санации отграниченных жидкостных зон, пункцию кист. У этой группы детей операцию заканчивали экстернализацией перитонеального конца ВПШ или удалением всей системы. При нормализации состава ликвора, после лапароскопической оценки состояния брюшной полости, возможна постановка нового ВПШ. Осложнений, связанных с использованием эндоскопии не было.

Выводы:

Лапароскопия позволяет не только уточнить причину дистальной дисфункции ВПШ, но и дает возможность безопасно устранить ее малоинвазивным путем. Эндоскопия также позволяет свести к минимуму осложнения в ходе проведения манипуляций и может быть рекомендована в качестве методики выбора при лечении дистальной дисфункции ВПШ.

СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНАЯ ПЛАСТИКА КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ СО СГИБАТЕЛЬНЫМИ КОНТРАКТУРАМИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ НА ФОНЕ ДЦП.

Волкова М.О., Жердев К.В., Никитенко И.Е., Челпаченко О.Б.

Научный руководитель: Жердев К.В.

ФГАУ Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России

Введение: ДЦП - основная причина детской неврологической инвалидности в мире. Контрактуры коленных суставов у детей с ДЦП занимают III место в структуре ортопедической патологии нижних конечностей, данная тема наименее освещена в научной медицинской литературе.

Цели: Проанализировать результаты удлинения сухожилий медиальной группы сгибателей коленного сустава с формированием дупликатуры собственной связки надколенника.

Материалы и методы: Ретроспективно изучены данные 40 пациентов (75 коленных суставов) от 7 до 12 лет с диагнозом сгибательная контрактура коленного сустава на фоне ДЦП, прооперированных в период с 2014 по 2019 гг. На дооперационном этапе проведена гониометрия, оценка функциональных способностей к движению по шкале Gillette FAQ. После оперативного лечения и периода реабилитации определены те же показатели. В референсную группу (для определения нормальных значений разгибания в коленном суставе для детей 7-12 лет) были включены 35 пациентов (55 коленных суставов) с диагнозом укорочение одной нижней конечности без диагноза ДЦП и деформаций нижних конечностей. В рутинной практике всем пациентам референсной группы проведено КТ-сканирование нижних конечностей в положении лежа с полным разгибанием в коленных суставах. Ретроспективно на основании полученных снимков измерены углы разгибания в коленных суставах. Для анализа и описания данных использованы параметрические и непараметрические методы в зависимости от нормальности распределения. Эффективность оперативного лечения определяет возможности вертикализации больного и рассчитывалась как отношение угла разгибания после операции к максимально возможному (условно 180˚), в процентах.

Результаты: Дефицит разгибания в коленном суставе до операции варьировался от 10 до 90˚. Медиана углов деформации составила 20˚(межквартильный размах (ИКР) 15-35). Медианный угол деформации после оперативного лечения стал значимо меньше - 5˚ (ИКР 0-10˚) (p<0,05). Медиана объема коррекции составила 80% (ИКР 67-80%). Медиана баллов до операции по шкале Gillette составила 2 (ИКР 1-2). Медиана баллов Gillette после операции стала значимо больше - 3 балла (ИКР 2-3) (p<0,05). Коэффициент корреляции Спирмена между значениями гониометрии до оперативного лечения и его эффективностью составил - 0,5, что показало значимую умеренную обратную связь (p<0,05). У четверых пациентов возникли следующие осложнения: постиммобилизационный синовит, разгибательные контрактуры коленных суставов, пролежни в проекции пяточных бугров, рецидив вследствие отсутствия ухода. Для пациентов референсной группы средний угол полного разгибания в коленном суставе составил 1˚рекурвации (±3˚).

Выводы: Полученные данные говорят о высокой эффективности оперативного лечения как по гониометрическим, так и по функциональным показателям. Однако, средний угол разгибания в коленном суставе после хирургического лечения был ниже референсных значений. Также следует учитывать возможные осложнения, связанные с необходимостью длительной постоперационной иммобилизации и реабилитации. Чем выраженнее деформация до оперативного лечения, тем меньше возможностей для вертикализации больного после операции. Метод оптимален в случаях, когда дефицит разгибания составляет 10-25˚.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Чирков И.С.

Научный руководитель: Смирнов А.Н.

ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова

Введение: Пластика больших и гигантских вентральных грыж является актуальной проблемой хирургии детского возраста. В подавляющем большинстве случаев данная нозология формируется как следствие этапного лечения врожденных пороков развития брюшной стенки. Такие методики как операция Гросса и обработка дубящими растворами эмбриональных оболочек у детей с омфалоцеле – приводят к формированию вентральных грыж.

Цели: Целью исследования явилось улучшить результаты лечения детей с большими и гигантскими вентральными грыжами за счет комплексной хирургической коррекции.

Материалы и методы: В ДГКБ№13 им. Н.Ф.Филатова с 2005 года в поле нашего внимания попало 43 ребенка с вентральной грыжей большого (n =31) и гигантского размера (n=12). Всем детям выполнена оперативная коррекция: местными тканями (n=23), с образованием дубликатуры апоневроза по типу «пол пальто» (n=14) и с использованием биоимплантата Permacol (n=6). При отсутствии критического показателя висцеро-абдоминальной диспропорции предпочтение отдавалось пластике местными тканями. Для закрытия вентральной грыжи пот типу «пол пальто» использовали встречные лоскуты апоневротического растяжения белой линии живота. Материал Permacol (Tissue Science Laboratories) применялся при невозможности закрытия грыжевого дефекта местными тканями. Материал произведен из листовой свиной кожи и представляет собой чистый поперечно-связанный коллаген и эластин. Данный материал не обладает антигенными свойствами и вызывает минимальную воспалительную реакцию, не отличающуюся от нормального репаративного процесса. Также детям с отсутствием пупка выполнена одномоментная неоумбилопластика.

Результаты: Всем детям входящим в группу исследования успешно выполнена пластика передней брюшной стенки. В послеоперационном периоде в группе детей с имплантацией материала Permacol у 2-х (33,3%) отмечалось образование осумкованной полости с серозной жидкостью. Данное осложнение было одномоментно устранено во время очередной перевязки путем пункции. В дальнейшем образование повторных сером не отмечалось. В среднем послеоперационный стационарный период составляя 12 ± 4 суток. Швы на коже снимались на 10 сутки. С косметической точки зрения удачным явилось создание пупка у пациентов с его отсутствием (рожденных с омфалоцеле).

Выводы: На основании полученных результатов установлено, что использование биологического импланта является возможным и перспективным направлением в хирургии обширных грыж передней брюшной стенки у детей. Сочетание комплексного подхода к пластике и неоумбилопластики значительно повышает косметический эффект оперативного лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОЖОГАМИ ПИЩЕВОДА ЛИТИЕВОЙ БАТАРЕЙКОЙ.

Разумовский А.Ю., Степаненко Н.С., Куликова Н.В., Стрижова Д.Н.

Научный руководитель: Степаненко Н.С.

ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова

Введение: Инородное тело пищевода – батарейка вызывает выраженные изменения стенки пищевода – воспаление в результате химического ожога в сочетании с давлением инородного тела на стенку пищевода, Воспаление может сохраняться и после удаления инородного тела. Наиболее грозным осложнением является перфорация пищевода или ТПС, что может потребовать длительного многоэтапного хирургического лечения. За период с 2011 до 2019гг. в отделении торакальной хирургии ДГКБ № 13 проведено лечение 40 детям с ожогами пищевода батарейкой разной степени. Среди них нескольким детям хирургическое лечение не потребовалось. Группе пациентов потребовалось выполнение экстирпации пищевода, пластики пищевода. Так же ожог пищевода баатрейкой вызывает обратимые или необратимые повреждения возвратного гортанного нерва, которые потребовали проведение сложных реконструктивных операций на гортани и трахее.

Цели: Проанализировать группу пациентов, которые получили осложнения после удаления литиевой батарейки из пищевода и сформулировать протокол ведения больных с трахеопищеводными свищами.

Материалы и методы: Проведен анализ 40 пациентов с ожогами пищевода литиевой батарейкой разной степени тяжести. Средний возраст пациентов составил 1 год 8 месяцев. 16 пациентов (40%) после удаления ИТ в дальнейшем лечение не потребовалось. У 6 пациентов (15%) сформировался стеноз пищевода. У 2х пациентов (5%) выявлена перфорация пищевода. У 16 пациентов (40%) после удаления батарейки выявлен ТПС. В нашей группе пациентов двусторонний парез гортани выявлен у 9 пациентов (22,5%), односторонний у 2 пациентов (5%). 4 пациентам (10%) потребовалось оперативное вмешательство на гортани в связи с двусторонним параличом гортани.

Результаты: Спонтанное закрытие ТПС произошло у 4х пациентов (10%) – всем были выполнены фундопликация и гастростомия, 1 пациенту (2,5%) – трахеостомия. 10 пациентам (25%) были выполнены различные реконструктивные операции по разделению ТПС. Среди 8 детей (20%), у которых была выполнена ранняя попытка разобщения ТПС в первые 2 месяца, 3-м (7,5%) потребовалась экстирпация пищевода с дальнейшей колоэзофагопластикой. Среди пациентов с ТПС, 8 пациентам (20%) выполнена фундопликация с гастростомой. Среди всей группы 11 детям (27,5%) потребовалась трахеостомия. 1 пациенту (2,5%) была выполнена лазерная фотокоагуляция голосовой связки.

Выводы: Как видно из данных исследований, среди 8 пациентов (20%) с ТПС, кому выполнена лапароскопическая фундо и гастростомия, у 4х пациентов (10%) произошло спонтанное закрытие ТПС. 4-м (10%) из них удалось выполнить ушивание ТПС в отсроченном периоде.

Следует отметить, что раннее операционное вмешательство с целью ликвидации ТПС сопровождается высоким риском осложнений: 3-м пациентам (7,5%) из 8 выполнена экстирпация пищевода с последующей колоэзофагопластикой.

Поражение возвратных нервов также может быть обратимо: только 5 пациентам (12,5%) потребовалось оперативное вмешательство среди 9 пациентов с двухсторонним парезом гортани.

Таким образом при ожоге и формировании ТПС может потребоваться многоэтапное хирургическое лечение включая реконструктивные операции на гортани. Однако наиболее оптимальной тактикой лечения у детей с ТПС после ожога пищевода батарейкой, является наложение гастростомы, выполнение гастрофундопликации. В послеоперационном периоде проводится консервативная терапия в течение 4-8 месяцев с вероятностью самостоятельного закртия ТПС, или же планирование оперативное лечение по закрытию ТПС.

ПЕРЕКРУТ ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ГБУЗ РМ ДРКБ г. САРАНСКА

Окунев Н.А., Купцова С.В., Бегоулова Е.Г., Котельникова А.В..

Научный руководитель: Окунева А.И., к.м.н, доцент.

ФГБОУ ВО НИ Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева,

ГБУЗ РМ Детская республиканская клиническая больница г. Саранска

Введение: Перекрут придатков матки (далее ППМ) является достаточно редкой патологией у детей, встречаясь в 1-2% случаев в структуре ургентных заболеваний брюшной полости. Несмотря на это, актуальность проблемы определяется важностью правильного выбора тактики ведения таких пациенток, для дальнейшей реализации их репродуктивной деятельности.

Цель: Проанализировать результаты клиники, диагностики и лечения девочек с ППМ по данным ГБУЗ РМ «ДРКБ».

Материалы и методы: В исследование включено 16 девочек (далее дев.) с ППМ, находившихся на обследовании и лечении в ГБУЗ РМ «ДРКБ» города Н. за 2016 – 2018 г.

Результаты: В ходе анализа 2016-2018 года, с острой гинекологической патологией было госпитализировано 32 дев.: из них с ППМ выявлено 16 человек, среди которых с перекрутом яичников 11 пациенток, с изолированным перекрутом трубы 2 случая, 3 случая перекрута придатков у новорожденных дев. Из них наличие кистозных образований выявлено у 6 пациенток. Новорожденные девочки были переведены из родильного дома с диагнозом: объемное образование малого таза. Диагноз был выставлен внутриутробно. Наибольшее число перекрутов было выявлено у дев. в возрасте от 8 до 12 лет - 6 пациенток, старше 12 лет - 4 случая, с 3 до 7 лет - 3 случая, до 3 лет ППМ выявлен у 3 дев. Преимущественно поступившие дев. проживали в городе (69,3 %), пациентки из сельской местности встречались реже (30, 7%). В первые 12 часов от начала заболевания в ДРКБ поступило 9 дев., 12-24 часов 2 дев., 3 дев. через 48 часов, по одному случаю поступлению через 72 и 96 часов. С температурной реакцией до субфебрильных цифр поступило 46,15 %. Рвота отмечалась у 9 дев., у 4 из них она была многократная, а 2 дев. беспокоила тошнота. Каждый ребенок предъявлял жалобы на боль в животе на стороне поражения придатка. По характеру боль была постоянная (38,4%), либо периодическая (53,8%). У одной дев. боль усиливалась при ходьбе. Купирование боли родителями проводилось самостоятельно у 6 дев., без эффекта. При осмотре у 5 дев. наблюдался положительный симптом раздражения брюшины, у 2 дев. он был сомнительным, а у 6 отрицательным. На УЗИ при поступлении было обнаружено, что правый придаток поражается чаще левого (69,3% и 30,7% соответственно). Пораженный яичник всегда был больше интактного. В общем анализе крове нейтрофильный лейкоцитоз был у 7 дев. (до $16,8*10^9$/л). Ускорение СОЭ до 21 мм/ч наблюдалось у 4 дев., поступивших более чем через 24 часа от начала заболевания. Операционное лечение производилось всем пациенткам лапароскопически. Деторсия составила преимущественное число операционных вмешательств (92%). В одном случае удаление произведено без деторсии (самоампутация). Лапароскопически перекрут на 360° был обнаружен у 7 дев., на 180° у 3 дев., на 720° и 270° по 1 дев. Нарушение питания: по УЗИ на момент поступления аваскулярное определялось у 8 (61,5%) дев., а единичные локусы кровотока у 5 (38,5%); интраоперационно изменение цвета наблюдалось у всех. После деторсии восстановление цвета до розового в течение 15 минут произошло у 3 дев. Восстановление кровотока по УЗИ на 1 сутки после операции произошло у всех дев., которым сохранили придатки. Удаление пораженных придатков производилось лишь у 4 пациенток. Овариопексия проведена одной дев., в связи с повторным поступлением с ППМ через 6 месяцев. Группа детей, у которой яичники были сохранены, получали медикаментозное лечение препаратами из

следующих групп: обезболивающие (нестероидные противовоспалительные препараты), препараты, улучшающие микроциркуляцию, гепарин, антибиотики.

Выводы:

1. ППМ составляют 50% от числа детей, поступающих с острой гинекологической патологией придатков.
2. Показаниям к удалению придатков матки были: врожденные перекруты с некрозом, перекруты с аномалиями развития и некрозом придатков, при длительности перекрута и некроза более 5 суток.
3. В остальных случаях, даже при выраженных признаках нарушения питания, выполняли органосохраняющие операции.

СООТВЕТСТВИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ 300 КОЛОНОСКОПИЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Малащенкова А.В., Блохина С.И.

Научный руководитель: к.м.н. Шавров А.А.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России

Введение: Рутинная биопсия, даже при неизмененной слизистой оболочке на колоноскопии, является “золотым” стандартом в детской эндоскопической практике. Однако в ряде случаев, неизмененная слизистая оболочка толстой кишки при эндоскопии в белом свете не находит подтверждение при гистологическом исследовании биоптатов и наоборот ее визуальные воспалительные изменения не всегда соответствуют гистологическому заключению, что приводит к гипердиагностике.

Цели: Оценить соответствие гистологических и эндоскопических находок при использовании современных эндоскопов высокого разрешения у большой группы педиатрических пациентов.

Материалы и методы: Выполнено ретроспективное одноцентровое исследование, в которое было включено 300 детей, нуждавшихся в колоноскопии с биопсией слизистой оболочки. Все колоноскопии выполнялись эндоскопами высокого разрешения.

Результаты: Эндоскопические патологические изменения были выявлены в 61,7% случаев, а гистологические в 39,7% случаев. Соответствие между эндоскопическими и гистологическими находками во всех исследованных отделах кишечника составило 68,6% (с коэффициентом Коэна к=0,402). В подвздошной кишке соответствие между эндоскопией и гистологией составило 78,3% (к=0,375), в правых отделах кишечника (слепая и восходящая кишка) 83,6% (к=0,57), в поперечной ободочной кишке 84,6% (к=0,516), в левых отделах кишечника (нисходящая, сигмовидная, прямая кишка) 70,3% (к=0,476). Если бы сбор биопсий велся только в том случае, когда эндоскопист выявлял измененную слизистую оболочку то в 4 % случаев патологических изменения были бы пропущены, так же в 26 % случаев патологические изменения на эндоскопии имели неизмененную гистологическую картину.

Выводы: Результаты нашего исследования говорят о хорошей согласованности эндоскопического и гистологического метода при эндоскопическом заключении нормальной слизистой оболочки кишечника. Следовательно, при эндоскопически визуализируемом варианте нормы возможно избежать взятия биопсии, что может снизить нагрузку на гистологические службы, однако эти данные должны быть подтверждены другими будущими большими мультицентровыми исследованиями. Тем не менее в 25% случаев патологические изменения на эндоскопии имели неизмененную гистологическую картину, что говорит о тенденции эндоскопического метода к гипердиагностике.

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ «АОРТА-ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИЯ-ШУНТ»

Полухинских А.Э.

Научные руководители: Кучумов А.Г к.ф.-м.н., доцент; Биянов А.Н., к.м.н., доцент; Породиков А.А. ассистент, середечно-сосудистый хирург.

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение: Среди множества описанных вариантов ВПС, особого внимания заслуживают обструктивные поражения разных сегментов выводного тракта правого желудочка, относящиеся к «синим» ВПС. Лечение пациентов при ВПС синего типа, во многих случаях носят паллиативный характер и направлены на увеличение легочного кровотока путем создания системно-легочного анастомоза между большим и малым кругами кровообращения. В настоящее время наиболее часто используется модифицированный Блелок-Тауссиг-шунт (МБТШ) - анастомоз накладывается между левой или правой подключичной и легочной артериями с помощью политетрафторэтиленового протеза (4-6 мм в диаметре) и является стандартной промежуточной паллиативной операцией для обеспечения дозированного легочного кровотока. Актуальность проблемы формирования межсистемного анастомоза определяется тем, что операция наложения МБШТ является операцией относительно высокого риска с общей смертностью 7,2% (в исследованиях показана смертность от 3,7% до 14%). Таким образом данная хирургическая операция по созданию анастомоза между системным и легочным кровообращением, несмотря на кажущуюся техническую простоту выполнения анастомозов, не так проста, и требует колоссального хирургического опыта, что подчас и делает её одной из сложнейших кардиохирургических операций. Кроме того, в большинстве случаев выбор шунта, диаметра и методики создания анастомоза является эмпирическим, что приводит к большому риску послеоперационных осложнений и еще большему риску послеоперационной смертности, что невозможно в эру доказательной медицины. В решении задачи планирования и выбора оптимальных показателей МБШТ стоит использование новейших технологий, таких как математическое моделирование.

Цель: Провести математическое моделирование различных позиций МБШТ в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Проведено клиническое обследование 4 пациентов в возрасте 3, 5, 6 и 13 суток соответственно, с атрезией легочной артерии и дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Данным пациентам в возрасте до 2х недель была выполнена операция по созданию МБТШ. В трёх случаях был использован шунт разного диаметра (3,5 и 4,0мм) и выполнялся между брахиоцефальной артерией и правой легочной артерией. В одном случае выполнялось формирование центрального шунта 3,5 мм между восходящей аортой и бифуркации легочных артерий. На основе данных МСКТ ангиографии была построена индивидуализированная биомеханическая модель системы «аорта-легочная артерия-шунт» для анализа гемодинамики в данной области. Клиническая часть исследования была проведена на кафедре сердечно-сосудистой хирургии и инвазивной кардиологии ПГМУ. Математическое моделирование было проведено на базе Пермского национального исследовательского политехнического университета. Для создания биомеханической модели была использована программа Ansys.

Результаты: при составлении индивидуализированной биомеханической модели системы «аорта-легочная артерия-шунт», показано, что поток по легочным артериям был несимметричен при всех типах шунтов, а при центральной конфигурации более 40% в пользу левой легочной артерии. Также,

было установлено, что центральная позиция шунта значительно снижает давление перфузии коронарных артерий. Для биомеханической оценки тромбирования и дальнейшего стенозирования нами был использован показатель касательного напряжение на стенке (Wall Shear Stress), с помощью которого мы выяснили, что при центральной конфигурации шунта наблюдается самое низкое среднее касательное напряжение на стенке, но тем не менее данное распределение однородно.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ И КОНСЕРВАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ОНМТ И ЭНМТ

Зинченко А.А., Полухинских А.Э.

Научные руководители: Биянов А.Н., к.м.н., доцент; Породиков А.А., ассистент, сердечно-сосудистый хирург.

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России

Введение: С изменением критериев живорожденности в 2012 году значительно возросла группа новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ. Одной из актуальных проблем на сегодня для данной категории пациентов является выбор оптимальной тактики в лечении гемодинамически значимого открытого артериального протока. Актуальных протоколов ведения таких больных не разработано, в связи с чем, многие клиники придерживаются своих тактик, разработанных в процессе работы, основанных на личных наблюдениях.

Цель: Путем ретроспективного анализа медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты) проанализировать результаты консервативного и хирургического лечения новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ, провести анализ структуры осложнений.

Материалы и методы : За период с 2015 по 2017 гг. на базе ГБУЗ ПК «ДКБ №13», ГБУЗ ПККБ «ПКПЦ» проходили лечение 50 пациентов с диагнозом ГЗ ФАП. Все пациенты были разделены на две равные группы: группа хирургического лечения и группа консервативного лечения. Все пациенты были массой до 1500г. При изучении медицинской документации проводился анализ акушерского анамнеза матери, возникшие осложнения в ранний неонатальный период, результаты проведённого лечения, возникшие осложнения, оценивалась длительность инотропной поддержки, длительность ИВЛ. В группе хирургического лечения проводилась оценка раннего и позднего послеоперационного периода.

Результаты: В группе консервативного лечения диаметр ОАП был примерно 1,8мм, тогда как в группе хирургического лечения примерно 2,6 мм. Тактику лечения выбирали по данным УЗИ исследования. В группе хирургической коррекции частота внутрижелудочковых кровотечений (ВЖК) были ниже, чем в группе консервативного лечения. Тогда как в группе консервативного лечения частота некротизирующего энтерокоЛита (НЭК) была ниже, вследствие того, что раньше начиналось энтеральное питание (в среднем на 2 сутки), также потребность в искусственной вентиляции лёгких (в т.ч. в высокочастоной ИВЛ) была ниже, потребность в инотропной поддержки была ниже (с среднем 6 дней). Летальности в обеих представленных группах не было. Описанных в литературе осложнений хирургического лечения (кровотечения, реканализация протока, повреждение возвратного гортанного нерва, диафрагмального нерва) в группе хирургического лечения не было.

Выводы:

У детей с ОНМТ и ЭНМТ в результате общей незрелости может функционировать артериальный проток, который может в значительной степени обусловливать тяжесть состояния новорожденного и развитие осложнений. Тактику лечения необходимо выбирать исходя из ультразвуковых критериев. В группе консервативного лечения наблюдается более низкое число осложнений, меньшая потребность в инотропной поддержке, ИВЛ поддержке.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ЛОГИСТИЧЕСКОЙ РЕГРЕСИИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТЕРАЛЬНОГО БУЖИРОВАНИЯ И СТЕНТИРОВАНИЯ (ТУС) ПИЕЛОУРЕТЕРАЛЬНОГО СЕГМЕНТА (ПУС) У ДЕТЕЙ ДО ТРЕХ ЛЕТ.

Старостина И.Е. (1), Хватынец Н.А. (2),

Научный Руководитель: Ростовская В.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет) (1)

ГБУЗ «Детская клиническая городская больница №9 им. Г.Н. Сперанского» ДЗМ (2)

Введение: В настоящее время для решения проблемы принятия клинических решений в отношении выбора тактики лечения в медицине широко используются численные методы.

Цель: Разработать математическую модель для прогнозирования эффективности трансуретерального бужирования и стентирования (ТУС) пиелоуретерального сегмента (ПУС) у детей до трех лет с пренатально выявленным гидронефрозом.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ результатов эндоскопической коррекции обструкции ПУС у 70 пациентов в возрасте 1-36 месяцев с разной степенью гидронефротической трансформации по SFU. Из них 0-6 мес - 28 детей (41,7%), 6-12 мес - 15 (22,3%), 12-24 мес-19 (28,6%), 24-36 мес-5 (7,4%). На основании полученных данных, используя метод логистической регрессии, был построен итерационный алгоритм при помощи программных средств пакета MATLAB. Далее модель была перенесена в програмный комплекс (прогностический калькулятор), отображающий в процентном отношении вероятность успеха ТУС.

Результаты: Используя калькулятор в качестве инструмента ретроспективного анализа проведена оценка данных у двух групп пациентов. В первой группе, где было 27 детей, которым течение 2 лет после ТУС была выполнена пиелопластика по поводу обструкции ПУС, вероятность успеха не превышала 19%. В группе больных (n=43), у которых результаты ТУС рассматривались как положительные, вероятность успеха по данным расчетов составила более 76%.

Выводы: созданная прогностическая модель позволяетиндивидуализировать подход к выбору хирургической технологии,выделить пациентов перспективных для лечения гидронефроза методом ТУС и определить формы заболевания, которые подлежат только оперативной коррекции.

ВЛИЯНИЕ ГИПОКСИИ НА ТРАНСФОРМАЦИЮ КИШЕЧНОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ладыгина Т.М.

Научный руководитель: Карпова И.Ю., д.м.н., доцент

ФГБОУ ВО Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России

Хроническая внутриутробная гипоксия (ХВГП) – это комплекс изменений в организме плода из-за недостаточного снабжения кислородом, который приводит к нарушению функций организма, изменению обменных процессов.

В экспериментальной работе использованы 24 самки белых беспородных крыс с массой 156—230г. Возраст самок варьировал от 4 до 10 мес. Лабораторные животные были разделены на 4 группы, по 6 самок в каждой. Группе I проводили гипоксию в первом триместре беременности (1-я неделя), группе II во втором триместре (2-я неделя) и группе III – в третьем триместре (3-я неделя). Параллельно проводимой гипоксии была отсажена группа IV контрольная, в которой особей не подвергали кислородному голоданию.

Для моделирования хронической гипобарической гипоксии использовали вакуумную проточную барокамеру. Крыс помещали в условия, соответствующие подъему на высоту 5000м со скоростью 25 м/сек. на 40 мин. по группам, ежедневно в течение 7 дней.

После родоразрешения потомство осматривали, затем выводили из эксперимента с помощью гексеналового наркоза затем декапитировали.

Работа проведена в полном соответствии с этическими принципами, установленными Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей (принятой в Страсбурге 18.03.1986 г. и подтвержденной в Страсбурге 15.06.2006г.).

Для световой микроскопии фрагмент ткани (резецированный участок кишечника) фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина, обезвоживали в спиртах и заливали в парафин. Приготовленные на микротоме Leica SM 2000 R срезы, толщиной 5 – 7 мкм, окрашивали гематоксилин-эозином.

Последующее микроскопирование осуществляли на микроскопах Topic (Бельгия, 2000) и Bio Blue (Нидерланды, 2013) с применением окуляра 10х, объективов 40х, 100х.

Обработку результатов проводили с помощью статистического пакета Statistica 7,0. Для сравнения изучаемых групп использовали критерий Стъюдента.

Гистологическое исследование кишечника у крысят всех групп показало, что общее строение стенки кишки не отличалось от контрольной

группы, и представлено наличием четырех слоев – слизистой, подслизистой, мышечной и серозной оболочек.

Хроническая гипоксия, смоделированная в первый триместр беременности привела к развитию вторичной тканевой гипоксии в стенке кишки с разрастание соединительной ткани вместо гладких мышечных волокон. У животных второй и третьей групп не было выявлено увеличения фиброзной

ткани в стенке, однако отмечали атрофию слизистой оболочки за счет укорочения и уменьшения количества ворсин.

Изменение соотношения между слоями стенки кишки приводило к сужению просвета кишечной трубки, что особенно было выражено у животных первой группы.

Характеристика микроциркуляторного русла указывала на то, что хроническая гипоксия, смоделированная в первый период беременности, приводила к компенсаторному расширению артериального фрагмента микроциркуляторного русла с последующим развитием хронического венозного полнокровия. ХВГП, созданная в поздние сроки беременности, не способствовала развитию компенсаторных процессов артериального русла и сопровождалась венозным застоем.

Таким образом, хроническая гипоксия, смоделированная в первый триместр беременности, приводила к значительным изменениям слизистой оболочки кишки в сочетании с разрастанием соединительнотканного компонента в мышечном слое.

Риск развития динамической кишечной непроходимости возникал у потомства всех групп, что подтверждалось увеличением фиброзной ткани в интестинальной стенке.

Выраженные изменения со стороны микроциркуляторного русла кишки в группах II и III провоцировали развитие предъязвенных и язвенных дефектов.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА Л. 17 ЛЕТ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ И КОМБИНИРОВАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Нестеров Е.Ю., Таций А.Д.

Научный руководитель: Никонов А.В., заведующий приёмным отделением НИИ Неотложной детской хирургии и травматологии, детский хирург

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

Введение: В последнее время участились случаи катастроф с применением взрывных устройств. Они характеризуются большим числом пострадавших и возникновением у них тяжелых травм. Учитывая это, нами был проведён анализ клинического случая минно-взрывной травмы с комбинированным поражением нижних конечностей у ребенка Л. 17 лет.

Цель: Представить ход хирургического лечения ребенка Л. 17 лет с минно-взрывной травмой и комбинированным поражением нижних конечностей.

Материалы и методы: Проведен анализ клинического случая с предварительным обзором литературы в базах данных NCBI Medline, Scopus и eLibrary.

Результаты: Анамнез: 17.10.2018 получила травму в результате взрыва в буфете политехнического керченского колледжа. С открытыми повреждениями мягких тканей и костей нижних конечностей доставлена в приемное отделение ГБУЗ РК г. Керчь, где были выполнены рентгенограммы нижних конечностей, ПХО, ушивание ран, иммобилизация левой нижней конечности гипсовой лонгетой. В связи со сложностью полученной травмы переведена в институт детской хирургии и травматологии силами санавиации. При поступлении выполнена хирургическая обработка ран нижних конечностей (швы распущены), удаление инородного тела из средней трети левой большеберцовой кости. В послеоперационном периоде девочка оставлена в отделении реанимации. Назначена инфузионная, антибактериальная, гастропротекторная, реологическая, профилактическая антикоагулянтная терапия. Обезболивание - по эпидуральному катетеру. 19.10.2018 выполнена иммобилизация перелома левой большеберцовой кости стержневым АВФ. Далее ежедневные перевязки ран. Консультация офтальмолога, оториноларинголога, невролога, нейрореабилитолога, после чего коррекция терапии. Назначен курс физиотерапии, гипербарической оксигенации, ЛФК. Ребенок получал психологическое сопровождение. 22.10.2018 начато вакуум-лечение ран левой голени. На КТ левого локтевого сустава: смещение медиального надмыщелка левой плечевой кости. 25.10.2018 выполнена открытая репозиция и металлоостеосинтез перелома медиального надмыщелка левой плечевой кости. По стабилизации состояния ребенок переведен в профильное хирургическое отделение, где в полном объеме продолжена медикаментозная терапия, сеансы физиотерапии, ЛФК, вакуум-лечение ран. Ребенок активизирован, обучен ходить на костылях. 29.10.2018 выполнена пластика местными тканями ран верхней трети правой голени и наружной поверхности левой голени, продолжено вакуум-лечение ран внутренней поверхности голени и стопы. На его фоне раны полностью очистились, стали активно гранулировать, подготовлены к пластическому закрытию. 09.11.2018 выполнена пластика ран левой стопы и нижней трети левой голени местными тканями, реостеосинтез перелома левой большеберцовой кости интрамедуллярным гвоздем, репозиция, остеосинтез спицами основной фаланги 2-го пальца левой стопы. Продолжены перевязки, вакуум-лечение раны средней трети левой голени, ЛФК, массаж. 20.11.2018 вакуум-лечение раны закончено. На его фоне рана полностью очистилась, стала активно гранулировать, эпителизироваться по периферии, значимо сократилась в размерах. Заживление ран per prima удовлетворительное. 28.11.2018 выполнена пластика раны средней трети левой голени местными тканями. Послеоперационный период протекал гладко, воспалительных явлений не было,

заживление удовлетворительное. 12.12.2018 выполнено удаление спиц из основной фаланги 2-го пальца левой стопы, снятие швов с раны средней трети левой голени, заживление per prima. 10.12.2018 на контрольных рентгенограммах голени: начальные признаки консолидации большеберцовой кости, разрешено давать частичную осевую нагрузку на пораженную конечность. Показаний для дальнейшего стационарного лечения нет. Ребенок выписан с дальнейшей госпитализацией на санаторно-курортное лечение.

Выводы: Данный клинический случай демонстрирует значимость соблюдения правильной последовательности этапов хирургического лечения ребенка с тяжелой комбинированной травмой для обеспечения его скорейшего восстановления, что приводит к улучшению качества жизни.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИСХОДА ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА У РЕБЕНКА

Амерханов Н.З., Поспелов М.С., Кутлуюлова Л.К.

Научный руководитель: Морозов Валерий Иванович, д.м.н, профессор.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: В структуре синдрома «острой мошонки» у детей перекрут яичка, по данным различных авторов, занимает 7,8-13,4%. Перекрут яичка является серьезным осложнением, которое в значительной части случаев приводит к ишемии яичка и его атрофии; чаще встречается в возрасте 10-15 лет. В литературе описаны различные варианты данного осложнения. Приводим пример редкого клинического случая последствия перекрута яичка у ребенка.

Цель: Показать возможные исходы и осложнения перекрута яичка, важность своевременного и правильного выбора тактики лечения; в отдаленные сроки оценить функциональную способность яичка.

Материалы и методы: Пациент 14 л. поступил в хирургическое отделение №2 ГАУЗ ДРКБ с диагнозом: Инфицированная некротизированная рана мошонки справа. Состояние после перекрута правого яичка с последующей деторсией, несостоятельностью послеоперационной раны с эвентрацией правого яичка. Состояние после острой транзиторной ишемии правого яичка с частичной атрофией его паренхимы. Из анамнеза известно, что болен с 01.11.18, появились тошнота, боли внизу живота и в правой половине мошонки, гиперемия в правой половине мошонки, повышение температуры тела. 03.11.18 обратились в ЦРБ по месту жительства, госпитализированы в хирургическое отделение. Проведено лечение антибиотиками и местно мазями - без эффекта. 05.11.18 проведена операция: Вскрытие абсцесса мошонки. 07.11.18 был консультирован урологом, заключение: Перекрут правого яичка. Рекомендовано оперативное лечение в экстренном порядке. 07.11.18 операция: Скрототомия, вправление правого яичка, дренирование мошонки. В послеоперационном периоде наблюдалась несостоятельность швов. В области правой половины мошонки образовался струп размером 2,5 х 2 см . 15.12.18 ребенок был консультирован профессором ДРКБ, назначено местное лечение и рекомендовано УЗИ допплерография правого яичка с определением индекса резистентности; гормональный профиль: тестостерон, ФСГ, ингибин В, антиспермальные антитела. 12.01.19 ребенок был планово госпитализирован в хирургическое отделение №2 ГАУЗ ДРКБ с жалобами на воспалительные изменения в области правой половины мошонки и наличие струпа черного цвета. Локальный статус: В области правой половины мошонки имеется дефект кожи с эвентрированным верхним полюсом яичка, над которым расположен струп 2 х 2,5 см с демаркационной линией. Инфильтрации, гиперемии нет. Пальпация яичек безболезненна. 23.01.19 выполнена операция: Некрэктомия, висцеролиз эвентрированного правого яичка с фиксацией его в полости правой половины мошонки. Лечение в послеоперационном периоде: антибактериальная терапия, обезболивающие, препараты, улучшающие микроциркуляцию (трентал, аспирин), перевязки. Проведенные обследования: ОАК, ОАМ (показатели в пределах нормы); УЗИ органов мошонки: правое яичко: 19х15 мм, эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность смешанная, средостение не дифференцируется, контуры четкие, ровные. Внутриячковый кровоток просматривается только по периферии. Индекс резистентности RI 0,51 (снижен). Слева: показатели в норме.

Результаты: В результате проведенного лечения послеоперационная рана зажила, пальпация яичек безболезненна. Пациент был выписан домой в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано наблюдение хирурга, уролога по месту жительства; ограничение физических нагрузок на 3 месяца; избегать травм, переохлаждений; прием препаратов - трентал, аскорутин, витамин Е; проведение УЗИ

правого яичка с допплерографией через 3 месяца; кровь на антиспермальные антитела и гормональный профиль (тестостерон, ФСГ, ингибин В) с последующей консультацией уролога.

Выводы: Перекрут яичка — неотложное состояние, при котором требуется немедленное хирургическое лечение. Острое нарушение кровообращения при данной патологии вызывает значительные морфологические изменения в половой железе, приводя к развитию деструктивных осложнений, потере функции органа, а в отдаленные сроки – к нарушению репродуктивной функции. Даже при сомнительном диагнозе перекрута яичка должна производиться срочная операция с ревизией яичка.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРИАМЦИНОЛОНА И ПРОПРАНОЛОЛА

Калабкин Н.А., Щекин О.А.

Научный руководитель: Окунев Н.А., д.м.н., Окунева А.И., к.м.н.

ФГБОУ ВО НИ Мордовский Государственный Университет имени Н. П. Огарева

Введение: Гемангиомы–сосудистые опухоли доброкачественного характера, развивающиеся из гиперплазированного эндотелия. Самая распространенная патология кожи у детей первого года жизни (10-12%) и новорожденных (1,5-3%).

Цель: Демонстрация актуальности использования современных неинвазивных методов лечения на конкретных клинических примерах терапии инфантильной гемангиомы.

Материалы и методы: Клиническое ретроспективное исследование использования препаратов пропранолол (в дозировке 2мгкгсут) и триамцинолон (в дозировке 10мгсм2, при однократном введении 4мгкг). УЗ-контроль эффективности терапии.

Результаты: Клиническая часть. Пациент 1: В хирургическое отделение поступил ребенок 5,5мес, с диагнозом: «Комбинированная гемангиома верхнего века справа». Постнатально установлено розовато-красное образование на правом верхнем веке диаметром 1,0см с активным ростом опухоли, к 1,5мес. появилась красная окраска и бугристая поверхностью. До 4–х мес. проведено 2 курса преднизолона перорально. Отмечена активация роста гемангиомы при отмене или снижении дозы преднизолона. В течение месяца отмечалось полное закрытие глаза опухолью. По данным КТ - картина объемного образования правого верхнего века неоднородной структуры, сосудистые коммуникации с орбитой. После в/в введения 20,0мл 76% раствора урографина, плотность верхнего века возросла. Плотность глазных яблок ассиметричная. Назначено лечение пропранололом по 2мг/кг в сутки, в 2 приема, с ежемесячной коррекцией дозы. Лечение проводилось под УЗ-контролем. Через 3 дня от начала терапии отмечено уменьшение напряжение опухоли. Спустя 10 дней ребенок смог приоткрыть правый глаз. К моменту отмены пропранолола визуальный компонент исчез полностью, но по данным УЗИ сохранялось кавернозное образование, связанное с системой кровоснабжения органов глаза. В результате 12 месячной терапии остался косметический дефект в виде небольшого птоза правого века. Пациент 2: Мальчик 3мес., поступил в хирургический стационар по поводу ярко-красного образования, расположенного в верхней трети левого плеча. Отмечались жалобы на интенсивный рост за последний месяц. При осмотре: на коже левого плеча определяется пятно «вишневого» цвета 1,5х2,0см, не возвышающееся над уровнем кожи, бледнеет при надавливании. УЗИ образования не проводилась. Выполнена криодеструкция с экспозицией 25сек. Повторное обращение через 3нед. Участок после деструкции эпителизирован, но отмечается продолжение роста гемангиомы в подкожно-жировом слое в форме опухолевидного образования 2,5х2,0см. Проведена повторная криодеструкция с экспозицией 30сек. УЗИ места поражения не проводилось. При обращении в 8 мес. опухолевидное образование увеличилось до 3,0х3,0см, синюшного оттенка, возвышающееся над уровнем кожи на 0,5см. Через месяц после начала терапии препаратом триамцинолоном, отмечена остановка роста образования, исчезло пролабирование опухолевидного образования из подкожно-жировой клетчатки. По данным УЗИ, определялось образование 0,3×0,32×0,15см, повышенной эхогенности. В режиме ЦДК-единичный сосуд 0,7см в диаметре по внутренней поверхности образования Через год после введения препарата, ямка на месте гемангиомы исчезла. Сохранялась остаточная депигментация в месте криодеструкции. На УЗИ визуализировалось утолщение подкожно-жировой клетчатки до 0,8см без изменения структуры. В режиме ЦДК-одиночный сосуд до 0,1см в диаметре, кровоток венозный.

Выводы: При применении пропранолола в дозе 2мгкг/сут хорошо редуцируется кожный (поверхностный) компонент, однако, в тканях остается функционирующей кавернозная часть опухоли, которая впоследствии может вызывать осложнения со стороны органа зрения. Местное внутритканевое введение препарата триамцинолон 30мг, для лечения кавернозных и комбинированных гемангиом, можно считать безопасным и эффективным. Основное отличие остаточного эффекта в виде редукции подкожного компонента гемангиомы и исчезающей со временем подкожно-жировой атрофии, а так же длительные сроки стационарного и амбулаторного лечения.

УДВОЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ У МЛАДЕНЦА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Борисов С.А.

Научный руководитель: Цап Н.А., д.м.н, профессор, заведующая кафедрой детской хирургии

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет

Введение: Удвоение ЖКТ – редкий порок развития, при котором часть пищеварительной трубки представляет собой полостное образование, расположенное рядом с сегментом дигестивного тракта, покрытое общей мышечной оболочкой, имеющее общее с ним кровоснабжение. На удвоение прямой кишки (ПК) в структуре удвоений ЖКТ по данным мировой литературы, приходится 4-5% случаев. Клиническая картина удвоений ПК неспецифична и сводится к 3 вариантам манифестации порока: низкой кишечной непроходимости, кровотечения из ЖКТ, а при изъязвлении возможны перфорация и перитонит.

Цель: Представить результаты диагностики и оперативного лечения ребенка до 1 года жизни с редкой и сложной аномалией прямой кишки.

Материалы и методы: Клиническое наблюдение за ребенком, участие в операциях осуществлялось с октября 2018 по март 2019 года.

Результаты: Мальчик Артём К., 7 месяцев поступил в клинику детской хирургии с диагнозом: образование пресакрального пространства. Мама отмечала у ребенка с 6 месяцев жизни задержку стула до 4 дней, неэффективные позывы к акту дефекации, затем она обнаружила округлое образование, пролабирующее в анальное отверстие при натуживании ребенка, образование препятствует сокращению анального сфинктера. Обращение за медицинской помощью в неотложном порядке, ребенок госпитализирован, экстренно выполнено УЗИ органов малого таза и обнаружено кистозно-солидное образование до 4 см в диаметре, локализующееся кпереди от крестца. После консультации онколога ребенок госпитализирован в детский онкогематологический центр ОДКБ с диагнозом образование забрюшинного пространства. По абсолютным показаниям выполнена КТ малого таза с контрастным усилением. В заключении данного лучевого метода обследования указано, что кистозное образование размерами 50*35*39 мм располагается пресакрально, накапливает контраст; прямая кишка оттеснена кпереди, просвет её компремирован образованием до 5 см. Сигмовидная кишка выше уровня обструкции расширена до 25 мм. Выявленные на КТ патологические изменения позволили онкологам установить диагноз: крестцово-копчиковая тератома (тератобластома?). Выполнена оперативная ревизия малого таза, при которой макроскопических признаков крестцово-копчиковой тератомы не обнаружено, установлено, что передняя стенка новообразования интимно спаяна с прямой кишкой. С целью создания оптимальных условий для последующего удаления образования принято решение об «отключении» прямой кишки. Операция завершена формированием двуствольной колостомы на нисходящей толстой кишке по Майдлю. В послеоперационном периоде выполнено МРТ органов малого таза с контрастным усилением: кистозное образование 35*35*67 мм в малом тазу имеет общую стенку с прямой кишкой. Заключение: удвоение прямой кишки. В дальнейшем со слов мамы, отмечается появление контактной кровоточивости, увеличение образования в размерах. Через месяц с целью радикального лечения была выполнена операция по удалению кистозного удвоения ПК брюшно-промежностным доступом с иссечением общей с ПК стенки и ушиванием протяженного дефекта. Ближайший послеоперационный период без осложнений. Динамическое наблюдение с декабря 2018 по март 2019 включало клиническое и инструментальное обследование: ректальное исследование под наркозом, МРТ органов малого таза, антеградная колостография, колоноскопия. На колоноскопии: ПК проходима, слизистая ПК без признаков

воспаления на всем протяжении, контактно не кровоточит. Завершающим этапом оперативного лечения младенца было устранение колостомы с окончательным восстановлением проходимости толстой кишки путем формирования однорядного межкишечного анастомоза «конец-в-конец». Послеоперационный период без осложнений, восстановлен полноценный акт дефекации.

Выводы: Удвоение прямой кишки – достаточно редкий и трудный в диагностике порок развития. Особую ценность в диагностике порока представляет МРТ с контрастным усилением. Эффективность оперативного вмешательства, отсутствие рецидива базируется на полном удалении удвоения прямой кишки с иссечением их общей стенки.

ТЯЖЕЛОЕ АБДОМИНАЛЬНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ.

Тимофеева А.В.

Научный руководитель: Карасева О.В., д.м.н., профессор

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» ДЗМ. Москва, Россия

Введение: Язвы Кушинга – острые язвы верхних отделов ЖКТ, связанные с повышением внутричерепного давления. В своей практике мы столкнулись с обширными перифокальным нарушениями микроциркуляции вплоть до некроза в области язв Кушинга в функционально активной зоне дуоденум, что потребовало принятия нестандартных хирургических решений.

Цель: Демонстрация лечебно-диагностической тактики при редком абдоминальном осложнении объемного образования головного мозга с дислокационным синдромом.

Материалы и методы: Девочка, 2 лет была переведена в НИИ НДХиТ из стационара Московской области, куда поступила 3 сут. назад с жалобами на головную боль и снижение уровня сознания. Дальнейшее снижение уровня сознания до комы потребовало ИВЛ и перевода ребенка в специализированный стационар для уточнения характера патологии головного мозга (ГМ) и лечения.

Результаты: При поступлении по КТ выявлено объемное образование левого полушария ГМ, смещение срединных структур, аксиальное вклинение. По жизненным показаниям выполнена костно-пластическая трепанация, удаление опухоли (гистология: атипичная тератоид-рабдоидная опухоль, WHO grade IV). К концу 1-х суток после операции отмечено отделяемое по типу «кофейной гущи» по назогастральному зонду с развитием синдрома кишечной недостаточности и анемии тяжелой степени. По данным ЭГДС диагностированы множественные острые язвы желудка с признаками состоявшегося кровотечения, по данным УЗИ - гидроперитонеум. Учитывая нарастание клиники острой абдоминальной патологии, для исключения перфорация полого органа и контроля состояния ГМ решено выполнить КТ. По данным КТ головы отрицательной динамики нет, при КТ живота – большой гидроперитонеум (кровь?), пузырьки воздуха под передней брюшной стенкой. В экстренном порядке выполнена диагностическая лапароскопия: во всех отделах брюшной полости темная лизированная кровь (800 мл), петли кишечника покрыты фибрином, прокрашивание желчью малого сальника. Выполнена конверсия. Визуализирован дефект передней стенки дуоденум при переходе Д1 в Д2 на ½ окружности. Дефект ушит 2-х рядным швом. Еще через 1 сутки отмечено поступление алой крови по назогастральному зонду. Выполнена ЭГДС: источника кровотечения не выявлено, но отмечено поступление воздуха по страховочному дренажу брюшной полости. Выполнена релапаротомия. Ранее наложенные швы состоятельны, выявлен дефект задней стенки 12-и перстной кишки на 1,0 см выше предыдущего. При выделении кишки произошло ранение гастро-дуоденальной артерии - дефект стенки длиной 7 мм ушит. Учитывая наличие двух рядом расположенных дефектов кишки и выраженных нарушений микроциркуляции в стенке дуоденум на уровне Д1-Д2, принято решение о выполнении реконструктивной операции: отключение желудка, панкреатоеюностомия с петлей по Ру, передний гастро-энтероанастомоз с анастомозом по Брауну. Операция закончена резекцией большого сальника, дренированием малого таза и малого сальника, формированием лапаростомы с вакуум-терапией брюшной полости. Проводили програмированные ревизии брюшной полости с санацией и последующим ушиванием на 6 сутки. Через 2 суток отмечено поступление желчи по страховочному дренажу из полости малого сальника. Желчный свищ вели консервативно. Полное закрытие свища произошло через месяц. В послеоперационном периоде девочка кормилась в кишку через зонд,

установленный через гастроэнтероанастомоз. По мере улучшения состояния была переведена на кормление через рот. В неврологическом статусе отмечено постепенное восстановление сознания. Через 2 месяца переведена для проведения курса химиотерапии. Получила 4 курса химиотреапии. При контрольном МРТ через 4 месяца выявлен рецидив опухоли ГМ. Выполнено удаление опухоли. На катамнезе через 2,5 года – девочка находится под наблюдением нейрохирурга и онколога, функция ЖКТ полностью сохранена, жалоб нет.

Выводы: Патология ГМ, сопровождающаяся синдромом внутричерепной гипертензии, может сопровождаться развитием тяжелых абдоминальных осложнений, что требует своевременного привлечения хирургов и принятия персонализированных лечебно-диагностических решений.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОЙ АНГИОФИБРОМЫ НОСОГЛОТКИ, КРЫЛОНЕБНОЙ ЯМКИ, КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ И ПОЛОСТИ НОСА С ДВУХ СТОРОН, БОЛЬШЕ СПРАВА У РЕБЕНКА

Молодницкая А.Ю. (1) Черникова Н.А. (2)

Научный руководитель: Капитанов Д.Н., д.м.н., профессор

1 Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

2 Федеральное государственное автономное учреждение «Национальный научно-практический центр нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение: Юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ) – это доброкачественная опухоль, встречающаяся чаще всего у мальчиков-подростков. По литературным данным, один больной встречается на 5-60 тыс. больных в ЛОР-стационаре. Это заболевание составляет 0,5% всех опухолей головы и шеи. Этиология ангиофибромы остается неизвестной. Считается, что опухоль представляет собой реакцию соединительной ткани надкостницы или надхрящницы на стимуляцию половыми гормонами. Вследствие этого образуется гамартоматозный эктопический узел, богатый кровеносными сосудами. Исходным местом возникновения ангиофибромы является свод носоглотки в области верхнего края основного небного отверстия. Являясь по своей природе морфологически доброкачественной опухолью, ткань ангиофибромы, не обладая инфильтративным ростом, смещает и раздвигает прилежащие структуры, а также разрушает хрящи и кости за счет оказываемого на них давления.

Цель: Продемонстрировать редкий случай диагностики и лечения распространенной ангиофибромы носоглотки, крылонебной ямки, клиновидной пазухи и полости носа с двух сторон, больше справа у ребенка.

Материалы и методы: Клинический случай на базе НН ПЦН им. ак. Н.Н. Бурденко.

Результаты: Пациент К. 15 лет поступил в НН ПЦН им. ак. Н.Н. Бурденко в удовлетворительном состоянии.

Жалобы при поступлении на заложенность носа, отсутствие обоняния, периодические кровянистые выделения из носа, экзофтальм справа. Анамнез жизни: детских инфекций, травм - не было; аллергические реакции - на бисептол в виде сыпи. Анамнез заболевания: со слов матери с 6-месячного возраста затрудненное носовое дыхание, с начала периода полового созревания стали беспокоить частые насморки, усугубление затрудненного носового дыхания. Год назад - эпизод сильного носового кровотечения. С декабря 2017 года был замечен экзофтальм правого глаза, пациент находился на лечении в АОДКБ г. Архангельска с 19.02.2018 с диагнозом объемное образование правой половины носа, верхнечелюстной, решетчатой, основной пазух, с прорастанием в орбиту и полость черепа. Была выполена диагностическая биопсия: гистологическое строение соответствует хроническому гипертрофированному риносинуситу с полипообразованием. При проведении биопсии открылось кровотечение. 19.01.2018 Проводилось ИГХ исследование: точный диагноз не установлен. 14.02.2018 МРТ ГМ и ОНП с в/в контрастом: признаки новообразования носа и придаточных пазух носа. При ЛОР-осмотре: в правой половине носа общий носовой ход полностью обтурирован объемным образованием синюшного цвета. Слева носовые ходы обтурированы за счет смещения носовой

перегородки в передних отделах. Сукровичное отделяемое из носа с двух сторон. 26.03.18 г. в НМИЦН проведена эндоваскулярная эмболизация сосудов ангиофибромы. 27.03.18 г. - комбинированное удаление распространенной ангиофибромы носоглотки, крылонебной ямки, клиновидной пазухи и полости носа с двух сторон, больше справа. Кровопотеря – 5000 мл. По данным биопсии: инфильтративно растущая в слизистой оболочке и костных структурах ангиофиброма с эмболизирующими массами в просвете отдельных крупных сосудов, имеются очаги повышенной клеточности, некротические изменения. - ювенильная ангиофиброма. При контрольной СКТ-минимальные остатки опухоли.

Выводы:

1. Перед проведением оперативного вмешательства для удаления ангиофибромы необходимо проводить эндоваскулярную эмболизацию ее сосудов. Стоит отметить, что даже после проведения данной манипуляции, кровопотеря составила 5000 мл.
2. В данном случае было выполнено комбинированное удаление распространенной ангиофибромы носоглотки, крылонебной ямки, клиновидной пазухи и полости носа в связи с риском повреждения внутренней сонной артерии и прорастания опухоли в пещеристый синус и крылонебную ямку. Опухоль была удалена не полностью.

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРЕКРУТА ТЕРАТОМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.

Амерханов Н.З., Муртазалиев И.Ю., Нугманов А.Ф., Поспелов М.С.

Научный руководитель: Морозов В.И., д.м.н, профессор.

ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Тератома - опухоль, развивающаяся из полипотентных клеток и состоящая из различных тканей, чужеродных органам или анатомической области, в которых она развивается. Герминогенные опухоли – типичные новообразования детского возраста. Тератоидные опухоли грудной клетки встречаются в 5-6 % случаев. Приводим пример редкого клинического наблюдения перекрута тератомы.

Цель: На примере клинического наблюдения показать редкое осложнение новообразования грудной клетки и роль видеоторакоскопической операции в лечении данного заболевания.

Материалы и методы: В ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ» поступил пациент в возрасте 4-х лет на третьи сутки с момента заболевания с жалобами на боли в животе, гипертермией до 38,5С. В ходе динамического наблюдения острая хирургическая патология органов брюшной полости была исключена. Воспалительная активность в крови нарастала, появился кашель, появились разнокалиберные хрипы в левом легком, ослабление дыхания в нижней доли левого легкого. По данным УЗИ плевральных полостей в динамике увеличилось количество жидкости с 10,0 мл при поступлении до 100,0 мл на третьи сутки пребывания в стационаре. Рентгенологическая картина в динамике так же с отрицательной динамикой: гидроторакс слева, признаки нижнедолевой пневмонии. Исходя из вышеизложенного решено было выполнить торакоскопическую санацию слева. Торакоскопия слева через 3 троакарных доступа. При входе в левую плевральную полость выявлен геморрагический выпот в объеме около 100 мл. Фибринозных наложений нет. Проведена ревизия плевральной полости. Выявлено округлое образование до 4,0 см в диаметре, черного цвета, располагающееся на диафрагме, на сосудистой ножке с перекрутом последней на 720 градусов. На сосудистую ножку наложены клипсы. Ножка отсечена. Образование удалено. Материал отправлен на гистологическое исследование. По результатам которого выставлен диагноз: тератома.

Результаты: На 1-е сутки после вмешательства ребенок перестал температурить, показатели крови нормализовались. Ребенок выписан на 6 сутки с выздоровлением.

Выводы: Таким образом, выполнение видеоракоскопической операции позволило поставить точный диагноз, удалить тератому минимально травматично, тем самым способствуя быстрому восстановлению пациента и сокращению времени пребывания его в стационаре.

СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТА С ЕДИНСТВЕННЫМ ЖЕЛУДОЧКОМ СЕРДЦА И КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ

Полухинских А.Э., Зинченко А.А.

Научный руководитель: Породиков А.А. ассистент, сердечно-сосудистый хирург

ФГОУ ВО Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение: Термин единственный желудочек сердца (ЕЖС) включает в себя много анатомических вариантов, R.Van Praagh выделял 3 типа ЕЖС, из которых тип В является самым редким. К сожалению, восстановить физиологическую гемодинамику у пациентов с единственным желудочком невозможно, поэтому хирургическое вмешательство является паллиативным. Гемодинамическая коррекция сводится к тому, что в несколько этапов работа единственного желудочка направляется на обеспечение кровотока в большом круге кровообращения, малый круг заполняется из полых вен, минуя сердце. Каждый этап хирургического лечения сопровождается высокой смертностью и высокой частотой осложнений. В некоторых случаях, естественное течение порока может осложняться наличием сопутствующих аномалий – гипоплазией или коарктацией аорты.

Цель: Представить клинический случай тактики лечения пациента с ЕЖС тип В, который осложнился коарктацией аорты.

Материалы и методы: Клинический случай был рассмотрен на базе Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии имени С.Г. Суханова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Пермь)

Результаты: Впервые пациентка поступила в клинику в возрасте 2х дней с диагнозом: единственный желудочек сердца с морфологией правого (тип В по R. Van-Praagh), гипоплазия восходящей и дуги аорты, коарктация аорты, открытый артериальный проток. Учитывая анатомию порока, была выполнена операция Норвуда. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, и пациент был выписан из стационара на 15е сутки в удовлетворительном состоянии. Вторая госпитализация с клиникой сердечной недостаточности была в возрасте 8 месяцев. При выполнении ЭХО-КГ исследования выявлено, что естественное течение порока осложнилось возникшей рекоарктацией аорты с пиковым градиентом 52 мм.рт.ст. Учитывая состояние пациента, анатомию порока, данные инструментальных исследований коллегиально принято решение одномоментно выполнить операцию: пластика дуги аорты ксеноперикардиальной заплатой, операция Гленна. Операция выполнялась в 2 этапа в условиях искусственного кровообращения. Первым этапом была выполнена пластика дуги аорты ксеноперикардиальной заплатой в условиях , затем выполнение второго этапа – верхний кавопульмональный анастомоз с ветвью правой легочной артерии. После операции пациент переведён в отделение реанимации для динамического наблюдения. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, переведен в общее отделение на 5е сутки. Обсуждение Представленный клинический случай демонстрирует возниконовение рекоарктации неоаорты у пациента после выполнения операции Норвуда. Учитывая состояние пациента, анатомию и гемодинамику подобной комбинации пороков принято решение одномоментно выполнить операцию Гленна и пластику рекоарктации ксеноперикардиальной заплатой. Пластика рекоарктации являлась необходимой для устранения обструкции и снижения постнагрузки на единственный желудочек сердца. Несмотря на то, что присоединение коарктации аорты после операции Норвуда значительно повышает летальность и уровень осложнений, описанная тактика лечения показывает вариант решения данной задачи с относительно благоприятным исходом.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Кубкина Е.С.

Научный руководитель: Бец О.Г., ассистент

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение: Среди патологии детского возраста одно из ведущих значений занимают заболевания мочевыделительной системы, распространенность которых варьирует от 20 до 40 на 1000 детского населения. Ежегодно в России около 1000 детей до 18 лет признается инвалидами вследствие заболеваний мочеполовой системы. Воздействие повреждающих факторов в критические периоды внутриутробного развития приводит к метаболическим и физиологическим изменениям, следствием которых являются малообратимые дефекты функционирования мочевыделительной системы, сохраняющиеся на протяжении всей жизни ребенка.

Цель: Цель исследования - оценить структуру заболеваний мочевыделительной системы у новорожденных, а так же выявить и проанализировать ассоциированные с ними факторы риска.

Материалы и методы: Проведена комплексная оценка 30 медицинских карт новорожденных, находившихся в отделении патологии новорожденных ОБУЗ ОПЦ г. Курска за период с 2015 по 2018 гг. Параллельно с изучением медицинских карт новорожденных, анализировались материнские истории родов.

Результаты: Проведенное исследование показало, что на возникновение заболеваний почек и мочевыводящих путей оказывает непосредственное воздействие здоровье матери. Наиболее часто дети с заболеваниями мочевыделительной системы рождаются у женщин, возрастной период которых составляет 30-34 года (33,3%), повторнородящих - 76,7 %, при этом количество беременностей коррелирует со степенью риска возникновения заболеваний мочевыделительной системы. Среди осложнений течения беременности, в большей степени рождению ребенка с поражением почек способствует хроническая фетоплацентарная недостаточность - (23%); преэклампсия - (20%); внутриутробная инфекция(16,6%). Стоит отметить среди хронических заболеваний женщин - хроническую сердечную недостаточность – 20%. Рождение недоношенных детей, новорожденных в состоянии тяжелой асфиксии при рождении являются важными факторами, способствующими возникновению заболеваний мочевыделительной системы, и влияющие на уже имеющиеся дефекты развития мочевыделительной системы. В структуре мочевыделительной системы у новорожденных 58,8% - составляет пиелоэктазия, формирующая отдаленные последствия нарушения работы почек и мочевыводящих путей у детей; врожденные пороки мочевыделительной системы составляют 17,6% - в 27,7% случаев они сопряжены с кардиоренальным синдромом, что позволяет предположить наличие общего механизма нарушения эмбриогенеза.

Выводы: Каждый из периодов внутриутробного развития ассоциирован с факторами риска повреждения мочевыделительной системы, реализация которых зависит от многих факторов, а особенно от состояния здоровья матери. Воздействию ишемических и гипоксических повреждений отводится основная роль в формировании патологии мочевыделительной системы, что обусловлено нарушением гистогенеза почек. Таким образом, при своевременном прогнозировании патологии, раннем выявлении и минимизации факторов риска, определении тактики профилактических и

лечебных мероприятий – можно уменьшить или смягчить степень реализации повреждающих факторов в формировании патологии мочевыделительной системы у новорожденных.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ВЛИЯЮЩИХ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Карпов С.Ю.

Научный руководитель: Бец О.Г., ассистент

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение: По данным ВОЗ, наследственные заболевания и врожденные пороки развития ежегодно регистрируются у 10-20 миллионов новорожденных, и является причиной смерти 303 тысяч детей в возрасте до 4-х недель жизни. Особого внимания заслуживают врожденные пороки развития нервной системы, поскольку нервная трубка, формируется в начале эмбрионального периода развития, когда зародыш наиболее чувствителен к действию тератогенных факторов. Поэтому аномалии развития нервной системы нередко являются причиной мертворождения или смерти в постнатальном периоде, а также определяющим фактором инвалидизации, биологической и социальной дезадаптации ребенка.

Цель: Изучение и анализ факторов формирования врожденных пороков развития нервной системы, а также исследование особенностей внутриутробного и раннего постнатального периодов у детей с данной патологией.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 26 историй болезни новорожденных, родившихся в ОБУЗ «Областной перинатальный центр» г. Курска и находившихся в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей с врожденными аномалиями развития нервной системы в период за 2014 – 2018 годы. На каждого ребенка заполняли разработанную анкету, которая включала следующие сведения: возраст, репродуктивный анамнез матери, течение и исход настоящей беременности, предшествующие и сопутствующие экстрагенитальные заболевания, оценка новорожденного, перинатальная патология.

Результаты: Результаты исследований показали, что в период с 2014 по 2018 гг. большинство женщин родивших детей с врожденными пороками развития нервной системы, составляли повторнорожавшие (в анамнезе двое и более родов), женщины активного репродуктивного возраста – от 26 до 30 лет (39%), проживавшие в сельской местности (77%), и являлись социально-экономически неблагополучными (73%). Большая часть женщин страдали экстрагенитальными заболеваниями (23%), в том числе инфекционными (54%). Наиболее частыми инфекционными заболеваниями, вызывающие врожденные аномалии развития нервной системы, являлись TORCH-инфекции: токсоплазмоз (19,2%), сифилис (11,5%) и гепатит С (7,7%). Среди новорожденных с врожденными пороками нервной системы, в более чем половине процентов случаев (54%) исследуемые дети были женского пола, являлись доношенными (57,7%), с оценкой по шкале Апгар на первой минуте в среднем 5 баллов ± 1,9, на пятой минуте 7 баллов ±1,62. Большинство новорожденных родились с такими пороками, как агнезия мозолистого тела (27%) и Spina bifida (23%).

Выводы: Таким образом, можно сделать вывод что, врожденные пороки развития нервной системы являются полиэтиологическим заболеванием, и появление того или иного дефекта развития зависит от природы воздействующего тератогенного агента.

ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КОНСТАНТ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ (ОНМТ) И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА (ЭНМТ).

Баланюк М.А., Символокова Ю.Н.

Научный руководитель: Коротаева Н.В., к.м.н, ассистент кафедры госпитальной и поликлинической педиатрии

ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение: Соответствие морфологических и функциональных характеристик является одним из критериев, обеспечивающих жизнеспособность новорожденного, его адаптационные возможности в последующие возрастные периоды. Нарушения созревания плода ведет к увеличению показателей постнатальной заболеваемости. Поэтому оценка морфофункциональной зрелости новорожденных по настоящее время остается актуальной.

Цель: Сравнительная оценка морфофункциональной зрелости и физического развития детей, рожденных с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). 1. Оценка морфофункциональной незрелости и физического развития. 3. Сравнение шкал физического развития по Фентону и International Postnatal Growth standards for preterm infants. 4. Выявление взаимосвязи между морфофункциональной незрелостью новорожденных и их физическим развитием. 5. Оценка факторов риска рождения морфофункционально незрелых детей. 6. Измерение толщины кожной складки как предиктора гармоничности физического развития. 7. Оценка динамики физического развития и нервно-психической зрелости детей 2-3 лет.

Материалы и методы: С 2015 по 2016 года нами было обследовано 200 детей со сроком гестации 26 - 35 недель и весом от 650 г до 1,5 кг. Было проанализировано48 предикторов (детских и материнских). В 2018 году проведен катамнез 100 детей в возрасте от 2 до 3 лет. В рамках исследования использовались: шкала определения зрелости по Ballard, центильные кривые Fenton и шкала International Postnatal Growth standards for preterm infants, шкала КАТ-КЛАМС, программа WHO Anthro. Статистическая обработка проводилась программой Statistica 8.0

Результаты: Установлено, что почти все женщины (92%) имели отягощенный акушерско-гинекологический соматический анамнез. Было выявлено, что 43% детей соответствуют гестационному возрасту, 3% опережали морфофункциональное развитие, из них опережали на 1 неделю 33,5%, на 3 и 4 недели по 16,5%. В 51% случаев была выявлена морфофункциональная незрелость. У большинства детей (27,5%) отмечалось незначительное отставание – на 1-2 недели, у 17,5% детей – на 3-4 недели, отставание более 1,5 месяцев отмечалось у 5% детей. При оценке физического развития 42% детей соответствовали сроку гестации, 2,5% - были большими к сроку гестации. Дети с ассиметричным вариантом ЗВУР было 32%, с симметричным - 18%. Из 102 детей с морфофункциональной незрелостью всего 10 детей имели задержку внутриутробного развития. Выявлена корреляционная взаимосвязь степеней тяжести ЗВУР с неделями отставания морфофункционального развития. (r= +-). Морфофункциональная незрелость коррелировала с такими заболеваниями как анемия (r=0,47), ХФПН (r=0,66), ХВГП (r=0,74). Задержка физического развития коррелировала с такими заболеваниями как анемия (r= 0,51), ожирение (r= -0,79), врожденные пороки сердца (r= 0,54), хронический гломерулонефрит (r=0,69). При катамнезе детей показатели физического развития 72,3% недоношенных детей к 3-м годам укладывались в «средние коридоры». Половина детей (52%) к 2-м годам полностью соответствовали должному уровню нервно-психического развития и только 12% - имели глубокую задержку. При оценке кожной складки у 23% детей с нормальным физическим развитием было увеличено отложение абдоминального жира.

Выводы:

1. Все матери детей рожденных раньше срока имели отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнез.
2. У 51% детей была выявлена морфофункциональная незрелость.
3. В 84% случае физическому развитию соответствует сроку гестации.
4. Морфофункциональная незрелость встречалась с одинаковой частотой у детей с нормальным и дисгармоничным физическим развитием.
5. Показатели физического развития 72,3% детей к 3-м годам укладывались в «средние коридоры».
6. Отличий между морфофункционально незрелыми и зрелыми детьми при рождении к 3-м годам не выявлено.
7. У 23% детей 2-3 лет с нормальным физическим развитием было увеличено отложение абдоминального жира.

ДИНАМИЧЕСКИЙ ПРЕ- И ПОСТДУКТАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ

Шумакова О.В.

Научный руководитель: Бокерия Е.Л., д.м.н., профессор

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. Академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение: Юкстадуктальная коарктация аорты – врожденный порок сердца, манифестирующий в неонатальном периоде, который составляет около 10% критических ВПС. Высокий процент летальности от данного порока и сложность эхокардиографической диагностики, как пренатальной, так и постнатальной, определяет актуальность его ранней диагностики дополнительными методами исследования с целью предупреждения развития сердечно-сосудистой недостаточности, а также своевременного перевода пациентов в кардиохирургический стационар.

Цель: Оптимизация тактики наблюдения и маршрутизации новорожденных с предварительно снятым диагнозом коарктации аорты.

Материалы и методы: В отделе неонатологии и педиатрии ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова» МЗ РФ обследовано 29 новорожденных, у которых диагноз коарктации аорты после рождения предварительно был снят, либо позволял продолжить наблюдение в условиях перинатального центра, однако динамическое пре- и постдуктальное измерение систолического артериального давления минимум ежесуточно было продолжено. При нарастании градиентов систолического артериального давления производилось ЭХО-КГ с целью определения размеров перешейка аорты.

Результаты: Из группы исследуемых новорожденных у 24/29 (82,8%) детей диагноз коарктации аорты был окончательно снят (по данных эхокардиографии перед выпиской, минимум на 7 сутки жизни). При ежедневной оценке показателей мониторинга пре- и постдуктального систолического артериального давления значимых градиентов в динамике (10 мм рт. ст. и выше) у детей данной группы не было. У 4/29 (13,8%) детей в динамике отмечалось нарастание градиентов систолического артериального давления пре- и постдуктально до 10 мм рт. ст. и более (Me; (R)=25; (22-26)) мм рт. ст., что явилось показанием для повторного выполнения эхокардиографии. У всех детей (4/4) с нарастанием и сохранением высоких градиентов по систолическому артериальному давлению пре- и постдуктально был подтвержден диагноз коарктации аорты (у одного из них – взрослый тип коарктации аорты). У 2/4 детей данной группы функционировал артериальный проток достаточного диаметра (5-5,8 мм), однако с лево-правым сбросом, поэтому градиентов по сатурации при этом пре- и постдуктально не отмечалось. У 1/29 (3,4%) детей (с установленным диагнозом коарктации аорты и наличием подаортального ДМЖП, с сохраняющимся ОАП больших размеров с право-левым сбросом) градиента систолического артериального давления и сатурации пре- и постдуктально не было, при проведении эхокардиографии в динамике был верифицирован гемодинамический перерыв дуги аорты. Необходимо отметить, что у данного ребенка вес при рождении составил 1600 г. Учитывая стабильное состояние, адекватный уровень диуреза и необходимость большого объема оперативной коррекции, девочка находилась в нашем отделении в целях предоперационной подготовки и достижения максимально возможной массы тела. Все 5 детей с ВПС были переведены в кардиохирургический стационар для оперативной коррекции до 20 суток жизни.

Выводы: Новорожденным с пренатально заподозренной коарктациией аорты (в случае отсутствия подтвержденного ВПС путем ЭХО-КГ после рождения) необходимо наблюдение в стационаре не

менее 7 дней с обязательным ежесуточным измерением систолического артериального давления пре- и постдуктально. Появление или нарастание пре- и постдуктального градиента по систолическому артериальному давлению от 10 мм рт. ст. и более у детей с подозрением на коарктацию аорты требует повторного проведения ЭХО-КГ-исследования, в том числе в случаях, когда диагноз ранее был снят и, возможно, перевода в кардиохирургический стационар.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕГОЧНОГО ВАЗОДИЛАТАТОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ТЕЧЕНИЕМ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ.

Зелянина Е.А.

Научный руководитель: Бокерия Е.Л., д.м.н., профессор

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. Академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение: Бронхолегочная дисплазия (БЛД) – осложнение, развивающееся у глубоконедоношенных детей, частота которого выросла за последние 20 лет, поражая до 68% детей, рожденных ранее 29 недели гестации. Одно из осложнений БЛД - легочная гипертензия (ЛГ), при поздней диагностике которой значительно повышается уровень инвалидизации и смертности. В настоящее время отсутствует универсальный подход к лечению ЛГ, ассоциированной с БЛД.

Цель: Оценить эффективность применения силденафила у детей для лечения ЛГ с БЛД.

Материалы и методы: Ретро- и проспективное исследование детей, рожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), с течением БЛД. В исследование были включены 11 пациентов: 6 детей с БЛД тяжелой степени тяжести и 5 детей со средне-тяжелым течением БЛД, проходивших лечение с января 2017 по январь 2019 гг. в отделении патологии новорожденных №2 ФГБУ «НМИЦ АГиП им. В.И.Кулакова». Дети, ретроспективно вошедшие в исследование, не получали терапию Силденафилом (по 3 ребенка с БЛД средне-тяжелой и тяжелой степени тяжести); дети проспективно включенные в исследование получали терапию Силденафилом в дозировке от 0,3 мг/кг/сут до 2,0 мг/кг/сут. Выборка была однородна по полу, массе тела при рождении и по сроку гестации.

Результаты: Детям с БЛД, вошедшим ретроспективно в исследование, не проводился скрининг на наличие ЛГ методом УЗ-обследования, поэтому только у одного ребенка с БЛД тяжелой степени измерено давление в правом желудочке (ПЖ) при достижении им постконцептуального возраста (ПКВ) 41 недели и составило 32 мм.рт.ст. В этот момент ребенок не нуждался в дотации дополнительного кислорода. Детям с БЛД, требовавшим дотацию дополнительного кислорода, включенным в проспективную группу, проводился скрининг на наличие ЛГ при достижении пациентами с тяжелой формой БЛД ПКВ 41±4,2 недели, а детям со средне-тяжелой формой БЛД - 35±1,4 недели. У всех детей была диагностирована ЛГ различной степени выраженности: у детей с тяжелой формой БЛД давление в ПЖ составило 57±2,6 мм.рт.ст., а у детей со средне-тяжелой формой БЛД 51,5±6,4 мм.рт.ст. Среди детей, вошедших в проспективную группу, трем проводилось титрование дозировки Силденафила, у двух детей с БЛД тяжелой степени тяжести стартовая дозировка - 0,3 мг/кг/сут с постепенным увеличением у одного ребенка до 0,5 мг/кг/сут, у второго до 1,5 мг/кг/сут. У пациента со средне-тяжелым течением БЛД начальная дозировка – 0,5 мг/кг/сут с титрованием до 2 мг/кг/сут. У данных пациентов отмечалась более длительная зависимость от дотации дополнительного кислорода после начала терапии ЛГ - 26,7±14,5 дней. При назначении Силденафила в стартовой дозировке 1 мг/кг/сут длительность потребности в дополнительном кислороде составила 13±1,4 дней. Выраженных побочных эффектов, описанных в инструкции по применению Силденафила, выявлено не было. Проводился анализ общей длительности зависимости от дотации дополнительного кислорода в обеих группах. В ретроспективной группе сохранялась кислородозависимость у детей с тяжелой формой БЛД в течение 20,3±12,7 дней после завершения респираторной терапии, со средне-тяжелым течением БЛД - 14±5,2 дней. У детей с тяжелой формой БЛД проспективной группы - 43±21,3 дней, со средне-тяжелой - 24±8,5 дней. Различия в длительности кислородозависимости у детей данных групп, вероятно, связаны с исходно более тяжелым соматическим статусом.

Выводы: Применение Силденафила у детей с ЛГ, ассоциированной с течением БЛД, целесообразно начинать в дозировке 1 мг/кг/сут, что приводит к быстрому снижению потребности в дотации дополнительного кислорода, тем самым уменьшая повреждающее действие кислорода на органы-мишени, и не вызывает выраженных побочных эффектов. Учитывая недавнее внедрение скрининга на наличие ЛГ у детей с БЛД оценить эффективность терапии Силденафилом не представляется возможным на основании данных двух групп, так как в ретроспективной группе не проводилось определение давления в ПЖ, что требует дальнейшего изучения.

УРОВЕНЬ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И ВИТАМИНА D У ДЕТЕЙ, РОЖДЁННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Верисокина Н.Е.

Научный руководитель:

Климов Л.Я., к.м.н., доцент

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России

Введение: Ожирение индуцирует хронический воспалительный процесс, что можно увидеть на примере цитокинового статуса у новорождённых. Наличие у матерей ожирения неблагоприятно влияет на течение антенатального периода и снижает обеспеченность новорождённых витамином D.

Цель: Анализ уровня интерлейкина-1β (ИЛ-1β), интерейкина-6 (ИЛ-6) и витамина D в сыворотке крови новорождённых, рождённых от матерей с ожирением.

Материалы и методы: Проведено лабораторное обследование 78 новорождённых: 33 (42,3%) рождены от матерей с ожирением I степени, 14 (17,9%) - от женщин с ожирением II степени и 7 (9,0%) – от женщин с ожирением III степени. Контрольная группа (КГ) – 24 (30,8%) ребёнка.

Результаты: В группе детей, рожденных от матерей с ожирением I степени – 25 (75,8%) появились на свет доношенными, 8 (24,2%) – недоношенными; крупными появились на свет 6 (18,1%); от матерей с ожирением II степени, все дети – доношенные; крупные – 3 (21%); от матерей с ожирением III степени, 6 (85,7%) – доношенные, 1 (14,3%) – недоношенный; крупные – 4 (57,1%). Средний возраст женщин с ожирением существенно не отличался: I степень – 31,5±1,0 лет, II степень – 31,6±1,6 лет, III степень – 33,9±1,5 лет. Средний возраст матерей в КГ – 28,0±0,8 лет. Индекс массы тела (ИМТ) до беременности у женщин с ожирением I степени составил 31,1 [28,9–32,6] кг/м2, достоверно превышая показатель у матерей группы сравнения – 22,7 [20,6–23,7] кг/м2 ($p<0,001$), у женщин с ожирением II степени - 37,4 [36,5–38,2] кг/м2 ($p<0,001$), III степени - 42,8 [41,2–42,8] кг/м2 ($p<0,001$), в сравнении с КГ. Нарушения углеводного обмена в виде сахарного диабета (СД) 2 типа при ожирении I степени имела 1 (2,9%) женщина, у 9 (25,7%) женщин во время настоящей беременности был диагностирован гестационный сахарный диабет (ГСД). У женщин с ожирением II степени СД 2 типа и ГСД выявлены в 1 (7,1%) и 3 (21,4%) случаях соответственно, а при ожирении III степени ГСД диагностирован у 4 (57,1%) женщин. У детей, рождённых от матерей с ожирением I степени масса тела – 3050,0 [2290,0–3850,0] граммов, уровень ИЛ-1β составил 20,6 [11,2–32,0] пг/мл, что достоверно больше, чем в контрольной группе – 8,5 [3,3–46,0] пг/мл ($p<0,05$), уровень ИЛ-6 – 76,9 [40,5–86,9] пг/мл против 26,5 [11,2–79,2] пг/мл ($p<0,05$). Уровень кальцидиола был меньше в 2 раза, чем в контрольной группе – 5,0 [4,0–9,4] и 10,1 [7,4–16,6] нг/мл соответственно ($p<0,05$). У детей, рождённых от матерей с ожирением II степени масса тела - 3140,0 [2900,0–3700,0] граммов, уровень ИЛ-1β – 26,8 [8,8–82,1] пг/мл ($p<0,05$), ИЛ-6 – 133,0 [81,6–354,2] пг/мл ($p<0,01$), витамина D – 9,2 [6,3–14,6] нг/мл ($p>0,05$), в сравнении с контрольной группой. У детей, рождённых от матерей с ожирением III степени, масса тела достоверно больше, чем у детей от матерей без ожирения - 4125,0 [3800,0–4125,0] граммов против 3350,0 [3060,0 – 3785,0] граммов ($p<0,01$), уровень ИЛ-1β – 25,6 [15,6–25,6] пг/мл ($p>0,05$), ИЛ-6 – 67,6 [11,1–67,6] пг/мл ($p>0,05$), 25(OH)D – 9,0 [5,9–9,0] нг/мл ($p>0,05$), в сравнении с контрольной группой. При сравнении данных: новорождённые, рождённые от матерей с ожирением III степени имели большую массу тела, чем дети от матерей с ожирением I и II степени ($p<0,05$). Младенцы от матерей с ожирением III степени имели уровень ИЛ-6 больше в 1,7 раза ($p<0,05$), чем дети от матерей с ожирением I степени. У детей от матерей с ожирением, уровень кальцидиола составил 7,7 [4,0–14,5] нг/мл, что в 1,3 раза меньше, чем в КГ ($p>0,05$); содержание ИЛ-1β – 26,0 [11,8–43,6] пг/мл ($p<0,05$); уровень ИЛ-6 - 70,5 [39,6–190,6] пг/мл ($p<0,01$), в сравнении с КГ.

Выводы: Новорождённые, появившееся на свет от матерей с ожирением I и II степени имели уровень ИЛ-1 и ИЛ-6 достоверно выше, чем в контрольной группе. Дети, рождённые от матерей с различной степенью ожирения, имели более низкий уровень витамина D, но достоверных различий получено не было.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ НАЗНАЧЕНИЯ РЕКОМБИНАНТНОГО ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ЭРИТРОПОЭТИНА С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАННЕЙ АНЕМИИ НЕДОНОШЕННЫХ У ДЕТЕЙ С МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ МЕНЕЕ 1500 Г

Шарафутдинова Д.Р., Голубцова Ю.М.

Научный руководитель: Балашова Е.Н., Павлович С.В.

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

Введение: Ранняя анемия недоношенных (РАН) – это одна из актуальных проблем современной неонатологии. Одним из методов профилактики и лечения РАН является терапия рекомбинантным человеческим эритропоэтином.

Цель: Провести сравнительный анализ и о ценить эффективность различных схем назначения рекомбинантного человеческого эритропоэтина с целью профилактики и лечения ранней анемии недоношенных у детей с массой тела при рождении менее 1500г.

Материалы и методы: На базе ФГБУ НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова МЗ РФ было проведено проспективное исследование. В него были включены 71 недоношенных детей с массой тела при рождении менее 1500 г, сроком гестации от 26 до 35 недель, получавших с целью профилактики и терапии ранней анемии недоношенных рекомбинантный человеческий эритропоэтин по различным схемам. Все новорожденные дети были разделены на 5 групп в зависимости от схемы лечения и профилактики РАН методом блочной рандомизации: 1 группа – недоношенные новорожденные, которым с противоанемической целью назначались препараты рчЭПО с 3 с.ж. 200 МЕ/кг 3 раза в неделю п/к; 2 группа – недоношенные новорожденные, которым с противоанемической целью назначались препараты рчЭПО 3 с.ж. 400 МЕ/кг 3 раза в неделю п/к; 3 группа – недоношенные новорожденные, которым с противоанемической целью назначались препараты рчЭПО с 8 с.ж. 200 МЕ/кг 3 раза в неделю п/к; 4 группа – недоношенные новорожденные, которым с противоанемической целью назначались препараты рчЭПО с 8 с.ж. 400 МЕ/кг 3 раза в неделю п/к, 5 группа – контроля - недоношенные новорожденные, которым не проводилась терапия рчЭПО.

Результаты: Исследуемые группы достоверно не различались по массе и длине тела при рождении, оценке по Апгар на 1 и 5 минутах жизни, по гестационному возрасту. Все родоразрешения были произведены путем операции кесарева сечения. Между исследуемыми группами не выявлено достоверных отличий в общей длительности респираторной терапии и госпитализации. При сравнительном анализе потребности в проведении гемотрансфузии в зависимости от тактики терапии выявлено, что возраст проведения 1-ой гемотрансфузии, общее количество и общий объем гемотрансфузий эритроцитсодержащих компонентов крови во всех группах достоверно не различался. Частота ретинопатии недоношенных (РН) 3 ст. и более, внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК), перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ), бронхо-легочной дисплазии (БЛД) достоверно не отличалась в исследуемых группах. В группе детей, получавших рчЭПО по 2 схеме, частота некротизирующего энтероколита (НЭК) была ниже, чем в других группах. А наибольшая частота НЭК встречалась в группе контроля – детей, не получавших рчЭПО.

Выводы: Частота и объем гемотрансфузий у недоношенных новорожденных достоверно не снижаются в зависимости от старта терапии рчЭПО и не различается достоверно при разных схемах терапии; 2. полученные результаты демонстрируют отсутствие воздействия различных схем терапии рчЭПО на развитие РН≥3 ст., ВЖК, ПВЛ и БЛД и снижение частоты НЭК, однако необходимо проведение дальнейших исследований.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ БЕТА 2-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО

Масленникова И.Н., Бокерия Е.Л., Казанцева И.А., Дегтярев Д.Н.

Научный руководитель: Бокерия Е.Л., Дегтярев Д.Н.

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

Введение: Согласно данным в мире каждый 8 ребенок из 1000 родившихся имеет врожденный порок сердца. Среди всех врожденных пороков сердца на долю Тетрады Фалло приходится в среднем от 8 до 13%. В настоящее время препараты группы бета2-адреноблокаторов редко используются у новорожденных детей и исследований по применению бета2-адреноблокаторовв периоде новорожденности у детей с врожденными пороками сердца на данный момент мало.

Цель: Изучение клинического эффекта препарата группы бета2-адреноблокаторов (Атенолол) у новорожденных детей с врожденным пороком сердцаТетрадой Фалло, имеющих гипертрофией выводного отдела правого желудочка, проявляющуюся клинически приступами цианоза в неонатальном периоде

Материалы и методы: На базе отделения патологии новорожденных НМИЦ АГиП им. В.И. Кулакова Минздрава РФ группе новорожденных детей (n=5) с диагнозом Тетрада Фалло в терапию был добавлен препарат группы бета2-адреноблокаторов Атенолол в дозе 0,5-1 мг/кг/сут. У всех детей пренатально был установлен и верифицирован в первые с.ж. диагноз Тетрада Фалло. Показанием для назначения Атенолола у всех детей являлось наличие выраженной гипертрофии правого желудочка, сужение выводного отдела правого желудочка с нарастанием градиента давления с 42 до 75 мм.рт.ст. и клиническими проявлениями в виде эпизодов десатурации. Для оценки динамики состояния и эффективности проводимой терапии помимо ежедневного мониторинга витальных функций (артериальное давление, сатурация, частота сердечных сокращений, частота дыхания), использовались также данные эхокардиографии

Результаты: В 4 случаях из 5 на фоне приема Атенолола отмечалась положительная динамика в виде снижения степени гипертрофии выводного отдела правого желудочка что клинически отразилось в виде урежения/исчезновения эпизодов десатурации. Для достижения адекватного клинического эффекта в 2 случаях потребовалось увеличение дозы Атенолола до 1 мг/кг/сут., что связано с выраженным сужением ВОПЖ и значительным градиентом давления на легочном клапане. В одном случае проводился анализ концентрации маркера поражения миокарда NT-proBNP и на фоне приема Атенолола отмечалось снижение концентрации с 10135 пг/мл на 3 с.ж. до 3615 пг/мл к 13 с.ж., что также стало критерием положительной динамики состояния ребенка. Учитывая нарастание цианоза, отсутствие положительной динамики по данным ЭХОКГ, 1 ребенок для оперативной коррекции порока был переведен в НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева на 11 с.ж. Побочные эффекты от приема Атенолола за время наблюдения у детей не отмечались.

Выводы: Мировой опыт применения бета2-адреноблокаторов у новорожденных детей согласно анализу литературных данных носит преимущественно эмпирический характер. Полученные нами результаты показывают возможность и целесообразность использования бета2-адреноблокаторов у новорожденных детей с Тетрадой Фалло, имеющих выраженную гипертрофию выводного отдела правого желудочка с клиническими проявления в виде цианоза кожных покровов.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ФОЛАТАМИ ГЛУБОКОНЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Лазарева В.В.

Научный руководитель: Нароган М.В.

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

Введение: Фолаты (витамин В9) являются незаменимыми микронутриентами, крайне важными для роста и развития недоношенного ребенка. В клинической практике недоношенным детям часто назначают препараты синтетической фолиевой кислоты (ФК), которая хоть и относится к группе витамина В9, однако, имеет, другой путь метаболизма в отличие от природных фолатов. Избыток ФК в организме человека оказывает отрицательное воздействие на здоровье. В связи с этим, необходима оценка обеспеченности недоношенных детей, получающих оптимальное парентеральное и энтеральное питание, фолатами и решение вопроса о целесообразности дополнительного назначения ФК.

Цель: Провести сравнительную оценку обеспеченности фолатами в группах глубоко недоношенных детей, получающих и не получающих дополнительную дотацию ФК.

Материалы и методы: Обследовано 62 ребенка с гестационным возрастом 26-31 неделя, массой тела при рождении 490-1890г. Детям 1-й группы (31 ребенок), назначалась ФК с 14 дня жизни (100 мкг/сут - детям с массой < 1500 г; 250 мкг/сут – детям с массой >1500 г). Во 2-ю группу включен 31 ребенок без дотации ФК. Все дети получали парентеральное и энтеральное питание в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Уровень фолатов определялся в сыворотке и эритроцитах крови (медиана [мин-мах]) на первой неделе жизни и в 1,5 месяца иммуноферментным методом.

Результаты: При первом обследовании получены высокие показатели фолатов, превышающие референсные значения, без достоверных отличий между группами: в сыворотке 24,90 [9,21-67,40] и 25,2 [9,20-65,70] нг/мл ($p>0,05$), в эритроцитах 1219 [267,10-3278] и 1504 [492-4910] ($p>0,05$), соответственно. При втором обследовании также получены высокие показатели фолатов, которые были как в сыворотке, так и в эритроцитах в 1,3 раза выше в 1-й группе: в сыворотке 43,20 [16,50-135,00] против 33,70 [15,0-71,30] нг/мл ($p>0,05$), в эритроцитах 1553 [309-2733] против 1219 [348-3205], $p>0,05$.

Выводы: Для глубоконедоношенных детей характерны высокие показатели фолатов в сыворотке и эритроцитах крови при рождении. Оптимальное питание эффективно поддерживает уровень фолатов у глубоконедоношенных детей на протяжении 1,5 месяцев. В современных условиях адекватного вскармливания, дополнительное назначение ФК, может приводить к ее избыточной концентрации в организме глубоконедоношенного ребенка.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Гузнина М.А., Борисовец И.И.

Научный руководитель: Ибатулин А.Г., доцент

ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Врожденные пневмонии являются одной из основных причин высокой заболеваемости и смертности новорожденных детей. Заболеваемость пневмонией среди доношенных новорожденных составляет около 1%, недоношенных – около 10%. Летальность при врожденной пневмонии составляет 5–10%. Ключевое место в решении этой проблемы отводится рациональной антибактериальной терапии.

Цель: Проанализировать эффективность проводимой антибактериальной терапии при врожденной пневмонии у новорожденных детей и соответствие ее Федеральным клиническим рекомендациям.

Материалы и методы: Обследовано 50 новорожденных детей города Смоленска. с диагнозом врожденная пневмония. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации. Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistic.7,0 (Для подсчета уровня значимости бинарных показателей использовался метод x^2 Пирсона с поправкой Yates, критерий Фишера. За критический уровень значимости принимали $p<0,05$).

Результаты: Все новорожденные дети были разделены на 2 группы: 1 группа - доношенные дети (n=22), 2 группа – недоношенные (n=28). Масса детей из 1й группы составила от 2300 до 3900 граммов (3125±532), из 2й группы - от 1500 до 2200 граммов (1872±244). Гестационный возраст у 28 недоношенных был от 32 до 37 недель (34.2 ±2.4). У всех матерей имел место отягощенный соматический и акушерско-гинекологический анамнез. Достоверно значимым фактором риска врожденной пневмонии явилась хроническая внутриутробная гипоксия плода (Fisher=0.001, $p<0,01$). 64% всех факторов ХВГП составили анемия, хроническая фетоплацентарная недостаточность ($p<0,034$). Состояние новорожденных детей из обеих групп при поступлении из родильных домов расценивалось средней и тяжёлой степени тяжести за счет дыхательных расстройств, интоксикации и общемозговой неврологической симптоматикой. Диагноз был подтвержден рентгенологически. При бактериологическом обследовании из носа среди выделенных микроорганизмов у 10% новорожденных превалировали Staphylococcus aureus, Enterobacter, а у 2-х детей была выделена Klebsiella pneumonia. Всем наблюдаемым пациентам для лечения врожденной пневмонии были назначены антибиотикотерапия по эмпирической схеме. У 50% детей стартовая терапия включала комбинацию защищенных пенициллинов и аминогликозидов: Ампициллин/сульбактам (20-40 мг/кг 2 раза в сутки в/м на 7-8дней) + амикацин/гентамицин (6 мг/кг в/м 1 раз в сутки, курсом 5-7 дней). У оставшейся половины комбинация включала аминогликозиды + макролиды: амикацин (6 мг/кг в/м 1 раз в сутки, курсом 5-7 дней) + азитромицин (10 мг/кг 1 раз в день peros на 5 дней). Как альтернативное лечение применялась схема: цефалоспорины 3 поколения + аминогликозиды: цефтазидим/цефтриаксон (разовая доза 30 мг/кг в/м 2 раза в день, курсом 7-10 дней) + амикацин (разовая доза 6 мг/кг в/м 1 раз в сутки, курсом 5-7 дней). Критериями прекращения антибактериальной терапии при лечении врожденной пневмонии у наблюдаемых нами детей было улучшение общего состояние новорожденных, исчезновение дыхательных расстройств, купирование воспалительных изменений в общем анализе крови. Длительность госпитализации новорожденных детей составляла от 21 до 45 суток (в среднем 33). Исход заболевания у всех детей был благоприятным.

Выводы: Установлена эффективность проводимой антибактериальная терапия у новорожденных доношенных и недоношенных детей при врожденной пневмонии. При лечении врожденной пневмонии у большинства новорожденных детей антибактериальная терапия назначалась по эмпирической схеме, так как этиологически значимая микрофлора не была установлена. Использованные схемы антибактериальной терапии только в 50% случаев соответствовали Федеральным клиническим рекомендациям при лечении врожденной пневмонии у новорожденных детей. Осложнений и нежелательных эффектов проводимой антибактериальной терапии у новорожденных детей не установлено.

МИКРОБИОТА КИШЕЧНИКА НОВОРОЖДЕННЫХ.

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

Научный руководитель: Зубков В.В.

ФГБУ Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. Академика В.И. Кулакова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение: В современных условиях характер микробной колонизации кишечника, в частности у новорожденных,претерпел существенные изменения в связи с увеличением контингента женщин с перинатальными факторами риска,осложненным течением беременности,возрастанием стрессовых воздействий,неполноценностью питания,а также с экологическим неблагополучием и бесконтрольным применением антибиотиков. Кроме того, до недавнего времени считавшаяся аксиомой концепция о том, что плод стерилен in utero, в последнее время была пересмотрена учеными в силу появившихся доказательств обратного. Изучение становления и возрастной динамики микробиоты с использованием современных технологий метагеномного анализа у новорожденных в норме и недоношенных новорожденных позволит проследить отставание и отклонения в развитии микробиоты у недоношенных детей, предоставляет возможность разработать новые методы направленной профилактики и коррекции ближайших и отдаленных последствий перинатальной патологии у новорожденных

Цель: определение состава и становления микробиоты кишечника у здоровых доношенных новорожденных детей

Материалы и методы: для изучения нормоценоза кишечника здорового доношенного новорожденного ребенка, получения новых сведений о ранее некультивируемых микроорганизмах, симбиотических и пробиотических свойствах бактерий-комменсалов кишечника в 2018 г. в ФГБУ «НМИЦ АГП им. академика В.И. Кулакова» был проведен проспективный анализ микробиоты кишечника у новорожденнных. В исследование были включены здоровые доношенные дети с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов, родившиеся различными способами (через естественные родовые пути и посредством операции кесарева сечения). Критериями исключения являлись: отягощенный соматический и инфекционный анамнез матери, ухудшение состояния ребенка в течение первого месяца жизни. Были произведены сбор и характеристика образцов микробиоты кишечника в трех временных точка – первые 24 часа жизни, 1 неделя и 1 месяц жизни. В зависимости от способа родоразрешения все дети (66 детей) были разделены на 2 группы: Группа 1 – 33 ребенка, родившиеся через естественные родовые пути; Группа 2 – 33 ребенка, родившиеся путем операции кесарева сечения. Проведен анализ становления микробиоты кишечника детей в зависимости от способа родоразрешения и вида вскармливания.

Результаты: установлено, что кишечная микробиота новорожденных разнообразна по видовому составу и представлена поликомпонентными ассоциациями микроорганизмов. Выделены микроорганизмы 134 видов. В первые сутки жизни меконий оказался стерильным лишь в 20% случаев. У остальных детей выделена разнообразная микрофлора (63 вида) и уже с первых суток жизни кишечник большинства детей колонизирован лактобациллами, бифидобактериями и разнообразной условно патогенной микрофлорой. На 7-е и 30-е сутки жизни видовой состав микробиоты значительно расширялся в основном за счет энтеробактерий, лакто- и бифидобактерий, облигатных анаэробов. Наметились определенные отличия колонизации кишечника новорожденных в зависимости от способа родоразрешения: при естественном родоразрешении видовой состав лактобацилл был более разнообразным(почти вдвое большее количество видов),чаще выявлены бифидобактерии и виды,колонизирующие влагалище здоровых женщин. Бактероиды преимущественно выделены у

детей,рожденных естественным путем, а клостридии при большем видовом разнообразии,напротив, у детей,рожденных оперативным путем. Условно-патогенные факулфакультативные анаэробы: энтеробактерии(кроме E.coli) и S.aureus чаще колонизировали детей, рожденных путем кесарева сечения; лактозотрицательные штаммы E.coli выделяли чаще у детей, рожденных оперативным путем. Полученные данные позволяют предположить,что рождение ребенка оперативным путем в определенной степени сдерживает процесс нормального становления микробиоты кишечника

Выводы:

1) установлено,что микробиота кишечника у детей,рожденных путем операции кесарево сечение,отличается меньшим количественным и видовым составом

2) получены данные, что в первые часы жизни меконий был стерилен лишь у 20% новорожденных.

КОМПЛЕКСНАЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Захаров И.А., Вагнер Е.И., Бекмухамбетова Г.И., Кузнецова А.В.

Научный руководитель: Панина О.С. к.м.н., доцент кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии

ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России

Введение: Болезни перинатального периода занимают одно из ведущих мест в структуре неонатальной смертности, инвалидизации детей, поэтому на сегодняшний день проблема выхаживания и реабилитации недоношенных новорожденных детей очень актуальна.

Цель: Оценка эффективности методов комплексной немедикаментозной реабилитации новорожденных.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ГУЗ «Перинатальный центр» г. Саратова, в отделении второго этапа выхаживания в 2018 году. В исследование вошли 138 детей с постконцептуальным возрастом не менее 35 недель. Ретроспективно проведена оценка медицинской документации 125 детей, равноценных по клинико-лабораторным показателям, которые составили группу контроля. Критерием невключения в исследование являлись: необходимость в проведении интенсивной терапии тяжелого состояния, в том числе проведение инвазивной и неинвазивной дыхательной терапии; острый период заболевания. Анализ критериев включения/невключения проводился при анализе медицинской документации: истории родов и развития новорожденных. В исследовании была использована методика музыкотерапии и сухой иммерсии, предложенная профессором Г.В. Яцык, в сочетании с оролингвальным массажем. Продолжительность музыкальной терапии для детей в возрасте 3 - 8 суток– 5 минут, 8-10 суток – 10 минут, старше 10 суток – 15 минут, ежедневно 2 раза в день, курс лечения составлял 10-15 дней. Методика сухой иммерсии: детская ванна наполнялась водой (t36-37℃) на 4/5 объема, стелилась медицинская пленка, на которую помещался раздетый новорожденный. Длительность процедуры составляла от 10 до 40 минут. Курс 4-7 сеансов, 1 раз в день. Возраст начала курса терапии при синдромах угнетения и мышечного гипертонуса, при стабильном состоянии – с рождения. При синдроме повышенной возбудимости: с 10 суток жизни, детям с кефалогематомой на 14-е сутки жизни. Оролингвальный массаж проводился ежедневно 3 раза в день за 30 минут до кормления, в первые дни – 2-3 минуты, в последующие – до 10 минут. Курс составлял 10 – 15 дней.

Результаты: В ходе исследования было отмечено, что все дети, получавшие комплексную немедикаментозную реабилитацию в дополнение к основной терапии, провели в отделении в среднем 16 ± 2 дня, а дети из группы контроля 28 ± 2 дня. Также отмечалась нормализация цикла «сон – бодрствование» и увеличение порога болевой чувствительности во время проведения медицинских манипуляций (забор крови на исследование). Клиническая эффективность метода заключалась в повышении двигательной активности, увеличении объема спонтанных движений, активацией врожденных рефлексов, особенно орального автоматизма. Динамический осмотр невролога выявил улучшение врожденных рефлексов новорожденных, особенно орального автоматизма. Рефлекс ползания, опоры и автоматической походки, рефлекс Робинсона, защитный, сосательный и поисковый рефлекс улучшились у 100% детей, входивших в исследование, хоботковый и рефлекс Бауэра у 71%, Галанта у 66%, Моро у 41 %. Отмечалось улучшение мышечного тонуса у 100 % новорожденных. В то время как у группы контроля были выявлены следующие результаты: мышечный тонус улучшился за время пребывания в стационаре у 50 % детей, рефлекс ползания у 70 %, защитный рефлекс, рефлекс опоры и автоматической походки у 60 % новорожденных, рефлекс Робинсона у 50%, сосательный

рефлекс у 40% детей, рефлекс Бауэра и хоботковый рефлекс у 30 %, поисковый рефлекс улучшился у 20%, Моро у 10%.

Выводы: Проведение комплексной немедикаментозной реабилитации характеризуется щадящей, мягкой стимуляцией дыхательных движений, сосания, спонтанной двигательной активности, восстановления адекватной безусловно-рефлекторной и условно-рефлекторной деятельности. К выполнению данных методик необходимо привлекать матерей пациентов, для продолжения терапии в домашних условиях.

РОЛЬ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА И ПАРАМЕТРОВ РЕТИКУЛОЦИТОВ В ПРОЦЕССАХ ФЕРРОКИНЕТИКИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ В ДИНАМИКЕ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Иваненкова Ю.А.

Научный руководитель: Харламова Н.В., д.м.н. ведущий научный сотрудник отдела неонатологии и клинической неврологии детского возраста, Кузьменко Г.Н., д.м.н. ведущий научный сотрудник лаборатории клинической биохимии и генетики

ФГБУ' НИИ МиД им. Городкова В.Н.

Введение: Ранняя анемия недоношенных одно из наиболее частых заболеваний, встречающихся у новорожденных, родившихся преждевременно. Изучение процессов феррокинетики очень важно для прогнозирования и лечения данного заболевания. Преимущество ретикулоцитов заключается в том, что они обеспечивают прямую меру гемоглобинизации в реальном времени. Исследование популяции незрелых ретикулоцитов помогает значительно раньше оценить состояние эритропоэтической активности костного мозга. Известно, что церулоплазмин участвует в обмене железа путем мобилизации его из железозапасающих органов, таких как печень и селезенка. Ионы железа встраиваются в апотрансферрин в трехвалентном состоянии. Этому процессу и способствует церулоплазмин, который функционирует как феррооксидаза, окисляя двухвалентное железо до трехвалентного, необходимого для синтеза гемоглобина.

Цель: Изучить содержание церулоплазмина и параметры ретикулоцитов у недоношенных детей в динамике неонатального периода и выявить их значение в процессе феррокинетики.

Материалы и методы: Обследованы 117 недоношенных новорожденных ребенка (гестационного возраста 24-33 недели включительно) массой тела при рождении менее 1500 гр. Выполнялся развернутый анализ эритроцитарных показателей венозной крови с определением популяции ретикулоцитов и содержания гемоглобина в ретикулоцитах (CHR), на 3-5 сутки жизни и в возрасте 1 месяца на гематологическом анализаторе ADVIA 2120I. Биохимический анализ крови с исследованием содержания церулоплазмина на 3-5 сутки жизни и в месяц на приборе Access 2 (Beckman Coulter). Статистический анализ данных выполняли с помощью методов непараметрической статистики, данные представлены в формате Me [25%;75%].

Результаты: Содержание церулоплазмина на 3-5 сутки жизни было 111,4 [84,5;1391] mg/l. Отмеченно достоверное повышение к месяцу 157,7 [115,5;184] mg/l (p=0,001), что говорит о большей ферроксидазной активности к концу неонатального периода. Выявлена достоверная отрицательная корреляционная связь между содержанием церулоплазмина в раннем неонатальном периоде и абсолютным и относительным количеством ретикулоцитов на 3-5 сутки жизни. Высокие значения абсолютных и относительных показателей содержания ретикулоцитов в раннем неонатальном периоде снижались к месяцу в 2 раза (p=0,000). Также показатели значения абсолютных показателей незрелых популяций ретикулоцитов к месячному возрасту достоверно снижались, относительные показатели созревания различных популяций ретикулоцитов существенно не изменялись. Показатели индекса зрелости ретикулоцитов (IRF m+H), высокие при рождении к месяцу достоверно не изменялись, что доказывает сохранение эритропоэтической активности костного мозга, напряженности эритропоэза. У детей CHr был достоверно выше при рождении, что объясняется интенсивным эритропоэзом при усиленном потреблении железа, к 1 месяцу показатели снижались. Выявлена достоверная отрицательная корреляционная связь между содержанием церулоплазмина в месяц и содержанием гемоглобина в ретикулоцитах, что говорит о возможном функциональном дефиците железа у детей к этому возрасту.

Выводы: Установлены особенности становления эритроцитарной системы у глубоконедоношенных детей к возрасту 1 месяца жизни, характеризующиеся напряженностью эритропоэза (высокий уровень незрелых форм ретикулоцитов), снижение количества ретикулоцитов и их гемоглобинизации, повышение ферроксидазной активности церулоплазмина, что при возможном функциональном дефиците железа способствует формированию ранней анемии недоношенных.

ПУПОЧНАЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ. ВАЖНОСТЬ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ.

Сытова Е.А.

Научный руководитель: Панина О.С., к.м.н, доцент кафедры госпитальной педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского Минздрава России

Введение: Постановка пупочного катетера новорождённым представляет собой неотъемлемую часть профессиональной деятельности врача – неонатолога. Она может быть использована с целью проведения инфузионной терапии, взятия венозной крови на анализ, осуществления заменного переливания крови. Данный вид катетеризации имеет существенное преимущество, заключающееся в осуществлении простого доступа к центральному кровотоку ребёнка. Однако нередко выявляется ряд трудностей, связанных как с постановкой катетера, так и с его эксплуатацией в дальнейшем. При систематическом выявлении и анализе вероятных осложнений, связанных с данной манипуляцией, представляется возможным предупреждение и уменьшение количества последних.

Цель: Выявление ранних и отсроченных осложнений, связанных с постановкой пупочного катетера новорождённым.

Материалы и методы: В ходе исследования был произведен анализ 185 историй развития новорождённых, проходивших лечение в отделении реанимации и второго этапа выхаживания. Критерием включения в исследование являлась установка пупочного венозного катетера в период с марта 2015 года по октябрь 2018 года, наличие ультразвукового исследования печени.
Пациент X., мальчик, масса при рождении 4360г, рост 55см.После рождения установлен пупочный катетер. Через день после установки, при проведении УЗИ органов брюшной полости, обнаружены изменения со стороны печени: структура неоднородная, размеры увеличены, сосудистый рисунок усилен, «газ» в системе портальной вены. На четвёртые сутки после рождения, катетер удалён. На восьмые сутки, при проведении контрольного УЗИ, обнаружили однородную структур, сохранявшееся увеличение размеров печени, сосудистый рисунок не изменён. Из анамнеза: беременность протекала на фоне ОАГА: Артериальная гипертензия 2, риск 3. Ожирение 3 степени. ХАИТ, субклинический гипотиреоз. ХВГП. Анемия лёгкой степени.Пациент Y., мальчик, 3 года 1 месяц.При амбулаторном проведении УЗИ брюшной полости (на базе ОДКБ г.Саратова) у пациента обнаружили диффузные изменения печени, увеличение размеров, УЗ - признаки синдрома портальной гипертензии.С целью уточнения диагноза проведено дуплексное сканирование сосудов печени. Установлено: извитой ход воротной вены, перипортальный фиброз. Печёночные вены расширены. Кровоток со сниженной пульсацией. Данные признаки подтверждают наличие синдрома портальной гипертензии у пациента Y.
Из анамнеза: беременность протекала на фоне многоводия, анемии, гестоза. Роды преждевременные, на сроке 34 недели гестации путём кесарева сечения. Масса тела ребёнка при рождении 2760г, рост 47см. Оценка по шкале Апгар 5-7 баллов. После рождения, ребёнку установлен пупочный катетер с целью проведения инфузионной терапии на срок 8 суток.

Результаты: Несмотря на то, что беременность пациентом X протекала на фоне отягощённого акушерско – гинекологического анамнеза матери, нельзя не предположить, что изменения со стороны его печени обусловлены увеличением сроков стояния катетера и представляют собой пример ранних осложнений данной манипуляции
Исходя из анамнестических данных пациента Y, можно судить об отсутствии потенциальных факторов риска развития синдрома портальной гипертензии в столь юном возрасте. Следовательно, изменения со стороны его печени: наличие синдрома портальной гипертензии и диффузных изменений структуры -

вариант отсроченных осложнений после длительного стояния (8 суток) пупочного катетера в неонатальном периоде.

Выводы: Правильность техники постановки пупочного катетера и длительность его стояния напрямую определяют состояние организма ребёнка не только в неонатальном периоде, но и в более позднем периоде его жизни.
Это важно учитывать для того, чтобы такая, казалось бы, простая манипуляция для врача - неонатолога, не обернулась рядом непростых осложнений для ребёнка.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ.

Толстик М.Е.

Научный руководитель: Нураденова Г. З., к.м.н., ассистент

ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: НЭК- одно из распространенных заболеваний, которое встречается с частотой 1-5 случаев на 1000 живорожденных детей. Данное заболевание входит в число основных заболеваний, формирующих инвалидизирующие осложнения. Чаще всего (80-90%) этому заболеванию подвергаются дети, родившиеся в промежутке с 22-37 недели беременности с очень низкой массой тела (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Летальность составляет 20-30%, а хирургические стадии-50%. В связи с вышеизложенным перед медицинским персоналом возникает проблема, связанная с питанием больных. В практике неонатологов существует тенденция к наиболее раннему началу энтерального питания, что способствует профилактике данного заболевания. Однако роль скорости увеличения объёма энтеральной нагрузки до настоящего времени полностью не установлена и занимает важное место в ряде способов профилактики для предотвращения НЭК. Одними из современных стратегий профилактики НЭК является вскармливание грудным молоком и раннее начало трофического питания.

Цель: Определить эффективность скорости энтерального питания на течение НЭК.

Материалы и методы: Исследование данного заболевание проводилось в отделениях Областной детской клинической больницы им. Н. Н. Силищевой г. Астрахани. Нами был проведён ретроспективный анализ 61 историй болезни детей в возрасте от 1 дня до 1 месяца жизни, поступивших за период 2017-2018 года с патологией желудочно-кишечного тракта. У 40 детей установлен диагноз некротического энтероколита с учетом клинико-анамнестических данных (вздутие живота, вяла перистальтика или ее отсутствие, появление или увеличение отделяемого по желудочному зонду/срыгивания, задержка стула и изменение его характера, в крайних стадиях полиорганная недостаточность, ДВС-синдром). Также проводились дополнительно лабораторные исследования при которых могут выявится признаки инфекционно-воспалительного процесса (воспалительные изменения в клиническом анализе крови, гипергликемия, нарастание уровня лактата периферической крови, тенденция к метаболическому ацидозу, нарастание СРБ в динамике, наличие скрытой крови и др.) и рентгенологическая диагностика (неравномерная пневматизация петель кишечника, «выпрямление отдельных петель», парез кишечника с отеком стенки, пневматоз, газ по ходу ветвей воротной вены), УЗИ диагностика (замедление или отсутствие перистальтики, утолщение кишечной стенки, появление межпетлевой жидкости при ранних стадиях, а также отек и ригидность стенки, пневматоз, асцит, газ в системе воротной вены печени при поздних стадиях). На основании классификации по Bell (1978), данная группа детей была разделена на 3 подгруппы по степени тяжести заболевания.

Результаты: Из числа детей, которые входили в группу исследования 16 человек (26%) поступили в отделение реанимации с диагнозом НЭК от 1б стадии, 20 человек (33%) с диагнозом НЭК 1 стадии и 25детей (41%) с патологией желудочно-кишечного тракта, имеющие риск развития НЭК. Дети с ОНМТ и ЭНМТ после рождения были переведены на парентеральное питание. Часть детей (20 человек), при переводе на энтеральное питание получала быстрое увеличение объема питания (более 25 мл/кг/сут), остальным же больным (20 человек) медленно увеличивали объем энтеральной нагрузки (менее 25 мл/кгсут). В процессе исследования было установленно, что при быстром увеличении объема частота возникновения НЭК составляла 5%, а при медленном 7%. При отсутствии противопоказаний энтерального питания лучше начинать с первых дней жизни ребенка, где рекомендуемый диапазон

увеличения объема зависит от массы тела. И как показало наше исследование, лучше придерживаться более быстрого увеличения объема питания.

Выводы: Раннее начало трофического питания и быстрое увеличение объема энтеральной нагрузки значительно снизит риск возникновения НЭК и будет способствовать нормализации перистальтики новорожденного, а также нормальной колонизации кишечника. Наличие грудного молока, например, открытие банка грудного молока, будет способствовать адекватному развитию микрофлоры ЖКТ и препятствовать развитию НЭК.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Артамкина Е.И., Дегтярев Д.Н., Киртбая А.Р., Быченко В.Г., Амирханова Д.Ю., Ушакова Л.В.

Научный руководитель: Дегтярев Д.Н., д.м.н., профессор

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Введение: Перинатальные инфекции, наряду с острой и хронической гипоксией, являются одним из ведущих факторов неблагоприятных неврологических исходов у недоношенных детей, требующих проведение интенсивной терапии в условиях отделения реанимации. Не специфичность клинических и лабораторных проявлений инфекционных заболеваний в периоде новорожденности обусловливает трудности своевременной диагностики, и ограничивает эффективность целенаправленной терапии, что повышает риск перинатальных осложнений. Для исключения перинатальных поражений ЦНС широкое применение у недоношенных детей получило ультразвуковое сканирование головного мозга (нейросонография, НСГ). Данные НСГ исследования на различных этапах патологического процесса дают возможность оценить эффективность проводимой терапии и определить тактику дальнейшего лечения. Вместе с тем, наиболее точным методом диагностики структурных изменений головного мозга является магнитно-резонансная томография (МРТ), позволяет определить интенсивность регионарного метаболизма в различных структурах головного мозга и интенсивность мозгового кровотока. Это имеет важное значение не только для диагностики стадии поражения головного мозга, но и для неврологического прогноза.

Цель: Ретроспективная оценка влияния инфекционного процесса на характер и тяжесть перинатального поражения головного мозга детей гестационного возраста 24-36 недель.

Материалы и методы: На базе отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН), отделения патологии новорожденных и недоношенных детей отдела неонатологии и педиатрии выполнено ретроспективное сравнительное исследование информативности методов нейровизуализации у недоношенных детей с перинатальными инфекциями бактериальной этиологии. В исследование включено 53 ребенка, родившихся в период с января 2014 по декабрь 2016 гг. у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, которым после рождения потребовалось проведение реанимации и интенсивной терапии. Исключены дети с врожденными пороками сердца и множественными аномалиями развития. НСГ исследование проводилось по следующей схеме: в первые 48 часов и на 2 неделе жизни - всем детям, последующие исследования - по показаниям. Сроки проведения МРТ исследования определялись детским неврологом с учетом диссоциации между неврологическими проявлениями и данными НСГ, а также динамики неврологического статуса. Проводился анализ акушерского анамнеза матерей, клинического состояния новорожденных, результатов НСГ и МРТ исследования головного мозга, а также ранних неврологических исходов проводилось.

Результаты: Выявлено, что у 45 женщин (43%) течение беременности было осложнено факторами способствующими развитию перинатальной инфекции. По поводу угрозы невынашивания беременности 24 детям (48%) проведена профилактика респираторного дистресс синдрома. В большинстве случаев(96%) методом родоразрешением была операция кесарева сечения. Все новорожденные потребовали проведения в родильном зале неотложной медицинской помощи, направленной на стабилизацию жизненно важных функций организма. После стабилизации дети переводились в ОРИТ новорожденных, где всем пациентам была продолжена комплексная интенсивная терапия. У 45 (85%) детей в периоде новорожденности были выявлены клинико-лабораторные признаки врожденной пневмонии и/или сепсиса. У 8 недоношенных детей признаки

инфекционного процесса отсутствовали. По данным НСГ в динамике и МРТ головного мозга частота выявления внутрижелудочкового кровоизлияния (ВЖК), тромбозов синусов и развития перивентрикулярной лейкомаляции (ПВЛ) у недоношенных детей (на 55%, 68%, 16% соответственно). У недоношенных детей с наличием тяжелого инфекционного процесса была выше частота ВЖК ОШ =2,1 95% ДИ [1,2;6,4], тромбоза синусов головного мозга ОШ =2,8 95% ДИ [1,3;9,6], ПВЛ ОШ =1,8 95% ДИ [1,1;8,4].

Выводы: В комбинации морфофункциональной незрелости и инфекционного заболевания (врожденная пневмония, врожденный сепсис) существенно повышает риск развития ВЖК, тромбозов синусов головного мозга, ПВЛ.

ВЛИЯНИЕ СРОКОВ ВВЕДЕНИЯ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ПАУЗЫ (ЭП) НА ДИНАМИКУ РАЗВИТИЯ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ЭНТЕРОКОЛИТА (НЭК) У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Бобкова П.А., Гусева С.А.

Научный руководитель: Аминова А.И., Гумбатова З.Ф.

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

Введение: Некротизирующий энтероколит (НЭК) – тяжелое заболевание периода новорожденности, которое представляет собой воспаление кишечной стенки с последующим ее некрозом. Факторами риска НЭК, наряду с недоношенностью и гипоксией, является ранний переход к энтеральному питанию. Одним из основным принципов лечения НЭК, наряду с антибактериальной терапией, является обязательное введение энтеральной паузы (ЭП) и перевод пациента на парентеральное питание.

Цель: Изучить влияние сроков введения и длительности энтеральной паузы (ЭП) на динамику развития некротизирующего энтероколита (НЭК) у недоношенных новорожденных.

Материалы и методы: Проведен анализ 69 историй болезней пациентов с диагнозом некротизирующий энтероколит различной степени тяжести. Из них: у 55 – НЭК 1 стадии (79,7%), 11 – НЭК 2 стадии (15,9%), 3 – НЭК 3 стадии (4,3%). Проведен статистический анализ данной выборки по следующим факторам: тяжесть нэк, наличие и продолжительность энтеральной паузы.

Результаты: У детей с НЭК легкого течения (1 стадии) средняя длительность энтеральной паузы составила – 5,21+0,47 суток, с НЭК тяжелого течения (2 и 3 стадии) – 8,30+0,31 суток., p<0,05. Длительность энтеральной паузы сгруппирована в четыре группы: 0) нулевая (энтеральная пауза не вводилась), 1) короткая (до 5 суток), 2) средняя (6-10 суток) и 3) длительная (11-15 суток). При легком течении НЭК в 9,1% случаев ЭП не вводилась, в 40% - была короткой, в 7,2% - средней и в 3,6% - длительной. Еще в 40% ЭП назначалась несколько раз с перерывами в 1 день. В случае тяжелого течения НЭК в 28,6% ЭП не вводилась, в 28,6% ЭП была короткой, 7,1% - средней, 7,1% - длительной. Достоверность, различий составила p=0,03, p=0,04, p=0,89, p=0,05, соответственно. В 28,6% ЭП назначалась несколько раз с перерывами до 6 дней.

Выводы: Таким образом, с одной стороны длительность и сроки введения ЭП зависят от степени тяжесть НЭК, так как перевод ребенка на парентеральное питание производится при ухудшении состояния ребенка. В тоже время, низкий процент детей, которые получали ЭП длительно, указывали на то, что энтеральное питание, возможно, являлось причиной более тяжелого течения НЭК. Возможно, более мягкие режимы введения энтерального питания, частые повторные перерывы в питании на 1 день, препятствовали утяжелению основного заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНОГО И РАННЕГО ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ

Верисова М.А.

Научный руководитель: Бец О.Г., ассистент

ФГБОУ ВО Курский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение: Открытый артериальный проток (ОАП) это один из наиболее часто встречающихся пороков сердца – 10-24 % от всех врожденных пороков сердца. У недоношенных новорожденных частота данной патологии составляет от 15% до 80%. Причиной неблагоприятного воздействия на ткань легкого является перегрузка малого круга кровообращения, которая происходит в результате возврата большой части крови к легким, не затрагивая большой круг кровообращения. Этот патологический процесс приводит к интерстициальному отеку. В случае, если артериальный проток открыт, могут происходить выраженные нарушения работы легких и прогрессирующее снижение газообмена

Цель: Анализ частоты встречаемости открытого артериального протока у недоношенных новорожденных и факторов риска его развития.

Материалы и методы: Был проведен анализ 92 историй болезни новорожденных, находившихся на обследовании и лечении в отделении патологии новорожденных в Областном перинатальном центре города Курска. в период 2015-2017 гг. Среди них: недоношенных новорожденных было 57 (61,9%), доношенных 35 (38,1%). Количество мальчиков, среди недоношенных новорожденных, составило 21 (36,9%), девочек 36 (63,1%).

Результаты: По итогам проведенного исследования было выявлено, что частота встречаемости ОАП у недоношенных новорожденных в период с 2015-1018 составила 5,1%. Данной патологии больше подвержены недоношенные новорожденные 61,9%, чаще всего девочки 63,1%. Диагностировать ОАП можно с помощью эхокардиографии. Проявление эхокардиографических признаков гемодинамической значимости (ГЗ) этой патологии опережает симптоматику где-то на двое или трое суток. Этот метод служит единственным для установления ГЗ. Следуя основным критериям артериальный проток считают ГЗ, если его диаметр > 1,5 мм (при массе тела <1500г), для детей с массой тела >1500г: диаметр > 1,4 мм/кг, а также сброс крови слева-направо. При анализе эхокардиографии новорожденных с ОАП по данным проанализированных историй болезни было установлено, что частота встречаемости гемодинамически незначимого ОАП у недоношенных детей выше и составляет 73,6%, ГЗ 26,3%. Вероятность продолжительного функционирования артериального протока больше у недоношенных новорожденных с низкой массой тела 57,8%, гестационный возраст которых составлял 32-33 недели 49,1% ; у новорожденных, в анамнезе которых встречались внутриутробная пневмония 45,6% и внутриутробная инфекция неизвестной этиологии 35%. Первичные реанимационные мероприятия, оказывались 57 новорожденным с ОАП (61,9%). Такие высокие показатели дополнительно подтверждают тяжелое состояние детей при рождении. ИВЛ проводилась 10 новорожденным (17,5%). CPAP применялся у 57 новорожденных (61, 9%).

Выводы: Следовательно, можно сделать вывод: вероятность функционирования ОАП напрямую зависит от гестационного возраста ребенка, массы тела при рождении, наличия признаков внутриутробного инфицирования и объема реанимационных мероприятий. Вовремя проведенные диагностические мероприятия и правильно подобранное лечение влияет на качество и прозноз жизни и здоровья новорожденных

ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ И КЛИНИКИ РАННЕГО ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Усманова А.А.

Научный руководитель: Афанасенко Г.П., к.м.н.,доцент

Кыргызско-Российский Славянский университет

Введение: В 1990-х годах на фоне экономического кризиса, который затронул все страны бывшего Советского Союза, в Кыргызстане отмечался значительный рост среди населения болезней, передаваемых половым путем, в том числе и сифилиса. Это привело к высокой инфицированности беременных женщин и резкому повышению заболеваемости ранним врожденным сифилисом (РВС) у новорожденных детей с летальностью до 50%. Частота РВС в республике с 1994г. по 1999г. повысилась в 81 раз. И только в последние годы отмечается тенденция к снижению. В современной перинатальной и неонатальной медицине сохраняется проблема внутриутробных инфекций (ВУИ), в частности РВС, в связи с чем существует опасность внутриутробного поражения плода и рождения больного ребенка.

Цель: Изучить динамику частоты и клинического течения РВС у новорожденных детей на современном этапе.

Материалы и методы: Проведен клинического анализа историй болезни 29 новорожденных, находившихся на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных ГДКБ СМП с диагнозом ранний врожденный сифилис в период за 2014 - 2018 гг. Материалами исследования послужили разработанные анкеты. Обработка и анализ данных проводились с использованием прикладных статистических данных пакетов SPSS 16.0.

Результаты: Было обработано 29 историй болезни новорожденных детей с подтвержденным диагнозом РВС. Частота РВС за последние 10 лет уменьшилась с 16 случаев в 2008 году до 2 случаев 2018 году. Также уменьшилось количество умерших детей (в 2008 году-2 случая, в 2018 году умерших не было). Клиническая картина РВС представлена в виде двух основных форм: активный и скрытый. Установлено, что в структуре РВС преобладает скрытая форма (66,6%). Клиника активного сифилиса наблюдалась у 33,3% новорожденных, причем кожно-висцеральная форма с полиорганным поражением внутренних органов была зарегистрирована у 20,8% новорожденных. У детей с активным РВС все матери не получили лечение во время беременности. При анализе анамнеза выявлено, что чаще рождались мальчики (70,8%), а девочек лишь 29,1%. Преимущественно дети были от II родов (37,5%), в половине случаев (54,16%) дети рождались недоношенными в сроках гестации с 26 по 37 недели, а минимальная масса тела составила - 1660гр. Беременность у женщин чаще протекала на фоне ОРВИ (41,6%), раннего тяжелого токсикоз и анемии (37,5%), урогенитальных инфекций (28,9 %), маловодия и многоводия (20,7%), угрозы прерывания беременности (16,6%), фетоплацентарной недостаточности, преэклампсии (12,5%). В родах у рожениц наблюдались такие осложнения как: дородовое излитие околоплодных вод (8,3%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, низкое предлежание плаценты, кровотечение (по 4,1%). Говоря об исходах беременностей можно отметить, что большая часть детей рождалась с гипоксическо-ишемической энцефалопатией (87,5%), врожденными пороками сердца (54,2%) и задержками внутриутробного развития (12,5%). Клиника скрытого сифилиса протекала стерто, диагноз РВС подтверждался лабораторно (РИФ, РПГА). Активный сифилис проявлялся у новорожденных следующими патогномоничными проявлениями: гепатомегалей (95,8%), специфическим шелушением кожных покровов (66,6%), остеохондритом длинных трубчатых костей Вегнера и периоститом (33,3%), спленомегалией и розеолезной сыпью (20,8%), специфическим ринитом и инфильтрацией кожи Гохзингера по 12,5%, сифилитическая

пузырчатка встречалась в 8,3% случаев. Все дети получали лечение цефтриаксоном в течение 10-14 дней.

Выводы: Частота РВС за последние 10 лет снизилась, что связано с улучшением дородовой диагностики и лечением беременных, больных сифилисом. В структуре, как и в предыдущие года преобладает скрытая форма, а при активной форме отмечается частое поражение печени, кожи в виде специфического шелушения и поражение трубчатых костей (остеохондрита и периостита).

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ.

Белова Е.И.

Научный руководитель: Аминова Альфия Иршадовна д.м.н., профессор кафедры пропедевтики детских болезней

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Введение: Врожденная цитомегаловирусная инфекция (ВЦМВИ) нередко приводит к инвалидизации детей и значительному снижению качества их жизни в связи с развитием у 5-17% детей нейросенсорной тугоухости, психоневрологических и соматических нарушений. Чаще ВЦМВИ протекает латентно, но у 5-18% инфицированных детей отмечается манифестная инфекция, характеризующаяся тяжелым течением и летальным исходом. Причиной ВЦМВИ является перенесенная матерью ЦМВИ во время беременности. Следовательно, антенатальная профилактика, ранняя диагностика и правильная лечебная тактика ВЦМВИ могут способствовать снижению младенческой смертности.

Цель: Продемонстрировать клинический случай тяжелого течения врожденной ЦМВИ у ребенка, осложненной предсептическим состоянием и развитием НЭК.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ стационарной истории болезни.

Результаты: Мальчик от 1 беременности у возрастной первородящей 39 лет. Беременность протекала с отягощенным соматическим (хронический тонзиллит, гипотиреоз и хронический геморрой) и акушерско-гинекологическим анамнезом (первый триместр – кровотечение, угроза прерывания на раннем сроке, длительный субфебрилитет, серологическая позитивность в отношении вирусов герпеса 1-2 типов, ЦМВ, второй триместр беременности - клинические проявления лабиального герпеса). Роды своевременные, по шкале Апгар 7/8, околоплодные воды мекониальные, что свидетельствовало об антенатальной гипоксии плода. Состояние после рождения тяжелое, обусловлено гипоксическим поражением ЦНС, синдромом угнетения, развитием внутриутробной пневмонии, ЦМВИ гепатита, в связи с интоксикационным синдромом и присоединившимся тромбогеморрагическим синдромом. Госпитализирован в ОРИТН на следующий день после рождения. В анализах отмечались - общий билирубин 292 мкмоль/л, прямой билирубин 176 мкмоль/л, АСТ 930 ед/л, АЛТ 571ед/л, тромбоциты 26*109 /мл, СРБ 15,0 мг/л, методом ПЦР выявлен ЦМВ. Получал противовирусную, антибактериальную терапию, находился на орально-парентеральном питании. В связи со стабилизацией состояния на 7 день жизни переведен в инфекционное отделение. Однако через 3 дня, состояние резко ухудшилось вследствие присоединения НЭК у иммунокомпреметированного ребенка. Мальчик высоко лихорадил до 38 ˚С, увеличился прокальцитонин(51,9 нг/мл) и СРБ(114 мг/л), снизился уровень тромбоцитов(23,2*10 9/мл), из крови получен высев Klebsiella pneumoniae, что свидетельствовало о высоком риске развития сепсиса и тромбогеморрагических осложнений. Вновь переведен в ОРИТН, где получал патогенетическую терапию на фоне энтеральной паузы. Лечение: энтеральное и парентеральное питание, дотация О2 , инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами с коррекцией электролитов и учетом парентеральной и энтеральной квоты питания, применялись противовирусные препараты (Ганцикловир, Валганцикловир), антибиотики с учетом чувствительности бактериальной флоры (Меронем, Ванкомицин, Веллобактин, Сульперазон), использовались противомикробные препараты в связи с низким уровнем IgA ребенку были введены внутривенно иммуноглобулины. В связи с тяжелым состоянием проведено переливание крови.

Выводы: Причиной ВЦМВИ стала перенесенная мамой во время беременности герпесвирусная инфекция, генерализации процесса способствовала внутриутробная гипоксия и иммуносупрессия с

селективным дефицитом защитного иммуноглобулина А. Адекватно построенная лечебная тактика привела к выздоровлению ребенка.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЯ ПОЧКИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧКИ

Малаалиева Н.О.

Научный руководитель: Чилилова А.М.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Новообразования почек составляют 6 % всех опухолей детского возраста. В данной статье обсуждается вопрос дифференциальной диагностики нефробластомы и туберкулеза почки.

Цель: Описание клинического случая диффдиагностики новообразования почки и туберкулеза почки.

Материалы и методы: При подозрении на туберкулез почек показано проведение туберкулиновой пробы и консультация фтизиатра. В данном случае, дважды проведенный диаскинтест дал отрицательный результат, что затруднило постановку основного клинического диагноза.

Результаты: Родители девочки 3 месяцев обратились в приемное отделение Детской республиканской клинической больницы, с жалобами на увеличение живота в объеме. В связи с чем было выполнено абдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ). Выявлено образование правой почки, вследствие чего ребенок был госпитализирован в отделение хирургии. При обследовании на УЗИ, в нижней трети паренхимы правой почки визуализировалось округлое с четким контуром, однородной структуры образование размерами 56 × 44 × 50 мм с хорошей васкуляризацией. Исследование онкомаркеров выявило повышение нейронспецифической енолазы до 66,5 нг/мл (норма – до 17 нг/мл), лактатдегидрогеназа и щелочная фосфатаза в норме. Проведена консультация онколога, после которой рекомендовано выполнение компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки (ОГК) и органов брюшной полости (ОБП) с последующей гистологической верификацией диагноза. Но от дальнейшего дообследования родители ребенка отказались и самостоятельно обратились в клинику за пределами республики. Вновь было выполнено УЗИ ОБП, КТ ОГК. КТ ОГК выявила признаки диссеминированной инфильтрации легочной ткани вирусной этиологии. УЗИ ОБП подтвердило наличие образования в правой почке. Установлен диагноз: двусторонняя пневмония, объемное образование правой почки. Был консультирован фтизиатром. Получен отрицательный результат диаскинтеста. ТВС исключен. В возрасте 4 месяцев ребенок повторно госпитализирован в отделение хирургии ДРКБ с отрицательной динамикой, отмечалась лихорадка до фебрильных цифр, выраженная одышка. Вновь выполнено УЗИ, по результатам которого размеры образования правой почки сократились без проведения какой-либо специфической терапии. При проведении КТ выявлено образование округлой формы, размером 28 мм, с нечеткими контурами, гомогенной структуры, исходящее из нижнего сегмента правой почки с переходом на средний сегмент. Так же было выполнено КТ ОГК, где выявлены признаки правосторонней полисегментарной деструктивной пневмонии с локализацией процесса в верхней и средней долях легкого, диффузной очаговой диссеминации в легких. Изменения в легких и правой почке требовали дифференциальной диагностики с ТВС. В связи со сложностью случая, отсутствием убедительных данных за онкологический процесс, тенденцией к уменьшению размеров образования правой почки, выполнен пересмотр КТ в референс-центре (НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева). Данные визуализации свидетельствуют о картине милиарного ТВС легких. Выявлены крупные инфильтраты в правом легком с полостями деструкции. Очаг в правой почке – наиболее вероятнее инфекционного генеза (ТВС). При детальном сборе анамнеза выяснилось, что отец ребенка ранее болел ТВС легких. Учитывая вышеизложенное, ребенок обследован на наличие ТВС. Методом полимеразной цепной реакции обнаружены микобактерии ТВС в мокроте. По результатам исследования ликвора установлен менингит туберкулезной этиологии. Таким

образом, имеет место генерализованного ТВС с вовлечением правой почки и центральной нервной системы. Злокачественное новообразование почки было исключено. По согласованию с фтизиатром начата специфическая терапия противотуберкулезными препаратами.

Выводы: Данный случай демонстрирует важность корреляции клинических и рентгенологических данных и результатов лабораторных методов обследования при дифференциальной диагностики новообразований с туберкулезом почки, что позволит предотвратить ряд ошибок в диагностике и в дальнейшей терапии данной группы пациентов.

АФП – НЕГАТИВНЫЙ РЕЦИДИВ ГЕПАТОБЛАСТОМЫ

Васильева А.Н., Пименов Р.И.

Научный руководитель: Пименов Р.И.

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

Введение: Злокачественные новообразования печени представляют собой редкую патологию у детей. На их долю при¬ходится не более 1% среди всех ЗНО. Самое частое – гепатобластома - эмбриональная опухоль, для которой специфичны 2 возрастных пика заболеваемости: 1-й месяц жизни и 16–18-й месяцы жизни. Современные под¬ходы к терапии позволили увеличить выживаемость после радикального лечения до 75–95%. Однако, несмотря на достигнутые успехи, лечение рецидивов остаётся неудовлетворительным при традиционных подходах. Высокий риск развития рецидива отмечается у детей старшего возраста, с низким уровнем АФП в дебюте и мелкоклеточным недифференцированным вариантом опухоли.

Цель: Пациент Г., 13 лет, поступил в НИИ ДОГ в марте 2017. Из анамнеза известно, что впервые в декабре 2016 появились боли в эпигастральной и левой подреберной области, в связи с чем была вызвана бригада СМП. Больной экстренно доставлен в стационар с предварительным диагнозом острый аппендицит. При комплекс¬ном обследовании диагноз был снят и выявлена опухоль печени, по поводу которой пациент обратился в НИИ ДОГ, где был установлен диагноз: Гепатобластома, Pretext 3. Уровень АФП-189,4 МЕ/мл. Было проведено специальное лечение: 2 курса ПХТ и оперативное вмешательство в объеме расширенной правосторонней гемигепатэктомии. В мае 2017 достигнута ремиссия, отправлен под наблюдение хирурга и онколога.

Материалы и методы: В марте 2018 на УЗИ: в S1 - округлое образование 4.0х4.0х3.0см, неоднородной, солидной структуры, по пра¬вому краю S2 подкапсульно - округлое изоэхогенное образование 1.3х1.2см, в проекции S3 – очаговое неоднородное образование без четких контуров размером 1.2х1.4см. Уровень АФП (5,65 МЕ/мл): в пределах нормы. Проведено противорецидивное лечение: 2 курса по схеме VIC. В мае проведено повторное УЗИ брюшной полости: отрицательная динамика. На КТ лёгких: очаг в S4 правого легкого размером 5мм. 16 мая проведена торакоскопическая резекция правого легкого. На КТ брюшной полости: прогрессирование заболевания по печени. Произведена смена ПХТ с VIC на IE - без эффекта. 15 июня ребёнок направлен на консультацию в НИИ трансплантологии, принято решение о проведении родственной трансплантации печени, однако, учи¬тывая сроки от начала проведенного лечения и необходимость дополнительного времени на подготовку к ее выполнению, проведен курс ПХТ по программе PLADO.

Результаты: 25 июля выполнена трансплантация. 26 сентября 2018 пациент поступил для проведения противорецидивного лечения. На КТ И МРТ брюшной полости признаков рецидива заболевания не выявлено. Однако, учитывая предыдущую динамику и ряд неблагоприятных про¬гностических факторов, в качестве противорецидивной терапии решено использовать клеточную противоопухолевую иммунотерапию - трансфузию цитотоксических лимфоцитов.

Выводы: Данный клинический случай демонстрирует, что повышение уровня АФП не является обязательным критерием рецидива заболевания. Потеря иммуногистохимического маркера должна натолкнуть на мысль о клональной эволюции опухоли и выборе более перспективных агентов в терапии.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ОНКОПЕДИАТРИИ

Картушина А.А., Штырь Ю.В.

Научный руководитель: Колесникова О.И., д. м. н., профессор; Румянцев А.А., к.м.н.

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации

Введение: Онкологические заболевания у детей занимают одно из главных мест в патологии детского возраста, отличаются большим разнообразием клинических проявлений, высоким риском развития осложнений и неблагоприятного исхода. Применение интенсивных протоколов химиотерапии и течение онкологического процесса – причина многочисленных негативных влияний на нутритивный статус пациента. Особенно актуальным это становится в детском и подростковом возрасте, когда процессы роста и развития наиболее интенсивны и тесно связаны с рациональностью питания. В отличие от детально структурированных протоколов химиотерапии, мониторинг и коррекция состояния питания онкологических больных не имеет четко очерченных показаний, отработанных организационных форм и порой сводится к бессистемному посиндромному подходу. В то же время установлено, что нутритивная недостаточность ассоциирована с более высокой частотой осложнений и неблагоприятно влияет на исход

Цель: Установить причины нарушений нутритивного статуса и возможности их коррекции.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 45 детей, с морфологически верифицированным диагнозом злокачественного новообразования, по-лучающих программную химиотерапию в онкологическом отделении для детей Алтайского краевого клинического центра охраны материнства и детства. Из них: диагноз острый лимфобластный лейкоз установлен у 21 детей, нефробластомы–2, опухоли головного мозга–10, нейробластомы–1, злокачественные лимфомы–3, опухолями костей–6

Результаты: Из 45 больных–21 человек (47%) имели клинические осложнения и патологию желудочно-кишечного тракта на фоне полихимиотерапии. Так у 14 детей, было отмечено изменение/снижение/отсутствие аппетита. У шестерых детей выявлены признаки секреторной энтеропатии, у девяти детей-признаки токсического гепатита на фоне полихимиотерапии (гепатомегалия, повышение печеночных ферментов АЛТ и АСТ)-что обусловлено прямым токсическим действием химиопрепаратов на эпителий тонкой, толстой кишки, биллиарной системы, а также развитием патогенной микрофлоры в кишечнике. Вместе с тем, цитостатическая терапия оказывает агрессивное токсическое действие не только за счет патологических потерь, но и повышения расходов нутриентов на процессы репарации тканей. У данных пациентов отмечены психосоциальные нарушения пищевого поведения: смена обстановки, смена рациона, режима питания, необходимость прове-дения диагностических манипуляций. Дети имели фактическую массу тела меньше, чем долженствующая масса тела в среднем на 15%. Учитывая необходимость проведения интенсивной полихимиотерапии, все пациенты нуждались в коррекции нутритивного статуса, в дополнительных факторах питания для улучшения процессов активного лечения, не смотря на то, что рацион питания в отделении полностью перекрывает суточную калорийную потребность. Так, потребность детей составляла в среднем 2020 ккал в сутки, а калорийность меню на один день-2491 ккал в сутки. Все эти дети получали дополнительный источник питания, в виде обогащенных смесей. Смеси Нутридринк-полноценная сбалансированная высокоэнергетическая питательная смесь, содержит легкоусвояемый белок. Нутризон-изокалорическое питание с физиологическим содержанием белка. Фортикер-пероральный готовый к употреблению высокобелковый и высококалорийный продукт для диетического питания при заболеваниях, связанных с недостатком питания. На фоне дополнительной

коррекции питания у пациентов отмечалось улучшение пищевого поведения, восстановление аппетита, повышение массы тела.

Выводы: Причиной нарушения нутритивного статуса у детей с онкопатологией является снижение метаболической и адаптивной функции организма вызванное как самой опухолью, так и токсическим действием цитостатиков. Все пациенты, получающие полихимиотерапию, имели нарушения нутритивного статуса средней степени тяжести. Для коррекции которого, использовались дополнительные источники микронутриентов в виде энтерального питания. Адекватная коррекция нутритивной недостаточности снижает частоту осложнений, улучшает физический и психоэмоциональный статус пациента.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА FV LEIDEN В СЕМЬЯХ Г. БАРНАУЛА

Будина А.Ю.

Научный руководитель: Строзенко Л.А. д.м.н., профессор

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России

Введение: Под тромбофилией понимают предрасположенность организма к развитию тромбозов, вследствие нарушения регуляторных механизмов системы гемостаза или изменения свойств отдельных ее звеньев. Мутация фактора V Лейден является наиболее изученной из всех полиморфизмов. Данный вариант встречается в 2-7% случаев у лиц в европейских популяциях, и у 20,2% детей, перенесших ишемический инсульт. В результате мутации в гене FV G1691A Лейден возможно развитие тромбозов вен нижних конечностей, тромбоэмболии легочной артерии, тромбозов церебральных и коронарных сосудов, которые могут привести к летальному исходу.

Цель: Выявить частоту встречаемости полиморфизма гена FV Leiden.

Материалы и методы: В исследование было включено 93 пациентов, из них женщин – 25 (26,8%), детей — 27 (29,03%), отцов — 10 (10,75%), бабушек — 18 (19,35%), дедушек — 9 (9,68%) и близких родственников — 4 человека (4,3%). Всем родственникам проведено молекулярно-генетическое тестирование носительства четырех протромботических полиморфных вариантов генов: фактора II протромбина (G20210A); фактора V Лейден (G1691A); ингибитора активатора плазминогена PAI-1 4G(-675)5G; метилентетрагидрофолатредуктазы - (MTHFR C677T). Статистическая обработка материала проведена методами вариационной статистики с использованием пакета статистических программ «Statistica 6,0 for Windows».

Результаты: Распределение генетических протромботических полиморфизмов у женщин и их матерей:В результате проведенного исследования установлено, что гетерозиготный полиморфный вариант гена FV Лейден с большей частотой регистрировался в группе беременных женщин ($p<0,001$), вместе с тем, гомозиготный полиморфный вариант мажорный аллель гена FV Лейден с большей частотой определялся у их матерей ($p<0,001$). Интересно, что у женщин старшего поколения гетерозиготный полиморфизм гена FV Лейден определялся у 44,4% пациентов. Особый интерес представляло изучение распределения генетического полиморфизма FV Лейден у женщин и их детей, т.е. у младшего поколения. Распределение генетических протромботических полиморфизмов у женщин и их детей:гетерозиготный полиморфный вариант гена FV Лейден, значимо чаще зафиксирован в группе женщин ($p<0,001$), однако, гомозиготный вариант частый аллель гена FV Лейден с большей частотой определялся в группе детей ($p<0,001$). Хочется отметить, что выборка женщин была зависимой, т.е. выбраны женщины, которые состояли на учете у гематолога с диагнозом: Носительство гетерозиготного полиморфизма гена FV Лейден, и наблюдались по поводу второй, третьей и последующих беременностей. Анализ результатов исследования выявил, что дети наследовали от матерей гетерозиготный полиморфизм гена FV Лейден в 33,3% случаев. Следовательно, примерно каждый третий ребенок, рожденный от матери, имеющей полиморфную замену в гене FV Лейден, является носителем генетического полиморфизма в исследуемом гене.

Выводы: Таким образом, в ходе нашего исследования определено, что дети, рожденные от матерей с носительством полиморфного варианта гена FV Лейден, наследуют полиморфную замену в гене FV Лейден в 33,3% случаев, т.е. примерно каждый третий ребенок имеет генетический полиморфизм в этом гене. Вместе с тем, у женщин старшего поколения носительство гетерозиготного полиморфизма гена FV Лейден определяется у 44,4%. При анализе личного и семейного анамнеза в исследуемых семьях (по данным анкет), определено, что реализация сосудистых событий (т.е. личный

тромботический анамнез) выявлялась у 14% женщин с носительством полиморфизма в гене фактор 5 Лейден. Однако, в старшем поколении достоверно чаще (p 0,05) у 34,5% пациентов происходила реализация тромботических событий. Следовательно, дети, у которых выявлено носительство генетического полиморфизма гена FV Лейден входят в группу высокого тромбогенного риска. Наблюдение таких детей соответствующими специалистами, своевременное выявление, модификация и коррекция тромбогенных факторов риска, позволят снизить вероятность развития и тяжесть сердечно-сосудистых заболеваний и в более старшем возрасте.

ПОДХОД К ТЕРАПИИ РЕБЕНКА 4 ЛЕТ С РАБДОМИОСАРКОМОЙ ПАРАМЕНИНГИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ СО МНОЖЕСТВОМ ОСЛОЖНЕНИЙ

Федосеева М.М.

Научный руководитель: Булетов Д.А.

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

Введение: Саркомы мягких тканей у детей составляют 6-8% злокачественных опухолей. Из них 38% приходится на рабдомиосаркомы (РМС). Эмбриональная РМС характеризуется высоким риском метастазирования, быстрым инвазивным ростом, длительным бессимптомным течением или широким спектром проявлений, что затрудняет своевременную диагностику и лечение.

Цель: Целью работы является описание тактики ведения пациента с эмбриональной РМС высокой группы риска.

Материалы и методы: Пациент Ч., 4 года 7 месяцев, госпитализирован в НИИ ДОГ ФГБУ НМИЦ им. Н.Н. Блохина в хирургическое отделение №1. Из анамнеза заболевания: в сентябре 2018 года появилось косоглазие, в динамике возникли жалобы на сильные головные боли, птоз левого века. Заподозрено новообразование, переведен в НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, где после морфологической верификации выставлен предварительный диагноз – рабдомиосаркома. При поступлении ребенок в сопоре, опухоль выступает из носовых ходов, небо опущено, экзофтальм с двух сторон, веки отечны, гиперемированы. Прикован к постели. При осмотре выявлены: хронический риносинусит, дисфункция слуховых труб, OU амавроз, частичная атрофия диска зрительного нерва, абсцесс медиальных отделов левой орбиты. При пункции абсцесса получено гнойное отделяемое, высеян S. Aureus. Очаг дренирован, установлен резиновый выпускник. По данным РКТ черепа - деструкция костей основания черепа, по данным МРТ - опухоль размерами 9x7.3x6.8 см тотально заполняет просвет клиновидной пазухи, полость носа, носоглотку, разрушает решетчатую кость. Деструкция медиальных стенок глазниц, передней и средней черепных ямок. Опухоль распространяется интракраниально, сдавливает ТМО. Медико-генетическое заключение: в 50% опухолевых клеток увеличение количества копий гена FOXO1 до 3,4. На основании представленных данных, гистологического и ИГХ исследований поставлен диагноз: эмбриональная рабдомиосаркома паременингиальной локализации, веретеноклеточный вариант. Высокая группа риска. T2bN0M0. 4 стадия. При поступлении в ОАК – лейкоцитоз до 26x109, СРБ – 105 г/л. Назначено специальное лечение: курсы неоадьювантной полихимиотерапии (ПХТ) и антибактериальная терапия. Учитывая риск аспирации опухолевыми массами, выполнена трахеостомия. В течение 1 курса ПХТ цитопения 4 степени, СРБ – 130 г/л, пресепсин 483 пг/мл, прокальцитонин 13.3 нг/мл. КТ грудной полости: двусторонняя верхнедолевая пневмония. Госпитализирован в ОРИТ, проведена антибактериальная терапия. Состояние тяжелое, с положительной динамикой: ребенок контактен, уменьшился отек лица и век, опухоль визуализируется только в задних отделах полости носа. После восстановления показателей крови, купирования инфекционного синдрома, проведен 2 курс неоадьювантной ПХТ на фоне антибактериальной терапии, который пациент перенес удовлетворительно. Проведен 3 курс неоадьювантной ПХТ, осложнившийся сепсисом. Из мокроты высеяна P. aeruginosa, из крови высеяна Candida albicans, проведена антибактериальная и противогрибковая терапия.

Результаты: Отмечена положительная динамика: ребенок контактен, самостоятельно ходит. Опухоль в носовых ходах не визуализируется, экзофтальм отсутствует, не выявляется опущение неба. На МРТ сокращение размеров опухоли до 6,1x5.3x3,7 см. Нет признаков инфильтрации структур орбит. Желудочки не расширены. Отмечено сокращение размеров опухоли на 73%. Учитывая тяжесть состояния пациента, все курсы антибактериальной терапии были подобраны индивидуально с учетом

чувствительности возбудителей. В настоящий момент пациент находится в хирургическом отделении №1 НИИ ДОГ ФГБУ НМИЦ им. Н.Н. Блохина, ожидает четвертый курс неоадьювантной ПХТ. Дальнейшая тактика лечения будет включать проведение еще 15 курсов ПХТ, при возможности оперативного лечения – удаление опухоли.

Выводы: Выводы: эмбриональная РМС сопровождается широким спектром осложнений. Современные методы лечения позволяют достигнуть значительного регресса опухоли и корректировать осложнения, однако, ранняя диагностика злокачественных новообразований остается приоритетной задачей.

БИЛАТЕРАЛЬНАЯ НЕФРОБЛАСТОМА У ДЕВОЧЕК ИЗ МОНОХОРИАЛЬНОЙ ТРИАМНИОТИЧЕСКОЙ ТРОЙНИ: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

А.Ю. Зацепина (1), Е.В. Шарапова (2)

Научный руководитель: Рубанская М.В., к.м.н, старший научный сотрудник отделения опухолей торако-абдоминальной локализации

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (1),

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина, Москва, Российская Федерация (2)

Введение: Нефробластома, или опухоль Вилмса – одна из наиболее часто встречающихся солидных опухолей детского возраста. Встречается примерно у 1 ребенка из 10000, при этом на билатеральную опухоль Вилмса приходится около 5% -10% от всех нефробластом. В отличие от односторонней НБ не существует единого соглашения по поводу лечения билатеральной НБ. Поскольку операция является критическим компонентом лечения, цель терапии пациентов состоит в том, чтобы полностью излечить, и в тоже время максимально сохранить функционирующую почечную паренхиму. Курс лечения НБ включает неоадъювантную полихимотерапию, органосохраняющую операцию и, с учетом гистологического заключения, адъювантную полихимиотерапию.

Клиническое наблюдение: Приводим редкое клиническое наблюдение пациенток в возрасте 9 месяцев из монохориальной тройни с билатеральной нефробластомой. В НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина НИИ ДОГ (Москва) поступили пациентки с результатами УЗИ брюшной полости, выполненными по месту жительства, на которых были выявлены объемные образования обеих почек у всех девочек из тройни.

Пациенткам было проведено комплексное обследование, включавшее УЗИ, КТ органов брюшной области и забрюшинного пространства, грудной клетки, динамическая сцинтиграфия почек, генетические исследования на наличие мутаций в горячих участках гена PKHD1. С учетом данных анамнеза, лабораторно-инструментальных методов обследования, цитологического заключения после проведения тонкоигольной аспирационной биопсии был выставлен диагноз билатеральная нефробластома. Согласно протоколу SIOP-WT2001 пациентки получили три курса неоадъювантной полихимиотерапии.

Мы не располагаем данными о программе и результатах лечения пациенток. Из СМИ известно, что девочки закончили программное лечение в Германии. Все трое живы, без признаков рецидива и прогрессирования заболевания.

БН является редким заболеванием, каждое новое сообщение представляет важный научный и практический интерес. Случаи билатеральной нефробластомы у детей из двоен, троен в мировой практике не встречались. Целью настоящей публикации является демонстрация редкого клинического наблюдения детей из монохориальной триамниотической тройни с диагнозом билатеральная нефробластома.

РЕДКИЙ ВАРИАНТ ДЕБЮТА И ТЕЧЕНИЯ ЛАНГЕРГАНСОКЛЕТОЧНОГО ГИСТИОЦИТОЗА.

Пелипенко Я.В., Сошина А.А.

Научный руководитель: Спиваковский Ю.М., к.м.н., доцент.

ФГБОУ ВО “Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского” Минздрава РФ

Введение: Гистиоцитоз из клеток Лангерганса — редкое пролиферативное заболевание (частота 3-4 случая на 1 млн детского населения), в основе которого лежит аномальная пролиферация и аккумуляция в органах и тканях патологических клеток Лангерганса (КЛ) с образованием гранулем, ведущих к локальному повреждению и нарушению функции пораженных органов.

Цели: Представить редкий случай лангергансоклеточного гистиоцитоза (ЛГ), дебют которого и проявления в течение длительного периода времени были представлены моносимптомным течением гемоколита.

Клиническое наблюдение: Впервые примесь крови в каловых массах ребенка (девочки) родители зафиксировали в двухмесячном возрасте. Амбулаторный период лечения (энтеросептики, эубиотики, бактериофаги) не принес значимого клинического эффекта и сопровождался усилением явлений гемоколита. Ребенок поступил в хирургическое отделение, с явлениями тяжелой анемии (гемоглобин 60 г/л) на фоне кишечного кровотечения, сопровождающегося фебрильной лихорадкой. В общем и биохимическом анализах крови выраженные признаки гуморальной активности. Бактериологическое обследование не выявило значимой патологии. По результатам колоноскопии – тотальный колит. Консультирован гематологом с проведением стернальной пункции; по результатам миелограммы патологии выявлено не было. На фоне стандартной терапии (гемостатики, антибиотики, репараторы, трансфузии препаратов крови) клинический эффект отсутствовал, улучшение отметили только после включения в терапию глюкокортикостероидов (ГКС). Дальнейшее лечение в клинику Х., где по результатам комплексного обследования, в т.ч. эндоскопического, морфологического углубленного бактериологического и вирусологического сложилось представление о вирусной этиологии заболевания. Значимое улучшение достигнуто на фоне комбинации специфической вирусологической терапии и ГКС. После стабилизации состояния начата постепенная отмена ГКС, на фоне чего вновь зарегистрирован рецидив гемоколита, лихорадочного синдрома. В этот период активизация противовирусного лечения эффекта не принесла. Кроме лечения по месту жительства ребенок дополнительно обследован в РДКБ (г. Москва). В клинической картине, кроме вышеописанных симптомов, впервые зафиксирована гепатоспленомегалия, лимфаденопатия. Полностью повторен расширенный план обследования, в т.ч. эндоскопия кишечника. С учетом установленного диагноза язвенного колита, иммуносупрессивная терапия, кроме продолжающегося приема ГКС,дополнена цитостатиками. Достигнуто клиническое и лабораторное улучшение.

В дальнейшем при наблюдении по месту жительства, родителями ребенка отмечено появление уплотнения в проекции костей черепа, а при дополнительном обследовании рентгенологически описаны очаги просветления в ребрах, правой лопатке, ключицах, патологические переломы грудных позвонков. Был заподозрен гистиоцитоз из клеток Лангерганса, который в последующем был верифицирован гистологически в НМИЦ ДГОИ им. Д.Рогачева, где была начата специфическая терапия данного состояния, продолжающаяся до настоящего времени.

Период с момента первой госпитализации по поводу гемоколита до верификации заболевания и начала специфической терапии составил практически 1 год.

Выводы: Представленный клинический случай редкого заболевания с нехарактерным моносимптомным дебютом в виде гемоколита демонстрирует сложность первичного выявления ЛГ, необходимость глубоких знаний врача-педиатра и упорства в диагностике столь сложной патологии.

ДЕФИЦИТ X ФАКТОРА.

Корсунов А.Н.

Научный руководитель: Ларина Л.Е.. к.м.н., доцент кафедры пропедевтики детских болезней

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

Введение: Болезнь Стюарта-Прауэра - это аутосомно-рецессивное геморрагическое заболевание, которое возникает вследствие количественного или качественного дефекта X фактора (FX), приводящего к снижению активности последнего в плазме. Это заболевание относится к редким нарушениям свертывания крови (РСНК). Распространенность дефицита FX составляет 1:1000000 населения. В группу РСНК входят: наследственные дефициты или аномалии фибриногена, протромбина и факторов свертывания крови V, VII, X, XI, XII, XIII. Причинами развития заболеваний из ранее указанной группы является рецессивное наследование уникального или редкого нуклеотидного изменения в генах, которые кодируют коагуляционный фактор или несколько факторов. Так же, изменения могут быть в белках, которые необходимы для посттрансляционных модификаций данных факторов. Результатом выше названных нарушений является инактивация FX, что в последующем приводит к неэффективному образованию протромбиназного комплекса, который не инициирует активацию протромбина и клинически проявляется в виде геморрагического синдрома. Геморрагический синдром выявляется с рождения, чаще всего представлен кровотечениями и кровоизлияниями: на слизистых оболочках, в том числе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), гематомами мягких тканей, гемартрозами, у лиц женского пола может проявляться в виде менорагии.

Цель: Сформировать представление о пациенте с классическим течением болезни Стюарта-Прауэра.

Клиническое наблюдение: Пациент, мальчик Р. 3 лет, от 1 беременности, 1 срочных самостоятельных родов, интранатальная гипоксия. Родился с массой – 3620г, длиной - 54 см, в удовлетворительном состоянии. Раннее развитие по возрасту. Наблюдается у оториноларинголога по поводу рецидивирующих носовых кровотечений, у гематолога с болезнью Стюарта-Прауэра. Вакцинирован по возрасту.

У ребенка с рождения отмечается повышенная кровоточивость в виде длительного кровотечения из пупочной ранки, экхмозов при минимальной травматизации, носовых кровотечений. Дефицит FX- 1,48 % впервые выявлен в возрасте 6 месяцев, когда ребенок стационарно лечился в отделении с гематомой в месте прорезывания зуба. Неоднократно госпитализировался по поводу носовых кровотечений. В декабре 2016 находился на стационарном лечении в связи с формированием обширной гематомы правой ягодичной области. Гемартрозов не было. Получает концентрат протромбинового комплекса (КПК) 600 МЕ по факту кровотечения. 25.05.2018г у ребенка ночью началось кровотечение из носа, самостоятельно не купировалось. После введения КПК 600 МЕ, госпитализирован бригадой СМП в МДГКБ. При поступлении состояние средней тяжести.

Лабораторно: в гемограмме- гипохромия, микроцитоз. Биохимический анализ крови- ОЖСС 87,0 мкМоль/л. Коагулограмма- процент активности по Квику 20,9%, МНО 3,31, АЧТВ 65,0 сек., FX 3%. Ребенку была проведена гемостатическая терапия- вв струйно КПК 600 МЕ 26.05.18г, кровотечение было остановлено. За время пребывания в отделении кровотечения не повторялись. Был выписан в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано проведение инвазивных манипуляций исключительно на фоне гемостатической терапии концентратом протромбинового комплекса; профилактика травматизма; противопоказан прием препаратов, угнетающих функции тромбоцитов и вызывающих гипокоагуляцию; противопоказаны внутримышечные инъекции, массаж и другие мероприятия, способные привести к кровотечениям и кровоизлияниям; заместительная гемостатическая терапия по

факту кровотечения концентратом протромбинового комплекса 600-1200 МЕ в зависимости от выраженности геморрагического синдрома, определение дозы гематологом МДГКБ; при появлении обильных и длительных не купируемых кровотечений со слизистых, рвоты с кровью, крови в моче, кровоизлияний в сустав, появлении гематом в области шеи и головы экстренная госпитализация.

Вывод: Данное наблюдение показывает необходимость диагностики пациентов с длительными кровотечениями для выявления РНСК, что в дальнейшем при адекватной заместительной гемостатической терапии обеспечит нормальный рост и адекватное развитие ребенка.

THE ASSESSMENT OF THE EATING HABITS OF A GROUP OF ADOLESCENTS FROM THE SPORTS HIGH SCHOOL IN IASI

Scientific advisor: Conf. Dr. Albu Adriana

Grigoras Ecaterina Geanina

University of Medicine and Pharmacy "Grigore T. Popa", Iasi, Romania

Introduction Nutrition is an external factor that plays an important role in maintaining the health of children and young people. It becomes even more important to students from sports high school where there is a problem of increasing the physical exercise capacity of the body.

Purpose: Knowing the eating habits of students who practice performance sports; The appreciation of differences that appear or not between the boys 'and girls' nutrition.

Materials and methods: The study was conducted on a group of 76 adolescents in the 9th grade from the Sports High School in Iasi. There are 35 girls and 41 boys aged 14-16. Students completed a weekly frequency questionnaire on food consumption. The study was focused on the weekly consumption of dairy products, meat products, dried legumes and sugar / honey. Response options are: zero - once - 2/3 times - 4/7 times a week. The results were processed using the Pearson test.

Results: The dominant intake of dairy products (yogurt, beaten milk) is 2-3 times a week (39.47%), the balanced one (4-7 times a week) is only present at 14.47% of young people. Draws attention 14.47% of students who marked zero, which is worrying. Differences based on gender are statistically insignificant ($p > 0.05$, $f = 3$, $\chi^2 = 2.25$). Meat products are consumed 2-3 times a week (34.21%) or once a week (30.26%), the differences based on gender are also statistically insignificant ($p > 0.05$, $f = 3$, $\chi^2 = 1.26$). Dried legumes (beans, soy, peas) are present in pupils' nutrition, especially once a week (42.10%). Comes into notice that 36.84% of young people have chosen zero, so they do not consume it. The calculated differences are still statistically insignificant ($p > 0.05$, $f = 3$, $\chi^2 = 5.84$). Sugar / honey appears in the nutrition of young people, in particular, once (32.89%) or 2-3 times a week (28.94%). Draws attention 21.05% of young people who marked the zero version, less acceptable result for adolescents performing sports. Differences calculated based on pupils' gender are still insignificant statistically ($p > 0.05$, $f = 3$, $\chi^2 = 2.66$).

Findings: Nutrition is essential for the sport student because it allows the development of muscle mass (adequate protein intake). It is necessary to achieve a differentiated diet on gender, because there are differences of body composition between the two genders. At the girls dominates adipose tissue while at the boys dominates the muscle mass. Differences based on gender are statistically insignificant which is worrying because there is no any adjustment of the intake to the different needs of girls' and boys' organisms. In this context, the sport performance does not reach optimal value and also there is the risk of affecting the health status of the students who practice sport performance. Therefore, the intervention of a nutritionist specialized in athlete's diet is necessary. They will lead nutrition to the actual needs of the body, starting with the student's gender, age (corresponding to a certain stage of growth / development) and the physical demand required by the sporting activity practiced.

PRIMARY HYPOPARATHYROIDISM IN 16-YEAR MALE PATIENT: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Al Lami Mahdi Ali Hussain, Shirokova A.A.

Scientific advisor: Samoshkina E.S., Candidate of Medical Science, assistant professor

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education National Research Ogarev Mordovia State University

Introduction: Hypoparathyroidism (HP) is a rare condition in pediatric patients characterized by decreased or undetectable parathyroid hormone (PTH) level or secretion of biologically inactive PTH resulting in mineral metabolism disorders including hypocalcemia, hypomagnesemia and hyperphosphatemia. While in adult patients HP may occur as a radiation therapy complication or due to inappropriate surgery, in children HP is almost always idiopathic or associated with inherited disorders. PTH is a crucial substance in serum calcium level maintaining, and hypocalcemia in patients with HP can be severe if left untreated and may be present by seizures, cramps, stridor, tetany and ECG changes. Here we report a case of primary HP.

Purpose: We aimed to highlight the difficulties in HP diagnosing and importance of calcium level testing in the patients with symptoms which are described later in our review.

Materials and methods: Review of case history of patient which was followed up from the birth to adolescence due to a lot of symptoms. Despite the clinical picture was not initially regarded as associated with endocrine disorder, the diagnosis of primary HP was finally made.

Results: Patient K., born in term (39 weeks) in 2003 from the first normal pregnancy of 42 year-old healthy woman. After birth the neonatal organic brain lesion was diagnosed. He was also diagnosed with congenital heart disease (atrial septal defect, left pulmonary artery stenosis) which was surgically corrected after first year of life without complications. During 1st year of life purulent infections (acute purulent otitis media and pneumonias) frequently occurred. At the 2nd year of life the constipation and pronounced intestinal cramps appeared, but multiple surgical admissions never confirmed acute surgical pathology. At the age of 6 years patient visited gastroenterologist and was diagnosed with chronic gastroduodenitis with motor disorder and biliary dysfunction. Anti-spastic drugs and prokinetics were prescribed. During first 4 years of life motor and intellectual developmental delay progressed. At the age of 5 years old focal seizures occurred, EEG revealed signs of parietal paroxysmal activity. Patient was diagnosed with symptomatic epilepsy, consequences of organic brain lesion and intellectual disability. Anticonvulsants were started. During elective admission to the neurology department at the age of 13 years old, a prolonged corrected QT interval (QTc) was accidentally detected on an ECG (up to 490 ms), perceived as secondary to hypocalcemia (0,75 mmol / L), what was regarded as a side effect of anticonvulsants use. The patient's parents decided to terminate his anticonvulsant treatment. One month after discontinuation, headaches and irritability appeared, anticonvulsant therapy was restarted. One year later, QTc prolongation up to 500 ms after physical exercise was detected on ECG again. Blood pressure and ECG 24-hour ambulatory monitoring revealed ventricular premature beats and prolonged QTc up to 500 ms (56% of the time). Patient was referred to endocrinologist and hypocalcemia was detected (0.47 mmol/L) as well as the parathyroid hormone and alkaline phosphatase levels decrease (6.6-6.7 pg/mL and 60.3 U/L, respectively). The diagnose of decompensated idiopathic hypoparathyroidism was made. Calcium and vitamin D3 drugs were started. During treatment, calcium level slightly increased up to 0.81 mmol/L, the QTc prolongation and gastrointestinal symptoms disappeared completely. It was recommended to continue calcium and vitamin D3 drugs therapy.

Findings: The diagnosis of primary HP is not always clear-cut. The simultaneous presence of seizures, cramps and prolonged QT should make a clinician to suspect a hypocalciemia associated with metabolic disorder,

probably of endocrine origin. The workup in such cases should include serum calcium, parathyroid hormone, magnesium and phosphorus levels testing as well as neck ultrasound. Calcium and vitamin D drugs improve the state of patients with HP significantly.

VACCINATION IN CZECH REPUBLIC

Kupková J., Kummerová A.

Scientific advisor: MUDr. Miroslava Zavřelová

Masaryk University Brno

Introduction: Vaccinations are used worldwide as a form of primary protection against diseases. The first vaccine was developed in 1796 by Edward Jenner against smallpox. He demonstrated the capacity of vaccines to prune the immune system to better fight off diseases when exposed later in life. Our country started vaccinations in 1821.

Purpose: Since then, the development of new vaccines for different diseases has led to a vaccination schedule, which has changed multiple times. The most recent, developed in 2018, consists of mandatory inoculations against diphtheria, tetanus, polio, pertussis, hepatitis B, Haemophilus influenzae type B, measles, mumps and rubella. Exempted condition is tuberculosis. The vaccination is no longer compulsory since 2010 because of the favourable epidemiological situation. The only children vaccinated against Mycobacterium tuberculosis are those with certain circumstances. Besides mandatory vaccination, Czechia also offers voluntary inoculations against Rotavirus, Pneumococcus, Human Papillomavirus (HPV), Tick-borne encephalitis and certain others.

Materials and methods: Emphasis is now made on tick-borne encephalitis. Czech Republic has been the country with the highest prevalence and incidence of infection with this virus in Europe for more than 10 years. It is speculated that this is due to lack of interest in voluntary vaccination. In Austria, 80% of population is protected by inoculation whilst In Czechia it is only 25%. The problem with low numbers of vaccinated individuals does not only concern voluntary programs, but compulsory programs as well. In 2013, 98% of the population was inoculated against polio whereas in 2017 the figures had dropped to 92%. This decline manifests itself in the form of outbreaks of preventable diseases, such as measles. Since the beginning of January 2019, there have been 298 recorded measles cases whereas in the whole of 2014 there were only 221 diagnosed individuals. In case of measles however, it is important to mention that since 1969 until 1975, the vaccination consisted of one dose only, which now appears to be insufficient, therefor is an added risk to individuals older than 35. But measles are not the only preventable disease with increased incidence. In 1989, there were 5 cases of pertussis whilst in 2014 there were 2521 people diagnosed with the disease. Czech government has been trying to implement legislation to address mandatory vaccinations over the last 100 years. There are current laws as forms of health protection that impose financial penalties for refusal of vaccination to the parents. Other regulations concern nursery schools. Unvaccinated children should not be accepted, but that only applies to non-compulsory education. These laws demonstrate that health protection through the government is possible but limited and even despite this effort, the percentage of vaccinated population is decreasing.

Results: This trend is compounded by many unverified information on the internet that make parents worried about their children´s lives and thus makes them postpone or even cancel their vaccinations. It is important to mention that vaccines do come with risks but serious side-effects are rare and getting less likely with new improved vaccines.

Findings: The survey was conducted in the form of questionnaire to determine the general view on vaccination, its positives and negatives and reasons of its potential denial. The results were processed to illustrate the actual atmosphere in general population.

A CLINICAL CASE OF RECURRENT, PROGRESSIVE CRANIOPHARYNGIOMA

Mor Rahul

Researh advisor: Samoshkina E.S.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education National Research Ogarev Mordovia State University

Introduction: Craniopharyngiomas (CP) are benign, cystic brain tumors, located within sella and parasellar region. CP account for 2-5 % of all pediatric primary brain tumor with a high recurrence rate. Here we report a case of recurrent CP in an 11-years old girl patient. A girl T., (date of birth 25.01.2008), at age of 2 years presented to a general pediatrician with complaints – headache, nausea, vomiting, and lack of activities during 2 weeks after upper respiratory tract infection. Comprehensive examination revealed no signs of any disease, complete blood count was normal, urinalysis was normal too, except specific gravity decreased to 1.002. The functional gastrointestinal disorder was diagnosed. Prokinetics and proton pump inhibitors were prescribed, resulting into no significant improvement in condition. Then she was transferred to a gastroenterologist and upper gastrointestinal endoscopy was performed but no pathology was detected. Around 2 months later, severe thirst with daily water consumption increased to 5 liters and a short episode of generalized convulsions was noted. CT scan was made and revealed suprasellar craniopharyngioma with the one large cyst in the center zone. The urine osmolality was 292 mosm/kg. The diabetes insipidus was diagnosed and 200 μg/day of desmopressin was prescribed. She was transferred to a neurosurgeon with a diagnosis of cystic craniopharyngioma with suprasellar localization. After the detailed examination, it was decided to refrain from radical surgery due to the age of the child. The installation of the catheter into a giant suprasellar cyst of craniopharyngioma and connected it to the subcutaneous Ommaya reservoir was performed. Multiple drainages of cystic contents were carried out in the subsequent time period. Two years later, an attack of headache accompanied by nausea, vomiting, and a decrease in visual acuity occurred. MRI was made and revealed large doubled cyst inside the stem craniopharyngioma. Then, urgent surgical intervention – removal of stem craniopharyngioma (transcranial approach through the left side) with endoscopic assistance was performed. Histologically, Adamantinomatous craniopharyngioma (WHO grade l) with a pronounced glial capsule and calcification was diagnosed. During the one year after the surgery, the girl complained to headache, weakness. In March 2015 the visual impairment appeared, bilateral partial atrophy of optic nerve was diagnosed. MRI was performed and the reoccurrence of cystic craniopharyngioma and compression of chiasm was diagnosed. In April 2015 the 2nd operation (re- transcranial removal of CP) was performed. As a consequence of surgical procedures, pan-hypopituitarism (secondary hypothyroidism, secondary hypocortisolism, GH deficiency), diabetes insipidus, hypothalamic obesity developed. The hormonal replacement therapy (L-thyroxine, Desmopressin, and Cortisone) and metformin were prescribed. Around 1.5 years after the surgery, severe weakness with arterial hypotension and hypoglycemia appeared and adrenal crisis was diagnosed (which was eliminated by the administration of intravenous cortisone bolus). In Mar.2018, growth hormone therapy was started in connection with deteriorated growth rate. Now, she visits an endocrinologist for follow up and comprehensive examination, analysis in every 3 months.

Results: Craniopharyngioma presents a surgical challenge because of its central location and close proximity to sensitive structures, such as the optic apparatus, pituitary gland, etc. Quality of life is reduced substantially in approximately 50 % of long-term survivors due to sequelae, notably morbid hypothalamic obesity.

Findings: Craniopharyngioma is difficult to diagnose and carries several postoperative complications. Such patients require long term hormonal replacement therapy and regular follow-up.

FEATURES OF TYPE 1 DIABETES IN ADOLESCENTS DEPENDING ON THE AGE OF THE ONSET OF THE DISEASE

Abdnoor H.J. Zinnikova K.N.

Scientific advisor: Samoshkina E.S.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education National Research Ogarev Mordovia State University

Introduction: Diabetes mellitus (DM) is one of the most common endocrine diseases in the world. The course of diabetes in childhood and adolescence is characterized by a pronounced lability of carbohydrate metabolism, which contributes to the development of acute and chronic complications of the disease. The high growth velocity and rapid sexual development, emotional instability due to increasing contrinsular hormones secretion can affect diabetes control in the puberty, which can lead to accelerated development of diabetes complications.

Purpose: To study the peculiarities of diabetes in adolescents, depending on the age of debut of the disease.

Materials and methods: Retrospective analysis of 39 case histories of adolescents with type 1 diabetes was conducted. All children underwent a comprehensive survey aimed at ascertaining the degree of metabolic control, identifying chronic complications. Depending on the age of diabetes onset, all children were divided into 2 groups: patients with the onset of the disease before the beginning of puberty were included in the first group, the second group was formed by adolescents with onset of disease on the background of puberty. The average age at the time of the study in the first group was 16.2 ± 0.8 years, in the second group 16.5 ± 0.7 years. The members of both groups received insulin therapy with insulin analogues subcutaneous injections in the basis bolus regimen. The blood glucose self-monitoring was carried out at all patients.

Results: The average age of DM onset in the first group was 6.67 ± 2.4 years, in the second group 13.1 ± 2.1 years, the duration DM was 9.5 ± 2.5 years and 3.5 ± 1.9 years, respectively. In the debut of the disease, the average values of glycaemia in patients of group 1 were 19.1 ± 6.4 mmol / L, in the second group, 16.6 ± 5.2 mmol / L ($p = 0.17$); at the time of the study, the minimum values of glycaemia was 4.4 ± 1.17 mmol / L and 4.1 ± 1.4 mmol / L in the first and second groups, respectively ($p = 0.4$), the maximum blood sugar level in the first group was 13.9 ± 2.7 mmol / L, in the second group 14.6 ± 4.6 mmol / L ($p = 0.54$). Glycated hemoglobin in the first group was 8.5 ± 2.6% in the second group 8.4 ± 3.4% ($p = 0.9$). Revealed a significant increase in the average cholesterol level in adolescents with pre-pubertal diabetes mellitus: 5.4 ± 1.4 mmol / L in the first group and 4.5 ± 0.8 mmol / L in the second, $p = 0.02$. The growth SD of group 1 patients was significantly lower than that of patients of group 2 (-0.27 ± 1.14, vs 0.44 ± 0.8,), $p = 0.02$, while weight and body mass index SD were non-differ. The insulin requirement at the time of diabetes onset was the same at the both groups (0.6 ± 0.37 U/kg/day in the 1 st group, 0.5 ± 0.22 U/kg/day in the 2 nd group, $p = 0.23$), in the adolescent period in patients of the 1 st group, it was higher than in the 2 nd group (1.1 ± 0.3 U/ kg/day and 0.7 ± 0.3 U/ kg/day, respectively, $p = 0.0001$). The number of chronic complications was high in patients with an early onset of diabetes and tot up to1.3 clinical entity per person vs 0.7 clinical entity per person in 2 nd group. Cardiovascular autonomic neuropathy was most frequently detected in the both groups (78.9% in the 1 st group and 75% in the 2 nd), followed by diabetic peripheral symmetric neuropathy, which was detected in 57% of patients in group 1 and 35% of adolescents in the second group.Diabetic ketoacidosis was more commonly detected in adolescents of the second group (15% vs. 5.3%).

Findings: Thus, the age of diabetes mellitus type 1 onset did not influent to the carbohydrate metabolism, the insulin requirement in pubertal patients. In adolescents with the onset of the disease in the pre- pubertal period, lower growth rates were noted, as well as a greater number of chronic complications of diabetes.

CASE REPORT OF CONGENITAL NEPHROGENIC DIABETES INSIPIDUS.

Aljuifary M.A. Abdnoor H.J.

Scientific advisor: Samoshkina E.S.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education National Research Ogarev Mordovia State University

Introduction: Congenital nephrogenic diabetes insipidus (CNDI) is a rare inherited disorder characterized by a renal insensitivity to arginine vasopressin (AVP). The hereditary form of nephrogenic diabetes insipidus can be caused by mutations in at least two genes - AVPR2 or AQP2. About 90 percent of all cases of hereditary nephrogenic diabetes insipidus result from mutations in the AVPR2 gene. Most of the remaining 10 percent of cases are caused by mutations in the AQP2 gene. Both of these genes provide instructions for making proteins that help determine how much water is excreted in urine. Loss-of-function mutations in AVPR2 lead to X-linked recessive NDI and this accounts for 90% of cases with CNDI. In addition, X-linked NDI occurs with a frequency of 4-8/1,000,000 male live births. The well known clinical symptoms of CNDI are polydipsia, polyuria, hypernatremia and hyperchloraemia. The diagnosis of CNDI is difficult, especially in children of early age.

Purpose: A 8 month old boy presented in the infectious diseases hospital with fever (38.5-39.5℃), vomiting 3 - 4 times a day for the last two days. The enterovirus infection was diagnosed, treated by intravenous infusions and was discharged from hospital after 3 days. Since this time mother stopped breastfeeding, than she started to use lactose-free formula . The recurrent vomiting episodes, decrease in appetite and night sleep disorder were registered. At age 1 year, the failure to thrive was determined, patient was consulted by local pediatric endocrinologist and hormones were studied: cortisol 1130 nmol /L, TSH - 2.5 μMU / mL, IGF 1 – 230 ng/ml. At the same time polydipsia and polyuria was detected, therefor patient was hospitalized to endocrinology unit. At the examination: age 18 month, height 77 cm (-2,1SD), weight 9 kg (-2,26 SD), BMI-15,18 kg/m2 (-1,6 SD), mild psychomotor retardation, mild dehydration and Diuresis was 2170 ml (241 ml/kg). Laboratory investigations revealed: sodium 145 mmol/L, chloride 130 mmol/L, serum osmolality 309 mmol/L, urine osmolality 99,9 mosm/kg and Zimnitskiy's test showed urine specific gravity 1001-1003. CT scan: in the basal ganglia of both hemispheres of the brain and small hyperdivisive formations with a diameter of 2-3 mm are determined. The outer subarachnoid spaces are enlarged to 7 mm (the norm is 2-3 mm). Brain MRI without pathological signs. Desmopressin was prescribed at the initial dose of 200 μg /24 hours without any effect, after 2 month the dose of desmopressin was increased to 400 μg /24 hours, which was received during 4 month. The urine specific gravity still 1001-1002, plasma sodium was 145-150 mmol/L, urine osmolality was 100-105 mosm/kg. The hydrochlorothiazide test was done during 6 days, but no changes in specific gravity level was detected. Nephrologist at the local hospital exclude nephrogenic diabetes insipidus and the central diabetes insipidus was excluded too. The patient was advised to stop taking desmopressin. During the next 3 years the patient had polydipsia 4-5 liters per day, polyuria with a low specific gravity of urine. In Julay 2016 was hospitalized to nephrology department, the genetic test was made and the new hemizygous mutation in AVPR2 gene was detected. The diagnosis of nephrogenic diabetes insipidus was made, the hydrochlorothiazide and indomethacin were prescribed. After 6 month treatment significant clinical improvement was achieved, the polydipsia and polyuria was resolved. the urine specific gravity increased to 1010-1025.

Findings: The differential diagnosis of central and nephrogenic diabetes insipidus very complicated and for timely diagnosis patients need to be genetically tested.

NUTRITIONAL STATUS ASSESSMENT IN CHILDREN WITH SPASTIC QUADRIPLEGIA

Kondratyeva N.M., Prokhorenkova M.O.

Scientific advisor: Natalia G. Zvonkova, MD, PhD, Associate Professor at the Department of Pediatrics and Children Reumatology

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Sechenov University)

Introduction: Spastic quadriplegia is the most severe type of cerebral palsy (SCP). Children with spastic quadriplegia (GMFCS IV, V) have a high frequent of feeding difficulties that can be associated with undernutrition, growth failure, micronutrients deficiencies, osteopenia, and nutritional comorbidities. Regular nutritional status assessment with anthropometric measurements (weight, height) is important. The main problem is the absence of validated reference ranges. The ideal anthropometric goals are different from those expected in healthy children. Two assessment approaches exist: Classification percentile of Brooks curve 1 and the Z-Score Classification for heigh, according to parameters of the WHO 2. A significant proportion of children with spastic quadriplegia have joint contractions, spasticity, and/or scoliosis, making height measurements difficult. Alternative measurements for the assessment of height are segmental length measurements such as knee-heel length, tibia length, and ulnar length. These measures were shown to have a high inter-rater reliability and to be highly repeatable and therefore may be used on their own to monitor growth. The body composition in SCP children is altered due to muscle atrophy, and finding a low body mass index (BMI) does not necessarily mean a low fat mass, but can also imply a low muscle mass, but high fat mass. Assessment of mid-upper arm fat and muscle areas from triceps skinfold and mid-upper arm circumference measurements can be calculated using several equations.

Purpose: To assess the nutritional status of pediatric patients with SQP (GMFCS IV, V) using anthropometric measurements.

Materials and methods: We developed a design of prosrective longitudinal study, that will be held in National Medical Research Center for Children's Health. In 50 patients with spastic quadriplegia at age 2-18 y.o. anthropometric parameters will be obtain: weight, knee height using sliding caliper, upper arm circumference and triceps skin folds using skinfold caliper. Estimate height from the segmental length will be calculate using available formulae. Growth charts using these alternative measures will be used to assess linear growth. Fat-mass and fat-free mass will be calculate, using mid-upper arm circumference and triceps skin folds. Values of folds and circumferences will be compared with Frisancho3, and specific curves for these patients will be used as a reference. The relationship between the values in the growth curve for healthy children, Z-Score, and comparison with the reference curve will be verified by Fisher`s exact test.

BENZOCAINE-INDUCED METHEMOGLOBINEMIA: A CASE REPORT

Ryadinskaya E.A.

Scientific advisor: Tepaev R.F., MD, professor, chief of Resuscitation and Intensive Care department of National Medical Research Center for Children`s health by Ministry of Health of the Russian Federation

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Sechenov University)

Introduction. Acquired methemoglobinemia is a rare life-threatening condition characterized by abnormal levels of oxidized hemoglobin that cannot bind to and transport oxygen and leads to tissue hypoxia [1, 2, 3]. Resistant to oxygen central cyanosis can be caused by a raised concentration of methemoglobin in the circulation. When methemoglobin levels in the blood rise above a certain level, cyanosis develops. Higher levels of methemoglobin in blood could have significant cardiac and cerebral morbidity and mortality [1,3]. Methemoglobinemia should be considered in the differential diagnosis of patients who present with cyanosis and reduced peripheral oxygen saturation. We present a case of a patient with a dystrophic form of congenital epidermolysis bullosa who developed methemoglobinemia after the use of combined antiacid drug with benzocaine for the relief pain after balloon dilatation of esophageal lumen.

Aim. To show the development an acquired methemoglobinemia in child with a dystrophic form of congenital epidermolysis bullosa after treating by combined drug with benzocaine.

Materials and methods. A 5-year-old girl was sent to the Intensive Care Unit (ICU) of National Medical Research Center for Children`s health by her surgeon, who reported diffuse cyanosis of skin and mucosae that began a few hours earlier without any other signs or symptoms and without negative anamnesis for allergic events. From anamnesis of past illnesses is known that girl has a dystrophic form of congenital epidermolysis bullosa, esophageal stenosis. She has balloon dilatation of esophageal lumen with general anaestesia. In post-surgical period severe pain condition occurred in the substernal area and was treated by combined antiacid drug with benzocaine. Upon presentation to the ICU the child was in severe general condition with respiratory distress and psychomotor agitation; her skin and mucosae were diffusely cyanotic. Her airways were passable, breathing was vesicular without bruit, she has tachypnea about 32 per min and her oxygen saturation was 52-78% in room air, her pulse rate was 130 beats per minute, blood pressure was 98/51 mm Hg. Oxygen (10 L/min) by facemask with reservoir was immediately administered, but there was no improvement in her oxygen saturation or in the cyanosis. Child was intubated due to increscent desaturation (60%) and inefficiency of oxygen therapy. An intravenous access and an arterial blood sample were obtained, and the blood was found to be darker than normal. Clinical blood test was normal. In the arterial blood gas (ABG), a respiratory alkalosis (pH 7.51; partial pressure of carbon dioxide [pCO2] 24 mm Hg; partial pressure of oxygen [pO2] 508 mm Hg, and bicarbonate [HCO3] 21.4 mmol/L) was noted, with methemoglobinemia of 49.2% (normal value <1.5%). Based on the test results, a diagnosis of acute methemoglobinemia was made. In addition to oxygen administration, the child was given intravenous treatment with methylene blue (1 mg/kg). After 15 minutes oxygen saturation increased to 85%, but diffuse cyanosis was persisted, that’s why the dose of methylene blue was reintroduced.

Results. A few hours after the start of treatment, oxygen saturation increased to 100%, and the cyanosis gradually disappeared. After 4 hours, the control arterial blood gas showed a methemoglobinemia value of 2.2%, so the methylene blue was discontinued, child was extubated. During the hospitalization, the patient maintained normal vital parameters, and 24 hours later she was discharged to surgery with good general condition.

Conclusions. Methemoglobinemia should be suspected when children present with diffuse cyanosis that does not improve with oxygen administration. Whereas the diagnosis is easily confirmed by measuring the methemoglobin in an arterial blood sample, the cause must be carefully investigated and removed as soon as possible to avoid more severe consequences.

DIETARY PATTERNS DURING BREASTFEEDING AND FOOD ALLERGY DEVELOPMENT

Levina D.M., Gamirova A.N., Berbenyuk A.P.

Scientific adviser: Daniel Munblit, MD, PhD, associate professo

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Sechenov University)

Introduction: During the past 50 years, the prevalence of the allergic diseases has increased worldwide. They are associated with a substantial burden to healthcare and the society. Food allergy (FA) is one of the most prevalent allergic conditions, causing reduction in patient quality of life and linked with high levels of parental anxiety due to potential life-threatening reactions. Role of maternal diet during pregnancy and lactation in the development of food allergy in children is still unclear.

Purpose: To systematically assess available evidence on the associations between the maternal diet during lactation and food allergy development in children.

Materials and methods: We performed a literature search of all studies assessing associations between maternal diet during lactation and development of food allergy in children published in English from inception to 24.01.2018 using MEDLINE and EMBASE.

Results: Out of 4658 studies (excluding duplicates) 15 met inclusion criteria with a total of 10 043 participants analyzed. Out of 15 studies 8 reported positive association between maternal food intake and food allergy development, 3 found no significant differences in the distribution of atopic disease among the infants in relation to the maternal diet and 3 suggested that early allergen presentation may be associated with the development of neonatal oral tolerance. The most common foodsexcluded from the maternal diet were cow's milk, eggs and peanuts. A high degree of heterogeneity was noted in health outcome definition. Most commonly food allergy was defined as a combination of clinical symptoms and skin prick test/sIgE to food allergens. It is also important to note that different atopic symptoms were used as clinical outcome. Most of the studies (10) used either 12 or 18 month follow-up. The study with longest follow up (10 years) concluded that the rates of all of the allergy diseases including FA were similar in all of the participants regardless of their diet.

Findings: The studies analyzed were heterogeneous, used different dietary recommendations and clinical outcomes therefore cannot be properly compared. The length of follow-up in the majority of studies does not allow for definitive conclusions as it is known that most children outgrow food allergy. There is a definite need in further research, with randomized controlled trials being of a particular importance to understand the role of maternal food intake during lactation in the development of oral tolerance in children.

INTERDISCIPLINARY APPROACH TO THE TREATMENT OF CHILDREN WITH VELOPHARYNGEAL INSUFFICIENCY

Dudnik O.V., Zavgorodniaia E.A.

Scientific advisor: Mamedov A.A., MD, professor, Head of the Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia

Introduction: After the primary uranoplasty on children with cleft lip and palate (CLP), there are often complications in the form of partial or complete divergence of the tissues of the palatopharyngeal ring. This affects the further development of speech, making a speech therapist sometimes unavoidable. An appliance for the VPI treatment might be an alternative to a surgery in some extent (J.E. Riski, R.T. Millard, 1979; L.F. Smith et al. 1995) however, operations to eliminate VPI on patients who were wearing obturators have some advantages (R.W. Blakeley, 1969 and T.A. Cook (1993); J.M. Israel). M. A. Pet et al. (2015), A.W. Kummer (2011-2014), A. Lee (2013) and A.B. Lipira et al. (2011) reported that by some of the patients there was no need, that the VPI had to be removed after the appliance treatment, whilst others had to continue surgical treatment. Based on above named we can conclude that the problem of correction and the VPI treatment is relevant at the moment. In our opinion, all options for the surgical elimination of VPI, supported by speech appliance can be effective and be seen as well as an interdisciplinary approach.

Purpose: Improving the effectivity of surgical treatments on children with cleft lip and palate, due to preliminary orthodontic correction by the use of speech obturators.

Materials and methods: Based on our research we present the results of clinical and biometric observations of orthodontic conservative care for 80 patients at age between 4-16 years with a diagnosis of CLP. 40 patients of them were selected for orthodontic treatment using a speech obturator. The control group (35 patients) was set up with children having CLP after primary uranoplasty, speech disorders in progress and those were the speech appliance was not used.

Results: The orthodontic correction with the use of speech appliance together with a speech therapist made it possible to improve the quality of speech almost immediately after fixing the speech appliance in 80% of cases (32 patients). In 20% of all cases (8 patients), more precisely, by these patients which were older than 12 years, a long speech therapy work was required to improve the quality of their speech. The successful use of speech appliance should be carried out under the constant supervision and correction of the surgeon, dental therapist, orthodontist, speech therapist, and specialists who are ready to work with parents and children. The goal of the interdisciplinary approach is to free patients with VPI from the use of obturators or at least to ensure the smallest amount of surgical intervention.

Based on the conducted research for the functional recovery of speech disorder it was recommended to use palatopharyngeal prosthetics and a speech appliance (I.V. Fomenko et al., 2016). Also, this research showed that the prolonged use of speech appliance may not always lead to the full recovery of the speech. However, the size, shape, position and duration of wearing the obturator should be determined during the constant comprehensive examination of a patient with VPI, according to an individual program.

Findings: Based on this research it was found that a systematic approach to the problem of speech recovery allows: - differentially choose the optimal methods of treatment using new technological methods; - to solve the problem of rehabilitation, based on the use of data of endoscopic diagnostics; - to determine the indications for the use of one or another method depending on the degree of participation in the mechanism of closing of each of the structures and the entire VPR as a whole. The use of surgical methods should be based on an

interdisciplinary approach in the methods of examining the function of VPR, which allows to solve the problem of rehabilitation and to achieve the restoration of a normal speech. When it is impossible to provide surgical care, an orthodontic treatment with the use of speech appliance is necessary.

POLYTRAUMA IN CHILDHOOD - CLINICAL CASE REPORT

Kummerova A., Kupkova J.

Scientific advisor: MUDr. et Mgr. Štěpánka Bibrová, Ph.D.

Masaryk University Brno

Introduction: Trauma is the most common cause of death during childhood , responsible for 35% of deaths a year (between 0 - 14 age of a children). Serious injuries, also known as polytraumas, damage multiple systems in the body, with at least two of them directly threatening the child's life. Polytraumas can consequently lead to permanent disabilities that can severly impact a patients quality of life. The mechanism of damage usually results from high kinetic energy impact, such as a traffic accident or falls from higher grounds. The treatment is very difficult, long and connected with the intensive and often expensive rehabilitation. Unfortunatelly the results of the treatment are uncertain and permanent disabilities can highly affect both - the quality of child's life and the socio-economic situation of the whole family.

Purpose: It is understandable that there are many variables that contribute to the incidence, management and outcome of childhood polytraumas. In this report we decided to highlight several of these factors, such as; health prevention of children's injuries, medical protocol in polytrauma management, permanent disabillities and socio-economic status of the family before and after the accident.

Materials and methods: The clinical case we followed is a 16 month old toddler who suffered a high impact fall. The girl sustained multiple injuries which have consequently led to a diminished quality of life. The main injuries were cranial trauma and chest injury. We decided to analyze etiologic factors which led to a trauma as well as diagnosis and therapeutic procedures. You can see a graphical presentation comparing the height of the fall with the average human and giraffe height. The poster also includes X-rays and markers highlighting the inital damage sustained from the fall, and the progression over time following medical management.

Results: Health prevention is one of the most important ways to reduce injuries during childhood. Therefore we would like to point out to how important is to pay attention when you are taking care of a baby. In our opinion a lot of injuries, both minor and major, are predictable and unfortunatelly even though the parents are worried about the children, they do not have time or do not know how to reduce the risk of injuries by rearranging the space inside their homes. Well-secured household and many other factors can play a part in preventing injury or death to a child at home.

Findings: At the end of this report we have attached an article detailing the outcome of medical management regarding the patient followed in this trial, almost a year after the accident.

GASTROSCHISIS MANAGEMENT CHALLENGES

Tabacariu E.A.

Scientific advisor: Hanganu E., MD, PhD

University of Medecine and Pharmacy "Grigore T. Popa"

Introduction: Gastroschisis is the one of the most common congenital abdominal wall defects. Data from 14 population-based state screening programs which included approximately 29% of U.S. births for the period 1995-2012 detected an increase of 30% of incidence. Gastroschisis is charaterized by herniation of a variable amount of uncovered intestine into umbilical cord region through an opening in the abdominal wall and requires surgical repair immediately after birth.

Purpose: This is the case of a 2-months-old baby girl with prenatal diagnosis of gatroschisis diagnosed via prenatal ultrasonography in the second trimester. At 23 weeks gestation, the doctor performed another prenatal ultrasonography, confirming the diagnosis of gastroschisis and, suspecting a vascular anomaly (right aberrant subclavian artery), also, carried out an amniocentisis to detect any other abnormalities. Right after the prenatal diagnosis was established, the parents were counseled about the risk assessment, the optimization of management including timing, location, and method of the delivery by a multidisciplinary team, including a pediatric surgeon, a neonatologist and an obstetrician.

Materials and methods: At 36 weeks gestation, the fetus was delivered by natural childbirth, weighed 2550 g and received APGAR score 7. Immediately following the delivery the bowel integrity and the size of the abdominal wall defect were assessed. Then, the patient was transferred to the Departament of Pediatric Surgery, where, just a few hours after birth, primary closure was perfomed with immediate reduction of the herniated bowels to the abdominal cavity followed by repair using a patch of the umbilical cord. Postoperatively, the pacient developed abdominal compartment syndrome with signs of ischemic bowel, justifying surgically reinitiation and segmental ileal resection on ischemic segment with perforation and, also, temporary ileostomy operation, loop ileostomy type.

Results: Postoperative evolution was slowly favorable with resumption of intestinal transit and subsequent of digestive tolerance and with improvement of abdominal compartment syndrome. Four weeks later, right pararectal celiotomy and closing the temporary ileostomy were undertaken.

Findings: This case illustrates the prompt evaluation and accurate management of prenatal diagnosis of gastroschisis leading to optimal patient outcome. Complex defect, the externalization of all the intraperitoneal organs can have particular difficulties of the management, according to the severity of the compartiment syndrome.

